

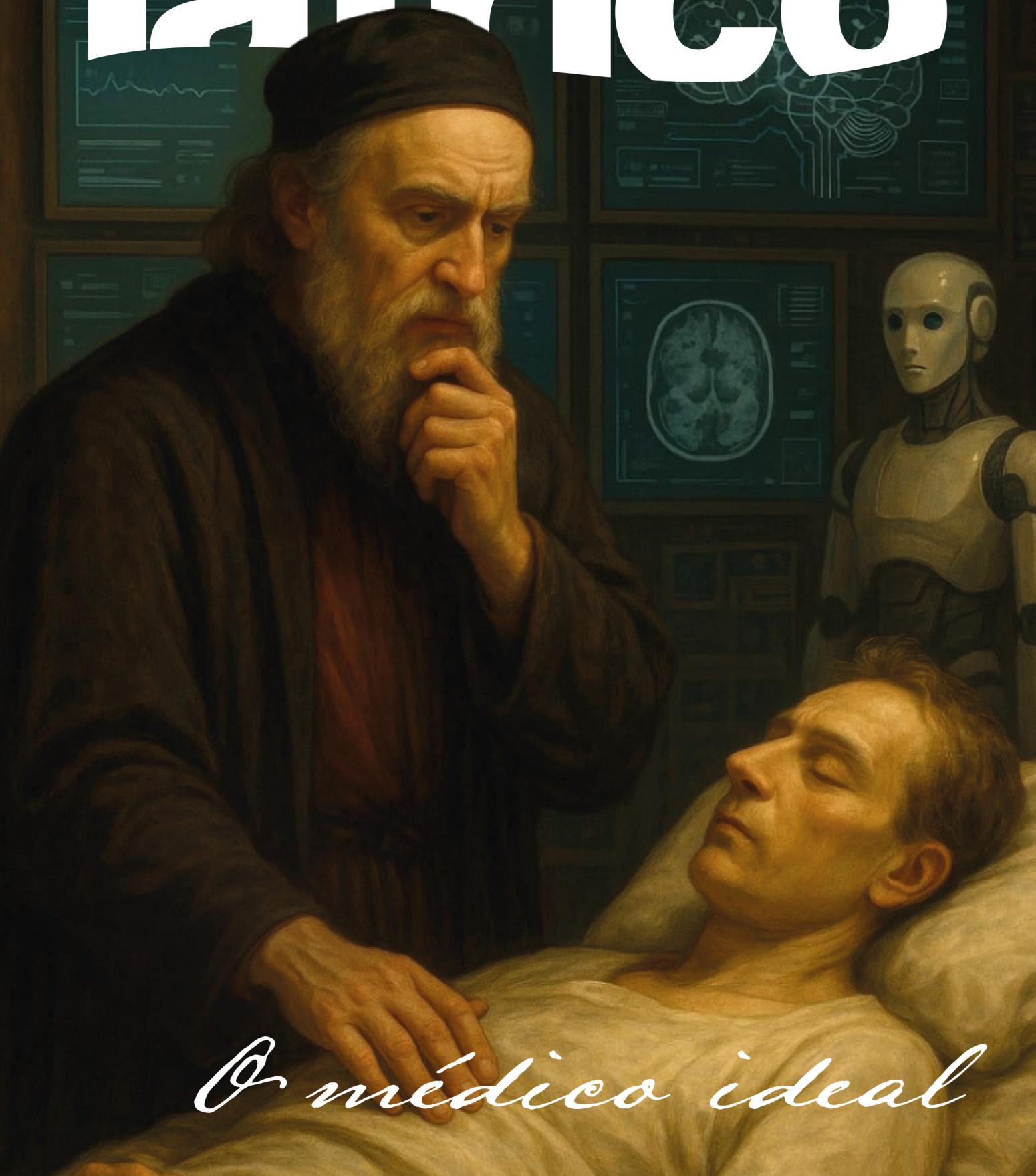
Esta edição é dedicada à constante busca do equilíbrio entre a transformação e a essência humana

ISSN 2237-9762

nº 44

# iátrico

*O médico ideal*

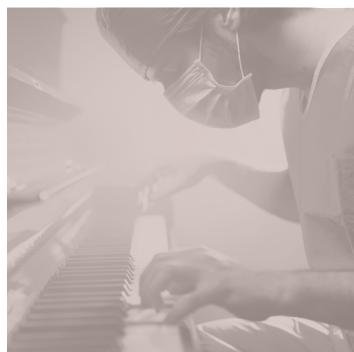




15

## O paciente de 150 anos:

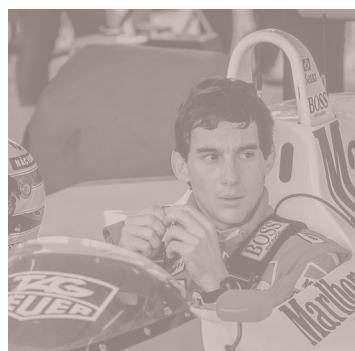
*especulação científica ou realidade iminente?*



08

## O médico ideal nos próximos 25 anos:

*a eterna construção do humano*



34

## Nas linhas de chegada:

*o torneio das lendas e a arte da medicina*

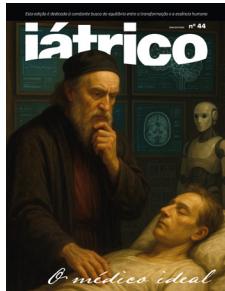
38

## Guia de bordo

*Uma jornada musical em busca do médico ideal*

*Confira as edições anteriores do  
íátrico no Portal do CRM-PR.*

**A CAPA** | A capa desta edição do Íátrico foi criada com IA generativa a partir de uma releitura de “The Doctor” (1891), de Sir Luke Fildes — obra em domínio público. Partimos da composição original e, por meio de *prompt engineering* e controle de composição, pedimos a um modelo de difusão que preservasse o chiaroscuro, a paleta quente e a atmosfera de cuidado, atualizando sutilmente cenário e detalhes para o século XXI. Aplicamos etapas de refinamento (correção anatômica, ajuste de luz e textura, *upscaleing*) e revisão editorial humana para garantir fidelidade histórica e sentido clínico. Trata-se de homenagem museológica — não de cópia — que valoriza o encontro médico-paciente e explicita o papel curatorial da revista ao integrar tradição artística e inovação tecnológica. ⓘ



# O Médico Ideal

## *Um Equilíbrio entre o Tradicional e o Moderno*

**DR. CHRISTIAN GONÇALVES CORDEIRO**

**E**m um mundo em constante transformação, a figura do médico permanece como um dos alicerces mais duradouros e essenciais da sociedade. Ao longo dos séculos, a prática da medicina evoluiu para incorporar conhecimentos científicos inovadores sem jamais perder sua essência: o cuidado humano. Hoje, diante das enormes transformações tecnológicas, nos perguntamos: o que define o médico ideal? Como equilibrar o respeito pelas tradições que pavimentaram o caminho da profissão com a necessidade de abraçar as inovações que moldam o futuro?

A jornada de um médico transcende o ato técnico de curar. No âmago dessa profissão estão o compromisso com a saúde humana e a empatia com que se estabelece uma relação profunda com o paciente. Os médicos do passado, sem os luxos da tecnologia disponível atualmente, dedicavam-se integralmente ao diálogo atento, ao exame físico detalhado e à intuição guiada pelo aprendizado adquirido com mestres e livros. Essa proximidade marcava o vínculo com seus pacientes, que confiavam não apenas no conhecimento profissional, mas na conexão genuína que se estabelecia.

Por outro lado, o médico moderno opera em um universo pleno de ferramentas quase inimagináveis. Inteligência artificial, genômica, exames de alta precisão, realidade aumentada e robótica transformaram a forma como diagnósticos são feitos e tratamentos são realizados. A velocidade com que a tecnologia permite identificar doenças, prever prognósticos e propor terapias personalizadas tem elevado os padrões da saúde global a novos patamares. Contudo, entre todos esses avanços, há um risco latente: a possível perda da essência humana dessa profissão, que continua a ser o alicerce insubstituível da confiança médica.

O médico ideal, portanto, é aquele que sabe caminhar com equilíbrio entre esses dois mundos. É alguém que respeita e preserva o legado dos que vieram antes, reconhecendo a importância do toque humano e da escuta qualificada, enquanto utiliza o poder transformador das

inovações para potencializar sua prática. Este profissional entende que empregar tecnologia não significa diluir a relação médico-paciente, mas, sim, humanizá-la ainda mais, dando-lhe mais tempo e dados para uma abordagem personalizada.

A experiência do paciente também mudou. Hoje, eles não são mais apenas receptores passivos de informações médicas; são parceiros informados, que muitas vezes trazem consigo pesquisas próprias, perguntas pertinentes e uma expectativa de maior transparência e interação. O médico do presente, e certamente do futuro, destaca-se quando transforma isso em oportunidade, educando e empoderando o paciente, ao invés de resistir a essa transformação.

Além disso, a medicina se torna cada vez mais interdisciplinar e diversificada. O médico ideal é um eterno aprendiz, que mantém a mente aberta não apenas para novas tecnologias, mas também para as vozes de outros profissionais de saúde — enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e muitos outros que compõem o complexo mosaico da assistência à saúde. É alguém que colabora, ao invés de isolar-se, e que busca na coletividade um meio de amplificar o impacto do atendimento.

Ser o médico ideal no século XXI é ser um guardião da tradição e um arquiteto do futuro. É manter os pés firmes no que há de mais humano nesta profissão, enquanto os olhos e a mente permanecem voltados para o horizonte da inovação. Com esse equilíbrio, é possível transformar a prática médica em algo mais do que eficiente: em algo verdadeiramente humano.

Nesta edição, portanto, convidamos o leitor a refletir conosco sobre esse médico ideal. Ao longo das páginas deste volume, trazemos histórias inspiradoras, avanços científicos emocionantes e discussões profundas sobre o papel do médico na sociedade atual. Esperamos que estas provocações sirvam para iluminar o caminho daqueles que, com coragem e dedicação, continuam a fazer da medicina uma nobre ponte entre o cuidado e a cura.

Seja bem-vindo(a) à leitura.

**IÁTRICO**

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná  
Edição nº 44 – segundo semestre de 2025

**Editor-fundador:**

Dr. João Manuel Cardoso Martins  
(*in memoriam* – 1947-2014)

**Presidente do CRM-PR:**

Dr. Romualdo José Ribeiro Gama

**Coordenador do Conselho Editorial:**

Dr. Christian Gonçalves Cordeiro

**Jornalista responsável:**

Nívea Terumi Miyakawa (DRT 7.267)

**Jornalistas assistentes:**

Glaucia Domingos

Fernanda Facchini Ogibowski

Jaqueleine Pereira Raimundo

**Assistente de Comunicação:**

Flávio S. Kuzuoka

**Projeto gráfico e diagramação:**

Victória Romano

**Revisão:**

Dr. Aurelio Marcos Ribeiro

**COLABORE COM O IÁTRICO**

Envie comentários, sugestões ou críticas para que possamos melhorar o conteúdo da revista. Artigos, crônicas, poesias, charges e cartuns serão bem-vindos para submissão ao Conselho Editorial para publicação.

Nossa edição é exclusivamente digital, atendendo a questões ambientais, de praticidade e economicidade.

[iatrico@crmpr.org.br](mailto:iatrico@crmpr.org.br)

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) (publicações)

(41) 3240-4047 / 3240-4066

**CONSELHO EDITORIAL****Anderson Grimminger Ramos (CRM-PR 22.629)**

Secretário-geral do CRM-PR. Especialista em Medicina do Trabalho (RQE 33.057) e em Auditoria Médica (RQE 34.635).

**Aurélio Marcos Ribeiro (CRM-PR 8.804)**

Especialista em Dermatologia (RQE 2.937). Former vice-presidente da Regional Paraná da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores (Sobrames).

**Christian Gonçalves Cordeiro (CRM-PR 13.864)**

Formado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), em 1993, é especialista em Cirurgia Geral (RQE 7.261). Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

**Cynthia Carvalho Ferreira Bentes (CRM-PR 14.027)**

2º Secretária do CRM-PR. Formada pela Universidade Federal do Estado do Pará, em 1990, é especialista em Anestesiologia (RQE 5.562).

**Ermelino Franco Becker (CRM-PR 14.790)**

Corregedor-geral do CRM-PR. Especialista em Medicina Legal e Perícia Médica (RQE 22.989) e Cirurgia Oncológica (RQE 7.756).

**Fernando Fabiano Castellano Junior (CRM-PR 10.302)**

Primeiro secretário do CRM-PR. Especialista em Reumatologia (RQE 11.420).

**Julio Cesar Haeffner Santos da Rocha Loures (CRM-PR 20.237)**

Formado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), em 2002, é especialista em Cirurgia Geral (RQE 23.242), com área de atuação em Cirurgia Videolaparoscópica (RQE 26.137). Primeiro-Tenente (Md) da reserva - Marinha do Brasil.

**Lacerio Lopes de Araújo (CRM-PR 10.020)**

Médico generalista, graduado da Universidade Federal do Paraná.

**Maria Ofelia Fatuch (CRM-PR 10.589)**

Médica Pediatria (RQE 5.261) e especialista em Alergia e Imunologia (RQE 13.761).

**Mauricio Natel Benetti (CRM-PR 13.715)**

Tesoureiro do CRM-PR. Graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

**Mauro Borges da Silva (CRM-PR 13.492)**

Coordenador da Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular do CRM-PR. Especialista em Cirurgia Vascular (RQE 2.620) e Medicina do Trabalho (RQE 19.753).

**Paulo Roberto Cruz Marquetti (CRM-PR 5.171)**

Especialista em Cardiologia (RQE 1.510) e Medicina Intensiva (RQE 12.547) e Mestre em Cardiologia. Médico da Unidade de Diagnóstico Especializado do HC/ UFPR, professor aposentado do Departamento de Clínica Médica.

**Ramon Cavalcanti Ceschim (CRM-PR 24.298)**

Primeiro Corregedor do CRM-PR. Especialista em Medicina do Tráfego (RQE 875) e Psiquiatria (RQE 28.995).

**Rene Scalet dos Santos Neto (CRM-PR 24.392)**

Especialista em Nefrologia (RQE 27.966). Membro da Câmara Técnica de Nefrologia do CRM-PR. Atual presidente da Sociedade Paranaense de Nefrologia para o biênio 2025-2026.

**Silvana Oliveira Leal (CRM-PR 18.712)**

Médica formada pela Universidade Passo Fundo, em 1998.

**Valderílio Feijó Azevedo (CRM-PR 12.199)**

Especialista em Reumatologia (RQE 7.410). Mestre em Medicina Interna e Doutorado em Ciências da Saúde. Professor associado em Reumatologia da Universidade Federal do Paraná. Foi diretor da Associação Brasileira de Medicina e Arte (ABMA). Presidente eleito da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o biênio 2026/2028.

**Valeria Caroline Pereira Santos (CRM-PR 25.510)**

1º Tesoureiro do CRM-PR. Formada pela Universidade Luterana do Brasil, em 2008, é especialista em Pediatria (RQE 22.811), com pós-graduação em Urgência e Emergência, Pediatria e Neonatal pela UNISUL e Gestão Hospitalar e Saúde Pública pela PUCPR. Professora da UNIFEB entre 2022 e 2024.

**Varlei Antonio Serratto (CRM-PR 16.900)**

Especialista em Clínica Médica (RQE 12.345) e Reumatologia (RQE 13.570).

**Wilmar Mendonça Guimarães (CRM-PR 3.711)**

Ex-presidente do CRM-PR e conselheiro da atual gestão. Especialista em Pediatria (RQE 18.567) e Neonatologia (RQE 18.569).



*"Baron Jean Louis Alibert realizando a vacinação contra a varíola"*  
(cerca de 1820), por Constant Joseph Desbordes (1761–1828).  
Acervo do Musée de la Chartreuse de Douai, França.

# LYSANDRO DOS SANTOS LIMA: O MÉDICO QUE PENSAVA

DR. RENÉ SCALET DOS SANTOS NETO

**H**á nomes que atravessam o tempo não apenas pelas obras que deixaram, mas pelos valores que encarnaram. Lysandro dos Santos Lima foi um desses raros clínicos cuja trajetória se confunde com a própria história da medicina paranaense. Formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1929 e forjado sob a influência de mestres como Miguel Couto e Aloysio de Castro, ele não apenas praticava medicina — ele a pensava. E talvez seja esse traço, de médico-pensador, o elo que mais nos falta hoje, num tempo saturado de tecnologia, mas sedento de sabedoria.

Ao longo de mais de cinco décadas de atuação, desde seu início em Rio Negro até sua consagração como catedrático, chefe de clínica, pesquisador e educador em Curitiba, Lysandro construiu uma carreira marcada por um compromisso inegociável com o raciocínio clínico. Não à toa, deixou registrado em seus últimos discursos a defesa da medicina como "divino privilégio". Viu com entusiasmo o progresso tecnológico, mas nunca permitiu que ele apagasse a centralidade do olhar clínico. Para ele, escutar bem, examinar com método e pensar com clareza eram ações tão ou mais terapêuticas do que qualquer prescrição. Essa filosofia não apenas o guiava no consultório, mas era o norte de sua prática docente.

## PARA ELE, ESCUTAR BEM, EXAMINAR COM MÉTODO E PENSAR COM CLAREZA ERA MUITO MAIS TERAPÊUTICAS DO QUE QUALQUER PRESCRIÇÃO.

Enquanto alguns viam a clínica médica como uma especialidade, Lysandro a via como um fundamento. No Hospital Nossa Senhora das Graças, criou uma verdadeira escola de clínica — onde os casos não eram apenas resolvidos, mas discutidos, desdobrados, pensados. Seus residentes aprendiam, sobretudo, a raciocinar. Era a medicina em estado de arte: menos algoritmos, mais argumentação; menos guideline, mais juízo clínico. Ao publicar estudos sobre listeriose a partir de observações nas enfermarias, e ao escrever um manual prático sobre diabetes, ele demonstrava que o conhecimento verdadeiro nasce da observação rigorosa e do pensamento disciplinado.

Na universidade, Lysandro viveu os dilemas do ensino médico no Brasil: a fragmentação do saber, a dificuldade de integração entre ensino e serviço, a tensão entre a tradição e a modernidade. Em todas essas situações, foi ponte. Como professor assistente de Terapêutica, catedrático interino de Clínica Médica, professor de Tisiologia ou colaborador no curso de Genética, sua marca era a mesma: ensinar pensando, pensar ensinando. Com seus alunos, não pregava certezas fáceis, mas cultivava a dúvida metódica, a humildade diante da complexidade clínica e o rigor ético diante do sofrimento humano.

Essa pedagogia do raciocínio clínico é, hoje, uma necessidade urgente. Vivemos uma era de hiper-especialização, na qual muitos jovens médicos aprendem cedo a pedir exames e tarde a ouvir pacientes. Os consultórios viraram centros de triagem. Os rounds, salas de burocracia digital. E o pensamento clínico — aquele que cruza dados com experiência, escuta com anatomia, ciência com consciência — virou artigo de luxo. Nesse contexto, recuperar a figura de Lysandro dos Santos Lima é mais do que prestar-lhe tributo: é reivindicar um paradigma formativo.

Formar médicos que pensem exige mais do que bons manuais; exige bons modelos. Lysandro era esse modelo. E, por isso, torna-se símbolo de uma prática médica centrada no sujeito, mas amparada pela razão. Ele é lembrado não apenas por suas teses ou cargos, mas pela forma como entrava no quarto do paciente: com escuta, com delicadeza, com a mente aberta e o estetoscópio atento. Como professor, não se limitava a transmitir conteúdo: transformava a dúvida em ferramenta pedagógica. Como clínico, não se contentava com diagnósticos prontos: interrogava cada sinal, reavaliava cada hipótese. Sua medicina era feita de ciência, mas também de caráter.

Na era da inteligência artificial, da medicina digital e dos grandes bancos de dados, o raciocínio clínico parece, para alguns, um vestígio do passado. Para Lysandro, ele era o próprio coração da medicina. E talvez ainda o seja. Pois nenhuma máquina substitui a escuta atenta, nenhuma inteligência preditiva supera o discernimento maduro, nenhuma tecnologia suprime o vínculo humano. O que o legado de Lysandro nos ensina é que pensar clinicamente é um ato moral: exige tempo, atenção, empatia e, sobretudo, responsabilidade. Ensinar isso aos nossos estudantes não é apenas uma tarefa curricular. É uma tarefa civilizatória.

Lysandro faleceu em 1982, mas permanece vivo na memória daqueles que o conheceram, nos livros que deixou e nos corredores dos hospitais que ajudou a formar. Seu nome batiza praças, hospitais e cadeiras acadêmicas. Mas seu verdadeiro legado é invisível: está nas decisões bem pensadas, nos diagnósticos bem construídos, nos médicos que ainda se permitem pensar antes de prescrever. A medicina de amanhã não será apenas feita de precisão e eficiência, mas também — e sobretudo — de presença e discernimento. Como Lysandro nos ensinou. 

### REFERÊNCIAS

1. Homenagem aos Pioneiros: Prof. Lyzandro de Paula Santos Lima (CRM-PR 384) – CRM-PR. 2018.
2. Biografia de Lysandro dos Santos Lima. Academia Paranaense de Medicina.
3. Revista Iátrico, edição 43, dezembro de 2024.

# ENTRE O ESTETOSCÓPIO E O ALGORITMO: POR QUE A MEDICINA RESISTE AO NOVO?

DR. VARLEI ANTONIO SERRATTO

**P**or mais estranho que hoje nos pareça, o estetoscópio já foi motivo de desconfiança. Quando surgiu, no início do século XIX, era visto por muitos médicos como um aparato excêntrico e inútil. O Times de Londres, em 1834, resumia o espírito da época: “É duvidoso que o estetoscópio seja universalmente aceito; sua aplicação consome tempo, causa aborrecimento e parece estranha aos nossos hábitos.” E no entanto, o instrumento criado por Laennec tornou-se um ícone da prática médica.

Essa resistência ao novo não é exclusividade daquele tempo — e nem daquela invenção. Toda tecnologia que propõe uma mudança profunda na maneira de fazer as coisas enfrenta, antes da aceitação, uma barreira invisível, mas resistente: o hábito. E quanto mais disruptiva for a proposta, maior tende a ser essa barreira. Um exemplo recente: as telas sensíveis ao toque, que hoje nos parecem naturais, foram desenvolvidas pela HP nos anos 1980, mas só se tornaram amplamente adotadas décadas depois, graças à popularização dos smartphones.

Na medicina, estamos vivendo uma nova onda de disruptão. A inteligência artificial, até poucos anos atrás um tema de ficção científica, hoje é capaz de interpretar exames, sugerir diagnósticos, identificar padrões clínicos e até gerar prontuários com mais rapidez e precisão do que muitos profissionais. E, como sempre, há entusiasmo e há receio — muitas vezes na mesma medida.

Não é difícil entender o porquê da hesitação. A medicina não é apenas técnica. Envolve responsabilidade, vínculo, empatia, escuta. E há, com razão, o medo de que a adoção apressada de tecnologias desumanize a relação com o paciente. Há também, sejamos francos, o desconforto natural de ceder parte do protagonismo a uma máquina.

Mas é justamente nesse ponto que reside o desafio — e a oportunidade. A tecnologia, por si só, não ameaça a medicina. O que pode ameaçá-la é o uso mal orientado, descontextualizado ou desumanizado dessas ferramentas. A IA pode ser uma aliada poderosa, desde que esteja a serviço do cuidado, e não do contrário. Como em qualquer profissão, a sabedoria está em saber o que delegar e o que manter sob controle humano.

Um bom exemplo vem de fora da medicina: o Google, em meio ao seu ambiente de inovação constante, percebeu que não bastava ter os melhores técnicos. Era preciso líderes que soubessem escutar, orientar, estimular. A conclusão foi quase paradoxal: no meio mais tecnológico do planeta, o fator humano continuava sendo o mais relevante.

Na medicina, isso é ainda mais verdadeiro. Um algoritmo pode sugerir opções, mas só o médico — com sua escuta, sua experiência e sua intuição clínica — pode decidir o que fazer diante de um paciente único, com história, medos e expectativas próprios. A competência técnica continua essencial, mas não basta. É preciso também sensibilidade, julgamento e humanidade.

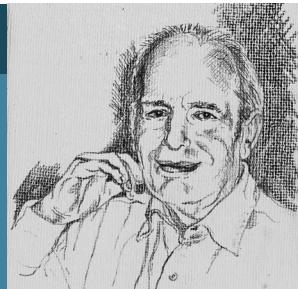
Não devemos temer a tecnologia. Devemos temer apenas a possibilidade de esquecer que ela existe para nos servir — e não para nos substituir. Ampliar sentidos. Que as inovações continuem chegando. Que continuemos debatendo, testando, adaptando. Mas que nunca percais de vista o que é essencial: o paciente no centro do cuidado, e o médico como seu intérprete mais qualificado.

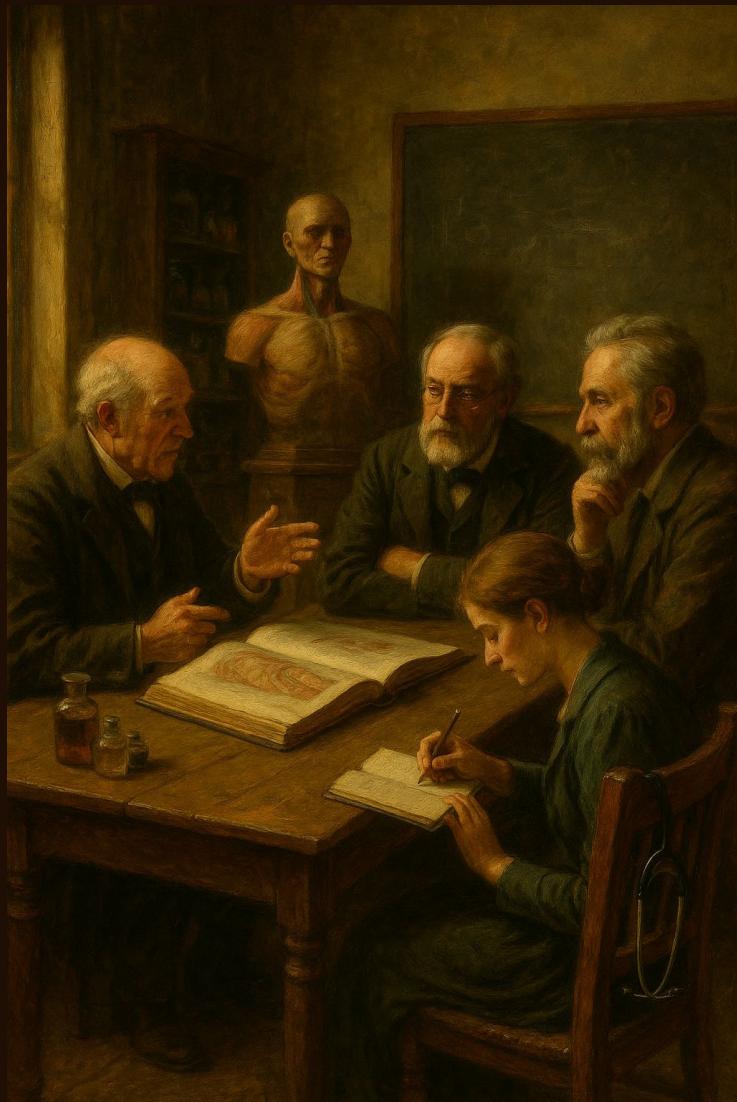
Porque, no fim, o futuro da medicina não será feito de máquinas ou de pessoas. Será feito da boa convivência entre ambos. **•**

## Palavras de Mestre

*O raciocínio clínico é soberano. Diagnosticar faz parte do raciocínio clínico, e só depois dessa prática se deve proceder os exames complementares.*

DR. JOÃO MANUEL



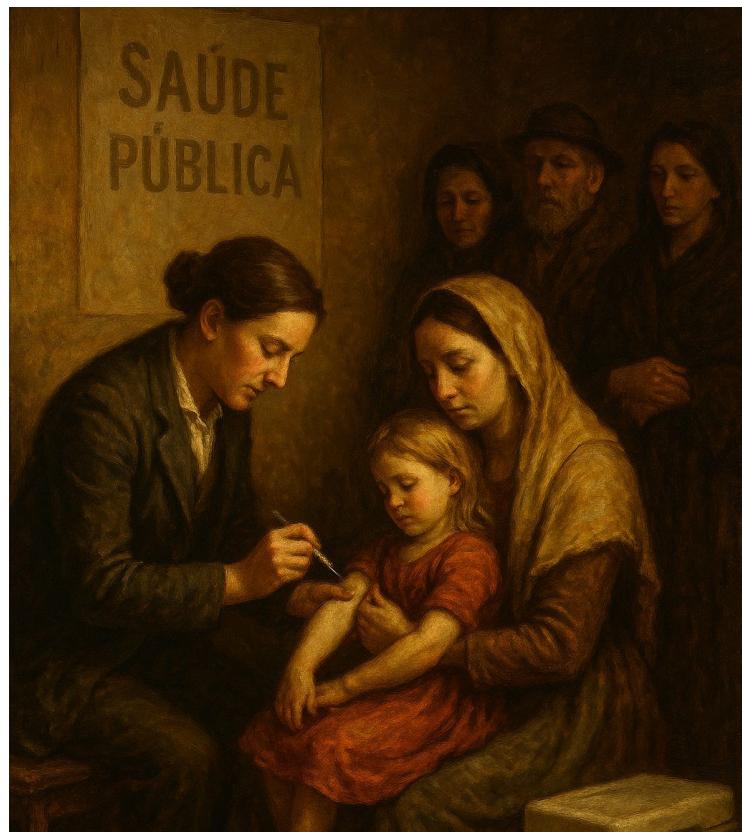


# O MÉDICO IDEAL

## nos próximos 25 anos:

*a eterna construção do humano*

DR. RENÉ SCALET DOS SANTOS NETO



## INTRODUÇÃO: O FUTURO É UM ESPELHO IMPERFEITO

É preciso alguma ousadia para se imaginar o médico ideal. Mais ainda para prever sua silhueta daqui a vinte e cinco anos. O tempo é incerto, e o ofício médico, por mais técnico que seja, permanece uma arte movida por intuição, compaixão e espanto. O que muda não é o essencial. Muda-se o instrumento, não o gesto. O bisturi pode ser laser, o diagnóstico pode ser predição algorítmica, mas o olhar — aquele olhar que conforta — segue sendo de carne e alma.

Projeções sobre o futuro sempre correm o risco de parecer ridículas, especialmente quando lidas no retrovisor da história. Em 1925, ninguém imaginava a penicilina. Em 1975, poucos previam que a medicina um dia caberia na palma da mão. E mesmo em 2025, apesar do frenesi em torno da inteligência artificial e da engenharia genética, ainda nos surpreendemos com os caminhos que a ciência médica toma. E é por isso que escrever sobre o médico ideal de 2050 exige, antes de tudo, uma dose generosa de humildade.

O que estará presente nesse profissional do futuro? Será um híbrido entre o saber técnico e a sensibilidade poética? Um oráculo com estetoscópio? Um engenheiro do genoma com olhos de cuidador? Ou ainda seremos surpreendidos por novas formas de exercer a medicina, talvez mais coletivas, talvez mais algorítmicas, talvez mais espirituais?

A medicina, afinal, não é apenas ciência nem apenas arte. É um território onde o exato e o incerto, o tangível e o simbólico, se entrelaçam. Por isso, refletir sobre o futuro do médico é, na verdade, refletir sobre o futuro da própria humanidade. Que tipo de sociedade queremos construir? Qual o lugar da escuta em um mundo de respostas automáticas? Qual o valor do toque em um universo de interações digitais?

O médico ideal de 2050 será, antes de tudo, um retrato das nossas escolhas de agora. Um reflexo — talvez imperfeito, talvez esperançoso — do que compreendemos hoje como cuidado. Não se trata de desenhar uma figura utópica, mas de vislumbrar direções. De provocar o pensamento. De reencantar o ofício.

Este texto é, pois, uma tentativa. Uma tentativa de imaginar, com os pés no presente e os olhos no horizonte, que médico habitará o mundo que virá. Porque, no fundo, todo médico do futuro começa a ser moldado no agora — em nossas perguntas, em nossos medos, em nossas promessas.

# O MÉDICO IDEAL DO FUTURO NÃO SERÁ O MAIS TECNOLÓGICO, MAS O MAIS TECNOSENSÍVEL.

## I. TECNOLOGIA E O MUNDO POR VIR

Falar do médico ideal dos próximos 25 anos é, inevitavelmente, falar de tecnologia. A medicina que virá será profundamente moldada por inovações que hoje apenas intuimos. Inteligência artificial, computação quântica, edição genômica, gêmeos digitais, sensores vestíveis, realidade mista e medicina baseada em grandes bancos de dados farão parte do cotidiano clínico como hoje o são o estetoscópio e a caneta.

Mas o médico ideal não será apenas um operador dessas ferramentas: será um intérprete de futuro, alguém capaz de compreender que o avanço tecnológico, por si só, não resolve os dilemas fundamentais do cuidado. Ele terá que lidar com um paradoxo: quanto mais se automatizam os processos, mais valioso se torna aquilo que não pode ser automatizado — o julgamento clínico, a empatia, a escuta, o silêncio compartilhado.

Em seu consultório — físico ou virtual — esse médico não estará sozinho. Ao seu lado, algoritmos de apoio à decisão, modelos preditivos treinados com milhões de prontuários, assistentes virtuais capazes de detectar alterações sutis na voz, na expressão facial ou no padrão de sono. Ele poderá acessar, em segundos, o histórico genômico de seu paciente, suas exposições ambientais, seu microbioma, seu perfil psicossocial. Terá à mão mapas de risco e desfecho construídos por aprendizado de máquina, simuladores de resposta terapêutica e ferramentas de triagem automatizadas que talvez dispensem grande parte da triagem humana.

Mas nada disso eliminará a necessidade de discernimento. Porque dados não curam. Curam os significados. E o médico ideal será, acima de tudo, um mediador entre a frieza dos números e o calor da experiência humana. Ele saberá que um algoritmo pode sugerir o diagnóstico correto, mas não será capaz de perceber que, por trás da dor torácica, há um luto mal resolvido. Saberá que a acurácia estatística não substitui a escuta atenta.

Além disso, precisará desenvolver um novo tipo de ética clínica. Como explicar ao paciente que uma IA sugeriu determinada conduta? Como lidar com os vieses embutidos nos sistemas de decisão automatizada? Como proteger a confidencialidade dos dados quando os sistemas são globais e interconectados? O médico ideal não será apenas um técnico: será um guardião ético da tecnociência.

Ele será, também, um arquiteto de realidades híbridas. Talvez não toque fisicamente o paciente com frequência, mas usará sensores hapticos para simular a palpação. Talvez seus olhos vejam através de lentes aumentadas por realidade aumentada, enquanto seus ouvidos recebam, em tempo real, análises dos ruídos cardíacos convertidos em padrões de frequência. Mas a decisão — essa ainda será sua. E, nesse instante, a tecnologia se calará. Porque é o humano quem responde pelo humano.

Enfim, o médico ideal do futuro não será o mais tecnológico, mas o mais tecno-sensível. Aquele que souber equilibrar algoritmos com afeto, precisão com prudência, inovação com integridade. A medicina de 2050 poderá ser preditiva, personalizada e preponderantemente digital, mas continuará a ser, sobretudo, uma prática profundamente humana — e a tecnologia, por mais exuberante que seja, será apenas o meio. O fim continuará sendo o encontro.



# O MÉDICO IDEAL DE 2050 NÃO SERÁ O MAIS RÁPIDO, MAS O MAIS PRESENTE.

## II. HUMANIDADE EM ALTA RESOLUÇÃO

Enquanto as máquinas aprendem a diagnosticar com mais rapidez, o médico ideal será aquele que aprende a demorar. Porque escutar, de verdade, exige tempo — e tempo, na medicina que virá, será o luxo mais precioso. Numa era de respostas instantâneas e interfaces peditivas, será revolucionário aquele que ainda souber sustentar o silêncio de uma consulta longa, permitir o desabafo sem pressa, acolher a dor sem cronômetro.

O médico ideal de 2050 não será o mais rápido, mas o mais presente. Terá desenvolvido uma escuta que não se limita à queixa principal. Escutará a pausa entre as palavras, o tremor da respiração, o não-dito escondido atrás de um sorriso. Saberá que cada paciente carrega consigo uma história única, não redutível a dados clínicos nem a protocolos padronizados.

Em um mundo onde a maior parte da medicina poderá ser resolvida por assistentes automatizados, restará ao médico o que nenhuma inteligência artificial será capaz de reproduzir: a presença terapêutica. Aquele estado de atenção radical em que o paciente se percebe visto, ouvido, reconhecido em sua inteireza — e não apenas tratado como um corpo disfuncional.

A medicina, nesse novo tempo, exigirá do médico um novo tipo de competência: a sensibilidade relacional. Não bastará conhecer biomarcadores, nem manipular plataformas digitais. Será preciso cultivar afetos clínicos: a empatia como escuta ativa, a compaixão como escolha cotidiana, a delicadeza como forma de cuidado.

E quando a morte for inevitável — e ela sempre será, ainda que retardada por terapias genéticas e implantes regenerativos —, o médico ideal não fugirá. Estará ali, inteiro, oferecendo não apenas intervenções, mas companhia. Porque saber morrer com alguém é, também, parte da arte de curar.

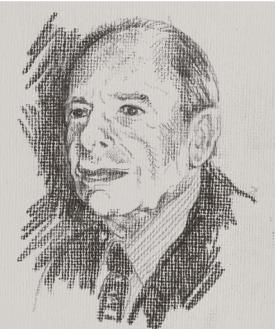
Esse médico não tem apenas olhos para exames. Tem olhos de ver — capazes de reconhecer o sofrimento, mesmo quando disfarçado. Não se impressiona apenas com a lesão tomográfica, mas com a fragilidade humana que pulsa atrás da imagem. Ele entende que não há medicina possível sem relação — e que toda verdadeira relação cura, ainda que não haja cura possível.

Por isso, paradoxalmente, o médico mais humano será também o mais preparado para o futuro. Porque, quando tudo se tornar digital, será o tátil, o presencial, o afetivo que restará como diferencial. Em alta resolução estarão não apenas os exames, mas os gestos. Não apenas os algoritmos, mas os vínculos. E nesse mundo saturado de tecnologia, brilhará aquele que souber oferecer um cuidado com rosto, com voz, com alma.

*Palavras de Mestre*

DR. JOÃO MANUEL

*Saber ouvir o paciente é um dos primeiros socorros de que necessita... O médico que sabe ouvir pode orientar e tranquilizar melhor.*



### III. PLURALIDADE E JUSTIÇA SOCIAL

O médico ideal dos próximos 25 anos não terá uma única face. Terá muitas. Será uma mulher negra do interior do Piauí. Um homem trans da periferia de São Paulo. Uma indígena Yanomami formada em medicina intercultural. Um cadeirante que escolheu a Psiquiatria para cuidar da dor que não sangra. Ele será plural — ou não será.

Porque a medicina do futuro, se quiser ser justa, terá de ser múltipla em corpos, vozes, saberes e práticas. Terá de romper com a ideia de um padrão universal de cuidado — um padrão que, por muito tempo, excluiu, silenciou, ignorou.

O médico ideal saberá que não há saúde sem equidade. Saberá que a clínica começa fora da clínica. Que o tratamento começa ao reconhecer que a dor não se distribui igualmente — e que a morte precoce tem cor, CEP, gênero e classe social. Ele entenderá que a medicina também é uma arena política, onde se disputam narrativas sobre quem merece viver mais e melhor.

Não será neutro. Porque a neutralidade, tantas vezes, é o outro nome da conivência. Seu juramento de cuidar, incluirá também, o compromisso de mitigar os erros históricos: com os povos originários, com a população escravizada, com os desvios da autoridade masculina e restrição da autonomia feminina, com

as pessoas de minorias sexuais e de gênero, com todos os que foram ignorados, não compreendidos pelo paradigma vigente e equivocado dos tempos. Esse médico saberá que o prontuário não conta tudo. Que o que não se diz nos exames é, muitas vezes, o que mais adoece. Que há violências que não deixam hematomas, mas destroem biografias. O jovem periférico que nunca teve consulta com o mesmo médico duas vezes. A senhora analfabeta que assina consentimentos sem compreendê-los.

E mais: ele se permitirá avaliar outros saberes com as benzedeiras, com os pajés, com os terreiros, com os cantos de cura dos abuelos andinos. Reconhecerá que a ciência médica não é o único caminho do cuidado — e que dialogar com a sabedoria popular é, não apenas estratégico, mas culturalmente imperativo.

Em um mundo desigual, o médico ideal será, inevitavelmente, um agente de transformação social. Lançará pontes entre o sistema e os marginalizados. Questionará práticas que reforçam privilégios. Lembrará aos colegas que fazer medicina é, também, um ato de denúncia — da injustiça, da omissão, do abandono. Sua clínica será território de escuta, acolhimento e luta. Porque, mais do que tratar doenças, ele terá escolhido cuidar de vidas que importam — todas elas.

### IV. O MÉDICO COMO EDUCADOR E INQUIRIDOR

Seja qual for sua especialidade, o médico ideal dos próximos 25 anos será, antes de tudo, um educador. Não por formalidade acadêmica, mas por consciência de que a medicina é um saber que só se realiza na partilha. Ele saberá que não há ato clínico que não seja, ao mesmo tempo, um ato pedagógico — ensinar ao paciente sobre sua doença, aos pares sobre o cuidado, aos estudantes sobre os limites e as promessas da profissão.

Mas esse médico ensinará diferente. Não com a autoridade que cala, mas com a escuta que convoca. Sua pedagogia será marcada pelo espanto, pela dúvida, pela vontade de repreender. Terá prazer em perguntar mais do que responder. E ao fazer perguntas — às vezes desconfortáveis, às vezes ingênuas, às vezes radicais —, abrirá espaço para a curiosidade que transforma.

Na sala de aula, não buscará formar reprodutores de conteúdo, mas criadores de sentido. Fará da prática médica um laboratório de humanismo. Incentivará a leitura de poesia tanto quanto a leitura de exames. Convidará seus alunos a escreverem histórias clínicas como se fos-

sem contos. E verá, em cada erro, uma oportunidade de aprender com compaixão.

Apostará em metodologias ativas, em simulações realistas, em educação por pares. Não terá medo do lúdico, nem da emoção. Porque entenderá que se aprende mais com o corpo inteiro do que com o intelecto isolado — e que a técnica mais avançada pode falhar se o aluno não for afetado por aquilo que aprende.

Mas o médico ideal também ensinará para além dos muros da universidade. Levará saúde à praça pública, à escola, à rede social, ao assentamento rural. Produzirá conteúdos acessíveis, combaterá a desinformação com ciência e afeto. Não se envergonhará de usar linguagem simples — porque saber traduzir é também sinal de sabedoria.

E ainda: educará pacientes. Não para torná-los “obedientes”, mas para fazê-los protagonistas do próprio cuidado. Explicará diagnósticos com paciência, discutirá escolhas terapêuticas com clareza, respeitará decisões que desafiem seus instintos médicos. Reconhecerá que o conhecimento, para ser emancipador, precisa ser compartilhado sem hierarquias.

O médico ideal será, também, um eterno aprendiz. Buscará atualização não apenas científica, mas também ética, estética, política. Estará atento às transformações culturais, ao surgimento de novas subjetividades, aos dilemas bioéticos de um mundo onde se poderá, talvez, editar emoções ou prolongar artificialmente a consciência.

Terá, por fim, uma humildade inquiridora. Saberá que não detém a verdade, mas que caminha com ela — tropeçando, reavaliando, escutando. Porque ensinar, como curar, é também um exercício de vulnerabilidade.

E nesse exercício constante de ensinar e aprender, de explicar e escutar, de guiar e ser guiado, esse médico construirá não apenas futuros profissionais. Construirá futuros humanos.

## V. O MÉDICO FRAGMENTADO E O RISCO DA DESALMAÇÃO

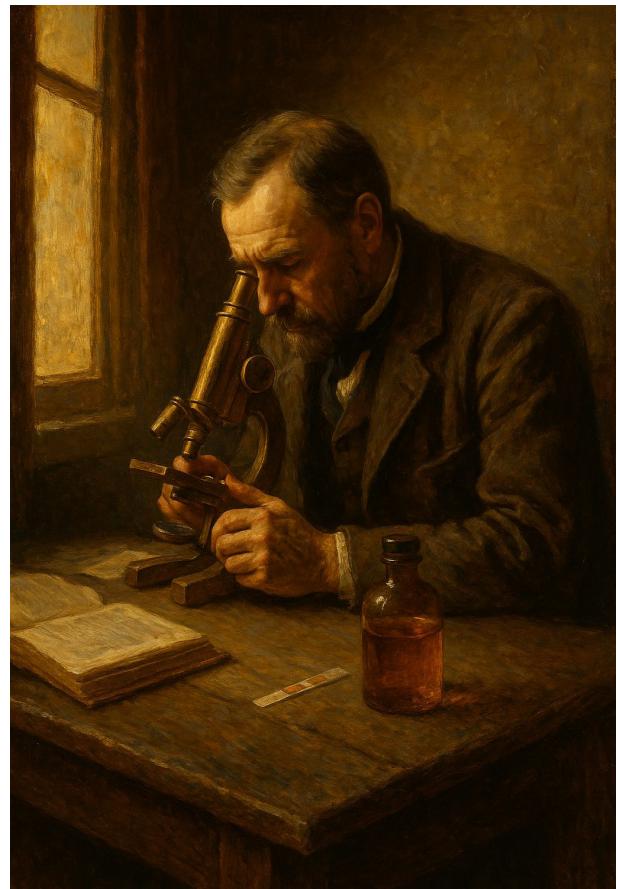
O futuro não trará apenas avanços. Trará, também, armadilhas. E uma das mais sutis será a tentação de funcionalizar o cuidado, de reduzir o médico a um prestador de serviço de alta performance, calibrado por metas, métricas, metas das métricas. A alma do ofício, se não vigiada, poderá dissolver-se no mar da produtividade.

O médico ideal dos próximos 25 anos terá de lutar, diariamente, contra essa fragmentação. Fragmentação do tempo — cada vez mais escasso. Fragmentação do corpo — reduzido a órgãos, exames, protocolos. Fragmentação da própria identidade — entre o profissional que performa e o ser humano que sente.

Ele verá colegas brilhantes sucumbirem ao burnout, não por fraqueza, mas por excesso de força. Verá residentes que choram em banheiros, professores silenciados pela burocracia, equipes sobrecarregadas por planilhas. E entenderá, com dor, que o adoecimento do cuidador não é colateral: é estrutural.

Saberá que não basta cuidar do outro se não há espaço para cuidar de si. Que uma consulta bem-feita exige não apenas técnica, mas inteireza psíquica. E que, sem pausas, sem vínculos, sem sentido, a medicina adoece quem a pratica.

O médico ideal resistirá à lógica da pasteurização. Defenderá o tempo da consulta como espaço sagrado. Reivindicará a lenta escuta como ato clínico. Lutará contra a automatização dos afetos, contra o enrijecimento das relações, contra o empobrecimento da linguagem médica, reduzida a siglas e comandos.



Buscará, em meio à fragmentação, recompor inteirezas. Conectará a biografia à fisiologia, o sintoma ao silêncio, o sofrimento à sociedade. Não se contentará com o alívio do sintoma: perguntará pelas causas profundas, pelas ausências, pelos determinantes invisíveis.

E quando sentir que a alma começa a se ausentar — como às vezes acontece — terá coragem de parar. De pedir ajuda. De dizer “não sei”. Porque saber-se vulnerável será, para ele, um ato de maturidade, não de fraqueza.

Estará atento, ainda, à desalmação institucional: a que transforma ambulatórios em linhas de montagem, hospitais em empresas, consultas em protocolos. Saberá que o cuidado exige estrutura — mas que nenhuma estrutura justifica a perda do sentido.

E, por isso, será também um defensor da saúde de quem cuida. Estimulará espaços de escuta para profissionais, rodas de conversa, supervisões sensíveis. Combaterá a solidão institucional com laços de confiança. Cultivará redes de afeto onde a clínica também seja espaço de cuidado recíproco.

Porque o médico ideal não será o que nunca se fratura. Será aquele que, mesmo fraturado, busca se recompor com verdade, com vínculo, com alma.

## VI. ENTRE HIPÓCRATES E O HOLOGRAMA

O médico ideal dos próximos 25 anos viverá entre dois mundos: o do juramento de Hipócrates e o da presença holográfica. Um pé no passado ancestral da medicina, outro nas incertezas tecnológicas do porvir. Essa convivência, por vezes desconfortável, será sua maior riqueza — e seu maior desafio.

De um lado, o legado milenar do cuidado — o toque, o olhar, a escuta presencial, a construção paciente da confiança. Do outro, a promessa de uma medicina expandida por realidades mistas, consultas remotas em multilinguagens, exames interpretados por inteligência artificial com margem de erro inferior à humana.

Ele atenderá pacientes que talvez nunca veja presencialmente. E mesmo assim, precisará estabelecer vínculo. Sentirá o paradoxo de ser íntimo à distância, de acolher através da tela, de criar presença onde há ausência física. E descobrirá, com surpresa, que a empatia também pode atravessar cabos de fibra óptica.

Esse médico não se oporá à tecnologia. Pelo contrário: a dominará com maestria. Usará óculos de realidade aumentada para guiar cirurgias a centenas de quilômetros, aplicará protocolos de decisão clínica baseados em modelos preditivos, consultará assistentes digitais com milhões de horas de prática simulada.

Mas terá a sabedoria de manter o essencial. Saberá que o estetoscópio — mesmo que substituído por biosensores ultrassensíveis — ainda tem um valor simbólico. Que auscultar não é apenas ouvir sons: é estabelecer presença. E que, mesmo quando a máquina escuta melhor, o gesto do médico que se inclina é insubstituível.

Entre Hipócrates e o holograma, ele construirá pontes. Usará a tradição como leme, e a inovação como vela. Saberá que o compromisso ético não envelhece — mas que precisa ser reatualizado frente aos novos dilemas da biotecnologia, da medicina preditiva, da manipulação genética, do luto antecipado pelo diagnóstico antes do adoecimento.

Viverá dilemas inéditos: quando interromper uma gestação baseada em modelos de risco? Como lidar com a edição genética germinativa? Como comunicar más notícias preditivas que talvez nunca se concretizem?

Mas também celebrará conquistas: vidas prolongadas com qualidade, diagnósticos precoces salvando infâncias, próteses biônicas permitindo novos começos.

Entre o holograma e Hipócrates, esse médico manterá a mão estendida. Porque mesmo em meio à revolução tecnológica, ele saberá que a medicina começa quando alguém toca alguém — seja com a pele, com a palavra, com o silêncio ou com o olhar.

## VII. PALAVRA FINAL: UM MÉDICO EM CONSTRUÇÃO

Talvez o maior risco ao escrever sobre o “médico ideal” seja tratá-lo como um destino. Como se houvesse, ao fim de tudo, uma forma perfeita, um arquétipo definitivo, uma síntese completa entre técnica, ética e afeto. Mas a verdade é que esse médico — o que idealizamos, o que desejamos ser, o que procuramos nos espelhos da prática — não está pronto. Ele está em construção. Sempre esteve. Sempre estará.

O médico ideal dos próximos 25 anos não nascerá da tecnologia, tampouco da tradição. Não será produto da genética, nem de currículos revolucionários. Ele será fruto da escuta, do espanto, do erro acolhido, da dor partilhada, da ética renovada em cada gesto cotidiano.

Talvez more, hoje, nos olhos de um estudante de medicina que se emociona diante de seu primeiro paciente. Talvez respire na decisão silenciosa de um profissional que, diante do esgotamento, escolhe parar e cuidar de si. Talvez se manifeste na atitude de alguém que escreve um bilhete à mão para uma família em luto. Ou que segura a mão de quem parte — mesmo quando não há mais nada a fazer, senão estar.

Esse médico ideal não será o mais brilhante do congresso, nem o mais citado nos papers. Talvez nem tenha perfil em rede social. Mas será lembrado. Porque tocou vidas com verdade, porque cuidou sem arrogância, porque entendeu que a medicina é menos sobre controle e mais sobre presença.

Escrever sobre ele é, ao mesmo tempo, um ato de esperança e de compromisso. Porque, ao imaginar o médico que gostaríamos de ser, reconhecemos as falhas do médico que ainda somos — e, com isso, nos convocamos à travessia.

Cada geração desenhará sua versão desse ideal. E nenhuma será definitiva. Porque os tempos mudam, os dilemas se transformam, os sujeitos adoecem de formas distintas. Mas algo permanecerá: a necessidade de alguém que se disponha a encontrar sentido no caos da dor humana.

Este texto não encerra uma resposta. Abre uma pergunta. Quem seremos, nós, médicos e médicas de 2050? Que marcas deixaremos no corpo da medicina? Que testemunho daremos às próximas gerações?

Que o médico ideal não seja uma estátua no horizonte, mas um caminho percorrido com humildade e desejo de crescer. Que, ao olharmos para o futuro, não nos percamos em cifras e tecnologias, mas nos reencontremos com o mais humano do humano.

E que, ao final de cada dia — em meio a diagnósticos, incertezas, fadigas e pequenos milagres — possamos voltar para casa sabendo que, mesmo sem perfeição, fomos presença. E, com isso, fomos médicos. 



"The Gross Clinic" (1875), por Thomas Eakins (1844–1916). Acervo conjunto do Philadelphia Museum of Art e da Pennsylvania Academy of the Fine Arts, Estados Unidos.

# O PACIENTE DE 150 ANOS: ESPECULAÇÃO CIENTÍFICA OU REALIDADE IMINENTE?

DR. RENÉ SCALET DOS SANTOS NETO

**V**ivemos um tempo em que os limites da biologia humana são interrogados não por filósofos ou ficcionistas, mas por cientistas de laboratório, engenheiros genéticos e programadores de algoritmos de inteligência artificial. A ideia de que um ser humano possa viver 150 anos não é mais uma anedota visionária: ela tem se infiltrado nos debates clínicos, nas decisões regulatórias e até na organização de congressos médicos. Em meio a essa transformação, emerge a figura do "paciente de 150 anos" como um novo arquétipo da prática médica contemporânea: um símbolo das promessas e dilemas éticos que cercam a longevidade extrema.

A biomedicina, amparada por ferramentas moleculares cada vez mais precisas, começa a desconstruir o envelhecimento como um processo inevitável. Pesquisadores como David Sinclair, em Harvard, mostram que a epigenética — e não apenas mutações cumulativas — pode ser o fio condutor do envelhecimento. Com a manipulação controlada dos fatores de Yamanaka (Oct4, Sox2, Klf4), células e tecidos de camundongos envelhecidos foram parcialmente reprogramados, restaurando funções e estruturas. Essa reversão, ao contrário de uma regressão total ao estado embrionário, mantém a identidade celular, mas a reinicializa metabolicamente. A ideia de rejuvenescer órgãos inteiros, sem alterar sua natureza, deixa de ser distópica.

Mas é a inteligência artificial (IA) que oferece a aceleração necessária. Com sua capacidade de analisar bilhões de variáveis biológicas, a IA vem sendo aplicada para descobrir medicamentos, prever estruturas proteicas, modelar trajetórias de doenças e propor intervenções com precisão antes inimaginável. O projeto AlphaFold, da DeepMind, previu com sucesso o dobramento de mais de 200 milhões de proteínas humanas e não humanas. Empresas como a Insilico Medicine desenvolvem moléculas candidatas à longevidade usando modelos generativos. O CEO da Anthropic, Dario Amodei, foi além: em Davos, afirmou que a IA permitirá dobrar a expectativa de vida humana ainda nesta década. Isso significaria atingir a "velocidade de escape da longevidade": o ponto em que cada novo avanço em saúde prolonga a vida mais rápido do que envelhecemos.

Essa hipótese, no entanto, não é apenas técnica. Ela envolve uma revolução ética: estamos prontos para diagnosticar, tratar e acompanhar um paciente que possa viver 150 anos? O que isso exigiria da medicina — e dos próprios médicos? Em meio a avanços experimentais, os casos reais começam a surgir. O mais emblemático deles ocorreu em 2024, quando uma equipe do Massachusetts General

Hospital transplantou, com sucesso, um rim de porco geneticamente modificado para um paciente humano vivo. O paciente, Sr. Richard Slayman, de 62 anos, com doença renal terminal e acesso dialítico exaurido, recebeu um xenotransplante de um órgão com 69 edições genéticas — incluindo a deleção de xenoantígenos, a introdução de genes humanos reguladores do sistema imune e a inativação de retrovírus endógenos suínos. Em menos de 24 horas, o rim produzia urina. A função renal foi restaurada, a diálise suspensa, e o paciente teve alta em menos de três semanas.

Slayman morreu 52 dias depois, subitamente, por evento cardíaco relacionado à sua doença coronariana prévia — não por falência do enxerto ou rejeição. De forma silenciosa, ele se tornou o primeiro ser humano a sobreviver semanas com um rim funcional vindo de outra espécie. Em termos históricos, isso equivale à primeira transfusão bem-sucedida ou ao primeiro uso de penicilina. Não é mais um experimento: é medicina.

Ao lado do xenotransplante, outras tecnologias emergem com potencial transformador. A nanotecnologia aplicada à medicina visa construir dispositivos subcelulares capazes de identificar e corrigir erros metabólicos, eliminar proteínas mal dobradas e neutralizar radicais livres antes que provoquem dano. Esses nanorrobôs, ainda em fase teórica ou animal, poderiam tornar obsoletas terapias invasivas ou crônicas.

Porém, o caminho até os 150 anos não é apenas técnico ou farmacológico. Ele exige enfrentar os limites fisiológicos que ainda resistem às intervenções. A sarcopenia, a

imunossenescênci, o declínio mitocondrial e a instabilidade genômica são fatores multifatoriais que desafiam a manutenção prolongada da homeostase. A resposta está na medicina de precisão, que vai além do "tratamento do idoso", propondo uma cartografia individual dos riscos e fragilidades, com terapias adaptadas à expressão genética, microbioma, hábitos e variáveis ambientais de cada paciente.

E, inevitavelmente, chega-se à pergunta que não é feita em exames laboratoriais: queremos viver até os 150 anos? Para quê? A medicina, ao estender a vida, também precisa lidar com o sentido da vida prolongada. Um paciente que se aproxima dos 120 anos deve continuar recebendo um transplante? Um recém-nascido, com potencial genético para viver 150 anos, deve receber intervenções preventivas ainda intraútero? Haverá lugar para o envelhecimento como parte da vida — ou ele será tratado como uma falha de design corrigível?

## A MEDICINA, AO ESTENDER A VIDA, TAMBÉM PRECISA LIDAR COM O SENTIDO DA VIDA PROLONGADA.



*“A Lição de Anatomia do Dr. Nicolaes Tulp” (1632), por Rembrandt van Rijn (1606–1669). Acervo do Mauritshuis, em Haia, Países Baixos.*

As implicações sociais são igualmente profundas. Um mundo de centenários muda as bases do contrato social: aposentadorias aos 65 anos se tornam insustentáveis; carreiras com início aos 25 e fim aos 60 deixam de fazer sentido. Relações afetivas precisarão se reinventar. A reprodução poderá ser adiada por décadas. A desigualdade — entre os que têm acesso à longevidade e os que não — poderá gerar um novo tipo de apartheid biológico.

Na prática médica, isso já se traduz em novos dilemas clínicos. O caso do Sr. H, publicado em 2017, mostra um paciente de 90 anos iniciando diálise. A decisão, complexa e ética, envolvia não apenas a sobrevida, mas a qualidade de vida, a autonomia e o desejo subjetivo de continuar vivendo. A medicina do futuro terá de lidar com versões prolongadas desse dilema: até onde vale a pena continuar investindo em intervenções? A resposta

dependerá menos de biomarcadores e mais de escuta, empatia e filosofia.

Como médicos, seremos chamados a tomar decisões para as quais nossa formação clássica pouco nos preparou. Teremos que decidir entre rejuvenescer ou deixar envelhecer. Entre prolongar e acolher o fim. Entre usar todas as armas da biotecnologia — ou apenas as que fazem sentido para aquele ser humano, naquele momento.

Se o paciente de 150 anos já nasceu, ele ainda é criança — ou talvez um adulto jovem, anônimo, em algum canto do mundo. Mas sua existência nos força a repensar toda a estrutura da medicina: de como prevenimos, tratamos, acompanhamos e, sobretudo, escutamos. A longevidade não é apenas um desafio técnico: é, acima de tudo, um desafio moral. Cabe à medicina, mais do que nunca, escolher com sabedoria o que fazer com tanto tempo. **I**

## REFERÊNCIAS

1. Sinclair D, Yang JH. Has the first person to live to be 150 been born? *Harvard Gazette*. Jan 30, 2023.
2. Hansen-Estruch C, et al. Physiological aspects of pig kidney xenotransplantation. *Xenotransplantation*. 2022.
3. Piccoli GB, et al. The strange case of Mr. H: Starting dialysis at 90 years. *BMC Medical Ethics*. 2017.
4. Amodei D. A IA dobrará sua expectativa de vida. *Anthropic Blog*. 2024.
5. Kurzweil R. *The Singularity Is Near*. Penguin Books, 2005.
6. Riella LV. Xenotransplantation: The Future Is Here. *JASN*. 2024. DOI: 10.1681/ASN.0000000581.
7. Kawai T, Riella LV, et al. Xenotransplantation of a Porcine Kidney for End-Stage Kidney Disease. *New England Journal of Medicine*. 2025; DOI: 10.1056/NEJMoa2412747.



*“A Cura do Diácono Justiniano” (c. 1438–1440), por Fra Angelico (c. 1395–1455). Acervo do Museo di San Marco, Florença, Itália.*

# O Médico e a Arte

**A**cima: a pintura ilustra um dos milagres médicos mais famosos da iconografia cristã: o “milagre da perna negra”. A cena mostra os santos Cosme e Damião — os santos padroeiros dos médicos e farmacêuticos — substituindo a perna gangrenada do diácono Justiniano pela perna saudável de um homem etíope recém-falecido. É frequentemente citada na história da medicina como a primeira representação artística de um transplante de membros. Fra Angelico apresenta o ideal teológico da medicina.

Na página seguinte, ambas as obras idealizam o marco histórico de 1796, que inaugurou a era da vacinação e da medicina preventiva moderna. Produzidas muito depois do evento, elas exaltam a ciência ao retratar a vitória sobre a varíola, conferindo uma aura heroica e solene ao médico.



*“Dr. Edward Jenner realizando sua primeira vacinação contra a varíola” (c. 1898), por Ernest Board (1877–1934). Acervo do Wellcome Collection, Londres, Reino Unido.*



*“A Primeira Vacinação” (c. 1879), por Gaston Mélingue (1840–1914). Acervo da Wellcome Collection, Londres, Reino Unido.*



*“O Charlatão”* (1652), por Gerard Dou (1613–1675). Acervo do Museum Boijmans Van Beuningen, Roterdã, Países Baixos.

A obra ao lado retrata uma feira onde um vendedor ambulante, sob um grande guarda-sol, promove remédios duvidosos para uma multidão ingênua. O pintor usa a cena para advertir contra a credulidade: enquanto o povo se distrai com as promessas do charlatão, um ladrão bate a carteira de uma mulher. O próprio artista se autorretrata debruçado na janela ao fundo com uma paleta na mão, sugerindo um paralelo irônico entre a pintura (que cria ilusões visuais) e o charlatanismo (que cria ilusões de cura).

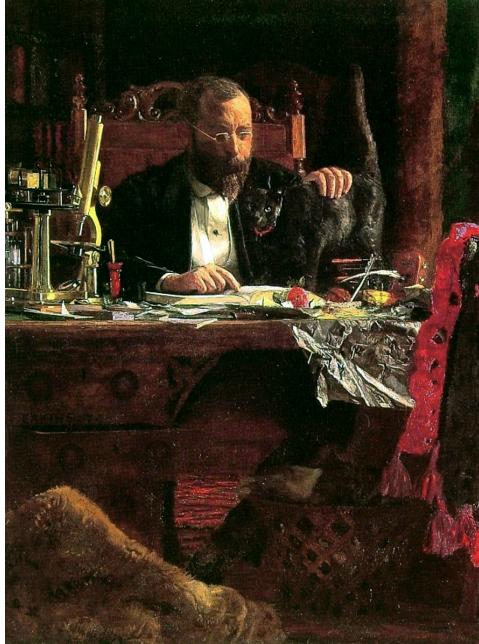
Abaixo: Jan Steen pintou cerca de vinte quadros com o tema “A Visita do Médico”. Este foi um dos temas mais populares em sua obra. Na grande maioria dessas pinturas, a cena retrata uma jovem mulher sofrendo de “mal de amor” (doença do amor), enquanto um médico, frequentemente trajado de forma cômica ou antiquada (como um charlatão), tenta diagnosticar a condição.



*“A Visita do Médico”* (c. 1665–1668), por Jan Steen (1626–1679). Acervo do Taft Museum of Art, Cincinnati, EUA.



*“A Visita do Médico”* (c. 1660–1665), por Jan Steen (1626–1679). Acervo do Mauritshuis, Haia, Países Baixos.



*"Retrato do Professor Benjamin H. Rand"* (1874), por Thomas Eakins (1844–1916). Acervo do Crystal Bridges Museum of American Art, Bentonville, EUA.

Esta obra retrata o Dr. Benjamin Howard Rand, um médico e professor de química no Jefferson Medical College, na Filadélfia. Eakins, que estudou anatomia com Rand, o representa em seu escritório doméstico. A inclusão de instrumentos científicos retrata a bioquímica e a pesquisa empírica na prática médica.



*"A Visita do Médico"* (c. 1666–1667), por Jacob Toorenvliet (1640–1719). Acervo da The Leiden Collection, Nova York, EUA.

Ao contrário de outras cenas de "visita médica" da Era de Ouro Holandesa que focam na comédia ou no charlatanismo, Toorenvliet apresenta aqui uma interação mais digna e séria. O médico verifica o pulso da paciente enquanto segura um frasco de urina, um método diagnóstico comum na época. A presença da cesta de vime (usada para transportar os frascos) e o foco na análise cuidadosa sugerem uma consulta profissional, embora o tema do "mal de amor" ainda possa ser uma interpretação subjacente.



*"Cristo Curando o Cego"* (c. 1570), por El Greco (1541–1614). Acervo do Metropolitan Museum of Art, Nova York, EUA.

Fechando a sequência, Cristo como médico. O médico infalível; aquele que cura não apenas as enfermidades do corpo, mas, principalmente, as da alma. Ele não cobra honorários; sua medicina é a própria graça divina, oferecendo a cura definitiva que a ciência humana não pode alcançar. A obra eleva o tema da medicina do profano ao sagrado. ●

# Entre a Ciência e o Barro, a Arte de Viver com Sentido

*Por trás do jaleco de pediatra, há mãos que também moldam histórias em barro. A médica Lenisa Lima descobriu na cerâmica não apenas um hobby, mas uma extensão de sua própria essência — uma arte simples e profunda, que acalma a mente, aquece o coração e aproxima pessoas.*

**DR<sup>a</sup> SILVANA OLIVEIRA LEAL**

**A**credito que todo tipo de arte, por mais simples que seja, promove cura”, diz Lenisa, com a serenidade de quem entende de processos longos — sejam eles clínicos ou criativos. Médica formada há 32 anos, ela soube desde cedo que queria ser pediatra. “Sentia que a pediatria era a especialidade que me traria mais felicidade.” E mesmo com a rotina intensa entre consultas e plantões, sempre cultivou tempo para atividades manuais.

O contato com o fazer artesanal vem de berço. “Minha mãe e minha avó faziam crochê e estavam sempre às voltas com bordados e costuras. Então, desde a minha infância, sempre tive uma vivência muito próxima com isso e aprendi a apreciar esse tipo de trabalho.”

Esse afeto pelas coisas feitas à mão encontrou, anos depois, uma nova forma de expressão: a cerâmica. O ponto de partida foi um workshop que surgiu casualmente em uma rede social. “Era um curso de cerâmica para iniciantes, num sábado de manhã. Saí aquele dia com a matrícula feita para frequentar a turma semanal. Me apaixonei na hora.”





## A CERÂMICA É UM TREINO DE PACIÊNCIA. DE ACEITAR O TEMPO DO BARRO, ENTENDER QUE NEM TUDO ESTÁ SOB NOSSO CONTROLE.

Aos poucos, o que era apenas um flerte virou compromisso sério. Com as aulas suspensas na pandemia, Lenisa seguiu praticando por conta própria. Em casa, transformou um cantinho em atelier improvisado: a chamada sala do quintal. É ali que a família se reúne para jantar, assistir à televisão e onde também fica o torno de cerâmica — o coração da sua criação.

Lenisa dá vida a pratos, xícaras, cumbucas e muito mais. Suas peças são utilitárias,

mas cheias de sentimento. Entre elas, há uma paixão especial: as casinhas de cerâmica. “Meu pai era engenheiro e me fascinava vê-lo erguer edificações simplesmente do zero. Acabei trazendo essa fascinação para as casinhas.

Elas são abrigo, afeto e memória.” Eventualmente, produz peças inusitadas, que algum amigo encomenda: já moldou um conjunto de peças para bufê de sushi e até um suporte para incensos.

A página na rede social Instagram, inicialmente pensada como um álbum digital, logo ganhou vida própria. Vieram mensagens de elogios, de pedidos de peças e até de conversas inesperadas sobre arte, processos e vida. “Foi muito especial perceber que pessoas que não me conheciam também se conectavam com o que eu fazia.”

Nesse caminho, já enviou peças para vários lugares do Brasil e também para o exterior. Como a produção é cem por cento artesanal, as peças que Lenisa molda são únicas, ao mesmo tempo semelhantes e diferentes entre si, e podem levar até um mês para ficarem prontas.

Apesar dos elogios, ela é cautelosa quanto a transformar isso em um negócio em larga escala. “A cerâmica, para mim, é um treino de paciência. De aceitar o tempo do barro, entender que nem tudo está sob nosso controle. Não é produção em massa. É uma peça por vez. No meu caso, mantendo a produção pequena e pessoal, para não perder o prazer de fazer com cuidado.”

É justamente esse tempo valioso que ela aprende a desfrutar como, por exemplo, em seus momentos de folga, quando aproveita para moldar suas peças. Ela acredita que, se a pessoa consegue organizar sua rotina, é possível mesclar trabalho e atividades lúdicas, que tragam prazer e, ao mesmo tempo, beneficiem a saúde mental.

É o que ela chama de ócio produtivo.

Para quem sonha em começar algo novo, ela é direta: “Não espere a aposentadoria. A vida é curta. Não sabemos se esse dia vai chegar. Faça agora. Busque o que te traz alegria. A arte nos ensina a enxergar a felicidade nas pequenas coisas.”



© Gustavo Alves/CBAt

# O MÉDICO QUE CRUZOU A LINHA DA APOSENTADORIA **RUMO AOS RECORDES DO ATLETISMO**

Jackson Prochmann (CRM-PR 5661) não é só um nome respeitado na Medicina. Aos 73 anos, ele também é visto – e conhecido – nas pistas de atletismo, onde voa nos 100 e 200 metros rasos como poucos da sua idade (ou até de idades inferiores) conseguem.

Após mais de quatro décadas dedicadas à Medicina, o Dr. Jackson se tornou, já aposentado, um dos destaques do atletismo máster no Brasil e no mundo, na categoria M70 (masculino de 70-74 anos). Especialista em Pediatria (RQE 4560), desde 1981, ainda é detentor do recorde brasileiro nessa faixa etária, com a marca atual de 13,54s nos 100 metros rasos.

Sua primeira conquista, de um novo recorde brasileiro nos 100 metros rasos, aconteceu no 55º Campeonato Paulista de Atletismo Máster, realizado em 2023, registrando 13,82s, marca que não era superada há 20 anos.

Em 2024, ele superou a marca individual, batendo novo recorde na competição mundial máster, organizada pela World Masters Athletics (WMA), na cidade de Gotemburgo/Suécia, com 13,54s, tempo ainda não superado por nenhum outro atleta da categoria. Por ser considerada a principal competição do mundo máster, com participação de cerca de 8.000 atletas de mais de 100 países diferentes, o evento equivale a uma olímpiada.

"Sempre gostei de correr, e também de treinar e participar de atividades esportivas como as artes marciais, porém não imaginei virar atleta nessa fase da vida. Fui me envolvendo com o atletismo aos poucos e hoje não consigo mais parar", conta.

Formado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) em 1977, Jackson passou décadas trabalhando como pediatra e atuou também na Divisão de Perícia Médica na Prefeitura Municipal de Curitiba. Dedicou ainda quase 20 anos ao Hospital Cajuru, além de período equivalente ao Hospital Vita BR, em Curitiba.

O Dr. Prochmann oficialmente se aposentou em 2018, mas a ideia de parar nunca combinou com ele. Continua atendendo, mas, todos os dias, no início da tarde, quando

encerra a última consulta, troca o jaleco pelo uniforme de treinamento. "Sigo trabalhando, porque para mim é fundamental me sentir útil. A corrida virou meu combustível. É vício mesmo, de endorfina", afirma.

Como atual recordista brasileiro dos 100 metros rasos na categoria M70, o Dr. Jackson representou o Brasil, em 2024, no Campeonato Mundial de Atletismo Máster na Suécia, conquistando o 6º lugar nos 200 metros e o 7º nos 100 metros, sendo o primeiro latino-americano nessas posições. "Comecei só pra manter a saúde, mas fui evoluindo. Hoje concilio os treinos com o consultório. O importante para mim é ter propósito", diz o doutor.

Ele conta que sempre gostou de esporte. Ainda nos tempos de faculdade, participou de provas de atletismo, incluindo os 100 e 200 metros, com destaque em nível estadual. Inicialmente a carreira médica tomou a frente, mas aos 66 anos resolveu voltar às pistas.

Na primeira prova após o retorno, ficou em 2º lugar nos 100 metros rasos. E o resultado foi um estímulo! "Era pra ser só um jeito de manter a saúde, mas percebi que ainda havia muito combustível. E fui me testando."



O pediatra coleciona medalhas e recordes em provas estaduais, nacionais e internacionais. (Fotos: arquivo pessoal)

AOS 73 ANOS, DR. JACKSON PROCHMANN CONCILIA O CONSULTÓRIO COM A PISTA DE CORRIDA, QUEBRA RECORDES SUL-AMERICANOS E INSPIRA OUTROS MÉDICOS A BUSCAREM OS PRÓPRIOS SONHOS.

## “ME DEDICO DE CORPO E ALMA AO QUE FAÇO, SEJA NO CONSULTÓRIO OU NA PISTA.”

### **PROpósito e DISCIPLINA**

Desde 2019, Jackson, que é meticuloso e muito disciplinado, mergulhou de cabeça nos treinos. Hoje, treina com uma equipe multidisciplinar, faz musculação em academia de CrossFit três vezes por semana e corrida em pista outras duas. Além disso, é acompanhado por dois personal trainers, nutricionista, cardiologista, fisioterapeuta. Claro, ainda segue o próprio conselho: a Medicina como base e aliada de todo o processo.

Desde que começou a competir, passou a colecionar medalhas e recordes em provas estaduais, nacionais e internacionais. Os resultados falam por si:

- Recordista brasileiro nos 100 metros rasos com a marca de 13,54s na categoria M70.
- 7º lugar mundial nos 100 metros rasos e 6º nos 200 metros rasos no Mundial Outdoor em Gotemburgo/Suécia, em 2024.

– Recordista sul-americano indoor no Mundial Máster Indoor, nos 60 metros e 200 metros rasos, ficando em 12º e 10º na colocação mundial, respectivamente, nessas provas, na categoria M70, competição realizada na cidade de Gainesville/Flórida, em março de 2025.

– Medalhista de ouro em competições estaduais (São Paulo e Rio de Janeiro) e na Taça Brasil de Atletismo Máster, realizada na cidade de Bragança Paulista, sede da Confederação Brasileira de Atletismo (CBAt) e da Associação Brasileira de Atletismo Máster (ABRAM).

– 1º lugar nas competições de 100 metros rasos, 200 metros rasos e modalidade 4x100 no 57º Campeonato Paulista de Atletismo Máster, realizado na cidade de São Paulo.

### **INSPIRAÇÃO QUE ULTRAPASSA A LINHA DE CHEGADA**

Casado, pai de dois filhos – um médico e uma veterinária – e avô de quatro netos, o Dr. Jackson representa mais do que um caso de longevidade ativa. Ele é um lembrete de que nunca é tarde para transformar um desejo em realidade.

“Além de me dedicar de forma plena para atingir meus objetivos de novas marcas e vitórias, tenho também como meta estimular outros médicos, aposentados ou não, a buscarem aquilo que os faz sentir vivos e saudáveis.”

Mas ele não corre só por medalhas. Corre por propósito. Por saúde. Por vida. Por um chamado que diz que nunca é tarde para começar. E, com cada passo rápido que dá na pista, deixa para trás a ideia de que envelhecer é parar

Em setembro, o médico vai encarar o Campeonato Brasileiro de Atletismo Máster, em São Paulo, e, em novembro, parte para o Chile para competir no XXII Sul-americano. E já está treinando para o mundial de 2026, na Coreia do Sul.

Tudo isso sem abandonar a Medicina.

Mais que números, cada medalha carrega uma história de superação e uma mensagem.

“A vida não precisa ficar limitada apenas à profissão. A Medicina é minha missão, mas o esporte também virou um chamado. A corrida me dá energia pra viver, me desafia. E quero mostrar a outros médicos que, sim, dá pra sonhar. Que outros médicos, aposentados ou não, busquem aquilo que os faz sentir vivos. Quem sonha e luta por conquistar seus sonhos permanece por mais tempo jovem e saudável.” **I**



# QUANDO O PACIENTE VIRA CLIENTE

DR. JOSÉ A. MOURA NETO \*

**O**utro dia, ouvi um médico — autodeclarado “mentor” — afirmar que um dos segredos do sucesso estava na boa taxa de “conversão de consultas em cirurgias”. E que seria útil estabelecer comissões para a equipe administrativa. Uma secretaria eficiente seria incentivada por produtividade. Sem constrangimentos.

Vivemos uma era que proliferam “mentorias” com promessas fáceis e fórmulas mágicas para o sucesso profissional. Mas há armadilhas nesse caminho que precisam ser expostas e discutidas com seriedade.

A lógica da conversão, típica do marketing de vendas, não pode entrar nos consultórios médicos. Nem adaptada, nem como exercício de suposição. Medicina não é funil de vendas. Paciente não é lead. E saúde não é produto.

A métrica de “vender um procedimento” impõe riscos éticos: o paciente deixa de ser um fim em si mesmo e passa a ser um meio para alcançar metas. A ética cede lugar à estratégia. A escuta dá espaço a scripts. E a dúvida clínica — que deveria ser tratada com reflexão e ponderação — pode virar um obstáculo a ser contornado.

Incentivos por produtividade, comuns em outras áreas, podem parecer inofensivos. Mas na medicina, podem comprometer o essencial: a confiança. Afinal, diga-me como me medes, que eu te direi como me comportarei. Um sistema que recompensa por volume pode acabar distorcendo o papel de todos na equipe — da recepção ao corpo clínico — estimulando, mesmo que de forma sutil, a criação de urgência artificial, a minimização de riscos ou a supervalorização de benefícios. É sutil... e perigosos.

A mercantilização da medicina distorce a bússola moral da profissão. O cuidado vira serviço. A decisão clínica, uma oportunidade de negócio. E a confiança — que é o alicerce da relação entre médico e paciente — se fragiliza. É claro que os profissionais precisam de dignidade financeira e que as clínicas precisam ser sustentáveis. Mas existem caminhos para isso: formação sólida, empatia verdadeira e uma comunicação



“O Médico e sua Paciente” (c. 1665), por Jan Steen (1626–1679). Acervo do Rijksmuseum, Amsterdã, Países Baixos.

ética e eficaz são as melhores estratégias de crescimento. Há uma linha entre viabilidade e as metas. E essa linha invisível se chama ética.

Medicina é uma relação entre pessoas. Um exercício de escuta, empatia e responsabilidade. Uma conversa honesta sobre incertezas, riscos e escolhas. Quando a medicina se transforma em mercado e o paciente, em cliente — perde-se a confiança de que estamos sendo cuidados, e não vendidos. Quem é médico é, acima de tudo, guardião da vulnerabilidade do outro. E isso é incompatível com metas de vendas ou conversão.

Que a gente não esqueça disso. Nem como médico, nem como paciente que somos - ou seremos, um dia.

\*Médico nefrologista



# PRECISAMOS DE MAIS OU MELHORES MÉDICOS?

DR. RENÉ SCALET DOS SANTOS NETO

## INTRODUÇÃO

**O**Brasil vive um paradoxo silencioso, mas profundamente revelador. Por um lado, o número de médicos formados cresce exponencialmente — ultrapassamos 500 mil profissionais registrados em 2024, com previsão de ultrapassar 1 milhão até 2035. Por outro, persistem vazios assistenciais, desigualdade na distribuição dos médicos e queixas recorrentes sobre a formação deficitária de parte dos egressos.

A pergunta que surge é inevitável: precisamos de mais médicos — em número bruto — ou de melhores médicos — em competência e preparo para a realidade nacional? A resposta não é trivial, mas urge. Neste artigo, propomos uma reflexão crítica sobre os rumos da formação médica no Brasil, com base em dados recentes da Demografia Médica 2025, na literatura nacional e internacional, e na vivência prática em cenários reais de cuidado, urgência e regulação.

## "PRECISAMOS DE MAIS MÉDICOS ONDE FALTAM, E DE MELHORES MÉDICOS EM TODO LUGAR."

### **CRESCIMENTO ACELERADO: MAIS ESCOLAS, MAIS VAGAS, MAIS MÉDICOS**

Segundo a Demografia Médica no Brasil 2025, o país conta com 448 escolas médicas e mais de 43 mil vagas autorizadas por ano, uma expansão concentrada nas duas últimas décadas, fortemente impulsionada pelo programa “Mais Médicos” e pelo setor privado. Entre 2000 e 2023, o número de médicos mais do que dobrou.

No entanto, essa explosão numérica não foi acompanhada de igual zelo quanto à infraestrutura das escolas, qualificação docente, experiências práticas consistentes e integração com o sistema de saúde. Conforme alerta o editorial da revista Medical Teacher, estamos formando médicos “em massa”, mas frequentemente sem assegurar as condições mínimas para uma formação sólida, crítica e alinhada ao SUS.

### **QUANTIDADE VS QUALIDADE: UM FALSO DILEMA?**

A discussão entre “mais” ou “melhores” médicos é, à primeira vista, dicotômica. Mas, ao analisarmos com profundidade, percebemos que a dicotomia é falsa. De fato, o país precisa de mais médicos em algumas regiões e especialidades — sobretudo em áreas remotas, periféricas ou negligenciadas. No entanto, não basta que esses profissionais existam numericamente: eles precisam estar preparados técnica, ética e socialmente para atuar com responsabilidade.

Expandir a quantidade sem garantir a qualidade da formação representa não apenas um desperdício de recursos públicos e privados, mas também um risco direto à segurança do paciente e à credibilidade do sistema de saúde.

### **O FUNIL MAL CALIBRADO DA FORMAÇÃO MÉDICA**

A formação médica no Brasil é marcada por um descompasso estrutural entre os diferentes níveis da formação:

- A graduação cresce desordenadamente.
- A residência médica tem oferta insuficiente e mal distribuída.
- A educação permanente é pouco sistematizada.

Em 2024, havia praticamente o dobro de egressos da graduação do que vagas de residência médica disponíveis. Esse descompasso cria uma geração de médicos generalistas sem preparo para o trabalho autônomo, sem apoio estruturado e sem supervisão qualificada.

Além disso, muitos egressos não conseguem acessar a residência ou optam por pós-graduações lato sensu de baixa regulação, o que perpetua lacunas na formação clínica e compromete a qualidade assistencial. Essa “autonomia precoce” imposta pelo sistema revela-se uma armadilha: o médico recém-formado é lançado ao mercado sem escudo, sem bússola e sem espelho.

### **TÍTULO DE ESPECIALISTA: RECONHECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

A obtenção do título de especialista por meio das sociedades médicas e da residência médica ainda é a via mais segura e estruturada para garantir competência técnica, atualização científica e compromisso ético.

Como destaca o editorial da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, o título é mais do que uma chancela burocrática. Ele representa um compromisso com a excelência, com a ética e com a segurança do paciente.

A padronização dos critérios de avaliação, a atualização constante das provas e a recertificação periódica — ainda ausente no Brasil — são instrumentos indispensáveis para assegurar que o especialista continue sendo digno de confiança pública.

### **O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS**

A responsabilidade por essa crise silenciosa não é de um único ator. Trata-se de um problema sistêmico, que envolve:

- Poder público, que autorizou cursos sem garantir contrapartidas estruturais.
- Instituições privadas, que priorizam volume em detrimento da missão educacional.
- Faculdades públicas, que sofrem com cortes orçamentários e falta de renovação docente.
- Sociedades médicas, que ainda carecem de mais protagonismo na regulação da formação especializada.
- Corpos docentes, que nem sempre têm formação pedagógica ou condições dignas de trabalho.

A construção de uma solução requer uma governança colaborativa entre os setores da educação e da saúde, como já preconizado por diversas diretrizes nacionais e internacionais.

## EDUCAÇÃO MÉDICA COM PROPÓSITO: RETOMAR O SENTIDO DA FORMAÇÃO

A medicina não é apenas uma profissão técnica. É, sobretudo, uma prática relacional, ética e social. Formar médicos é formar cuidadores e cuidadoras — sujeitos capazes de lidar com a dor, com a morte, com a incerteza e com a esperança.

Nesse contexto, a formação médica precisa ser:

- Baseada em competências reais, não só em conteúdos.
- Centrada no estudante e na comunidade, não apenas no hospital.
- Aliada às necessidades do SUS, e não apenas ao mercado.
- Sustentada por metodologias ativas, simulação clínica e práticas supervisionadas.
- Avaliada com rigor, mas também com propósito formativo.

Formar bons médicos exige tempo, afeto pedagógico, exigência técnica e compromisso ético. Não há atalho.

## CONCLUSÃO: NEM MAIS NEM MENOS — MELHORES, ONDE SÃO NECESSÁRIOS

A resposta à pergunta que intitula este artigo não é “mais” ou “melhores”. Precisamos de mais médicos onde faltam, e de melhores médicos em todo lugar.

Isso implica parar de medir sucesso apenas por número de formandos ou de cursos. O que deve nos guiar é o impacto positivo desses profissionais na vida real dos pacientes, nas comunidades, nas equipes de saúde.

Para isso, é urgente:

1. Rever o processo de autorização de novos cursos, vinculando-o a critérios de necessidade regional e infraestrutura adequada.
2. Expandir e qualificar a residência médica, alinhada ao perfil epidemiológico do país.
3. Fortalecer o papel das sociedades médicas na certificação e recertificação.
4. Valorizar os docentes e investir na sua formação pedagógica.
5. Garantir políticas públicas que articulem educação, trabalho e saúde.

Formar um médico é, no fim das contas, formar um elo humano entre o conhecimento e o cuidado. Que tenhamos coragem e sabedoria para tornar essa missão possível — e responsável.

### REFERÊNCIAS

1. Scheffer M (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
2. Santos RA, Nunes MPT. **Medical education in Brazil**. Medical Teacher, 2019.
3. Caramori U. **Medical education in Brazil: More schools, but what for?** Medical Teacher, 2025.
4. Pereira GAJ et al. **Por que as Sociedades Médicas devem cuidar de suas provas de Título de Especialista**. Rev Col Bras Cir, 2024.
5. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: MEC, 2014.

## Palavras de Mestre

**DR. JOÃO MANUEL**

*Tecnociência sem cultura humanística é mero negócio. Por isso, sempre deve haver uma decisão prévia sobre como melhor utilizá-la, e se é de fato necessária.*





O Dragão, o Tesouro e o Médico que Aprende:  
*Um Chamado à Jornada  
na Educação Médica*

DR. RENÉ SCALET DOS SANTOS NETO

"O HERÓI É AQUELE QUE ENFRENTOU O DRAGÃO  
E TRANSFORMOU SUA DOR EM SABEDORIA."

– JOSEPH CAMPBELL (ADAPTADO)

## INTRODUÇÃO: UMA HISTÓRIA A SER CONTADA

**E**m meio a protocolos, escalas, simuladores e aulas lotadas, às vezes esquecemos que aprender Medicina é, antes de tudo, viver uma jornada humana profunda. Como educadores, tendemos a organizar o ensino com base em ementas, habilidades e objetivos cognitivos — tudo necessário, mas insuficiente. O que realmente forma um médico? O que o sustenta nos plantões mais difíceis, nos momentos de dúvida, diante da morte?

Proponho aqui uma metáfora que atravessa séculos, mitologias e culturas: a história do dragão e do tesouro. Ela pode parecer um conto infantil, mas guarda um dos arquétipos mais potentes da experiência de aprender — especialmente em um campo tão exigente e existencial quanto a Medicina.

### O DRAGÃO: DESAFIOS QUE DEVORAM SONHOS

Na narrativa clássica, o dragão é a criatura que guarda o tesouro. É forte, imprevisível e amedrontador. Na educação médica, esse dragão assume muitas formas.

Para o estudante, ele pode ser o medo de errar, a sensação de não estar à altura, a pressão silenciosa de parecer inabalável mesmo quando o peito aperta de incerteza. Ele pode vir em forma de aulas desconectadas da realidade clínica, de avaliações punitivas que não ensinam, de professores ausentes ou hostis. Pode ser o cansaço extremo, o burnout precoce, a falta de sentido.

Para o professor, o dragão pode ser o desânimo diante da resistência institucional, a dificuldade de implementar inovações, a frustração com o desinteresse aparente de alguns alunos, ou mesmo a solidão docente diante de tantas demandas.

O dragão, em sua essência, representa tudo aquilo que precisamos enfrentar para crescer, mas que muitas vezes evitamos por medo de não sermos capazes.

### O TESOURO: O MÉDICO QUE QUEREMOS FORMAR

Toda boa história tem um objetivo. Aqui, o tesouro é o médico que queremos formar e ser.

Não falo de um herói infalível ou de um técnico eficiente. O verdadeiro tesouro é o médico que:

- Raciocina com clareza mesmo sob pressão.
- Escuta com atenção mesmo no caos.
- Lida com a incerteza sem se paralisar.
- Integra conhecimento técnico e sabedoria humana.
- Reconhece seus limites sem perder a dignidade.
- Usa tecnologias, como a inteligência artificial, como ferramentas — não muletas — para cuidar melhor.
- Sabe que salvar nem sempre é possível, mas cuidar é sempre necessário.

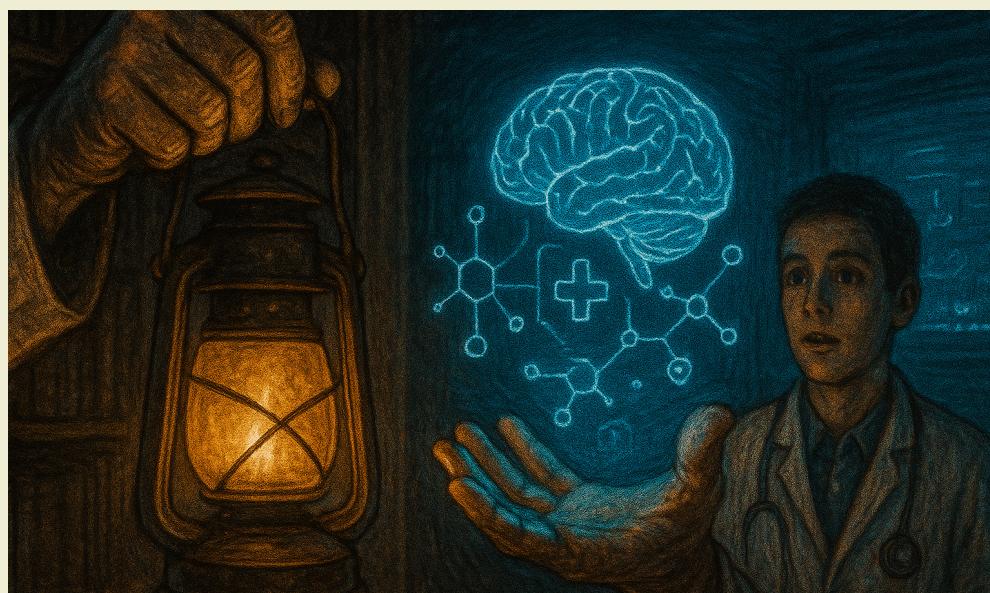
Esse médico não é um ideal distante: é o que buscamos formar em cada estudante. Mas ele não está pronto desde o início. Ele precisa atravessar a jornada. E cada passo exige coragem, humildade, apoio e orientação.

### O HEROI: O ESTUDANTE E SUA JORNADA

Na história, o herói é quem decide sair do lugar seguro, encarar o desconhecido e enfrentar o dragão. No nosso caso, esse herói é o estudante de Medicina.

Ele chega à universidade com expectativas idealizadas e logo encontra a dureza do real: noites sem dormir, pacientes que não seguem o manual, docentes que nem sempre inspiram. Muitos se perguntam: será que dou conta? será que pertenço a esse lugar?

É aí que a metáfora se torna fundamental. O herói não nasce pronto. Ele é forjado na jornada, aprende com os erros, cresce ao cair e levantar. Cada paciente atendido, cada simulação realizada, cada discussão em grupo é uma pequena batalha vencida. E, como toda boa história, o herói não caminha sozinho.



"NOSSO PAPEL COMO PROFESSORES NÃO É DAR TODAS AS RESPOSTAS. É FAZER AS PERGUNTAS CERTAS..."



#### O MENTOR: O PAPEL DO EDUCADOR MÉDICO

O educador, nessa narrativa, não é o herói da história. É o mentor, o guia que oferece ferramentas, caminhos e conselhos. É aquele que não enfrenta o dragão pelo aluno, mas segura a lanterna enquanto ele entra na caverna.

Esse mentor pode se apresentar de muitas formas: um professor atento, um preceptor empático, um colega mais experiente que compartilha suas cicatrizes com humildade. Mas ele precisa existir. E precisa reconhecer que formar um médico é mais do que ensinar conteúdos — é ajudar a construir sentido.

As metodologias ativas, a simulação clínica, a análise de narrativas, a IA aplicada à educação médica — tudo isso são instrumentos dessa mentoria. Mas nenhum deles substitui a presença genuína do educador como figura de confiança.

#### A JORNADA COLETIVA: NINGUÉM ENFRENTA O DRAGÃO SOZINHO

Há uma armadilha comum na formação médica: a ideia de que ser bom profissional é ser invulnerável, competitivo e solitário. Essa visão não apenas é tóxica, como não se sustenta na prática.

As urgências que vivencio no SAMU, a complexidade dos pacientes renais crônicos e as decisões difíceis dos

cuidados paliativos me mostram todos os dias que trabalho em saúde é essencialmente coletivo. E que médicos bem formados sabem pedir ajuda, compartilhar angústias, trabalhar em equipe.

Por isso, é essencial que o currículo e a cultura institucional reforcem essa ideia: a jornada é de todos. E, quando enfrentamos os dragões juntos, o caminho é menos pesado — e o tesouro, mais significativo.

#### CONCLUSÃO: UM CONVITE À CORAGEM

Contar histórias é uma forma ancestral de ensinar, curar e transformar. A metáfora do dragão e do tesouro é mais do que um recurso didático. É um convite: que educadores e estudantes se reconheçam como protagonistas de uma jornada real e simbólica.

"Nosso papel como professores não é dar todas as respostas. É fazer as perguntas certas, oferecer apoio e manter acesa a chama da esperança."

Que cada estudante possa olhar para seus medos como parte do caminho. Que cada educador possa enxergar no outro um herói em formação. E que, juntos, possamos lembrar que a Medicina não é só uma ciência — é uma jornada humana, feita de encontros, desafios e significados.

#### REFERÊNCIAS INSPIRADORAS:

1. Campbell, J. *O Herói de Mil Faces*. Pensamento, 2007.
2. Bleakley, A. *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*. Routledge, 2015.
3. Frankl, V. *Em busca de sentido*. Vozes, 2008.



## NA LINHA DE CHEGADA:

# O TORNEIO DAS LENDAS E A ARTE DA MEDICINA

DR. RENÉ SCALET DOS SANTOS NETO

“NA CHUVA, NÃO SE DIRIGE  
APENAS COM AS MÃOS.  
DIRIGE-SE COM O ESPÍRITO.”

— AYRTON SENNA, ENTREVISTA FICTÍCIA  
NO TORNEIO DAS LENDAS

## INTRODUÇÃO — QUANDO A MEDICINA ENCONTRA A PISTA

**N**o coração da Fórmula 1 pulsa muito mais do que motores turbinados, estratégias de pit stop e ultrapasagens espetaculares. A F1 é uma arte de limites: físicos, tecnológicos, psicológicos. E, curiosamente, esse mesmo trinômio — corpo, técnica e mente — define também a Medicina.

Ambos os mundos, médico e automobilístico, compartilham uma obsessão: tomar decisões em alta velocidade, com riscos reais e margem de erro mínima. Ambos exigem preparo técnico exaustivo, confiança na equipe, domínio emocional e, não raramente, uma intuição que escapa às planilhas. São campos de atuação onde o "instinto treinado" pode salvar vidas.

Foi refletindo sobre essas semelhanças que me deparei com o Torneio das Lendas — uma simulação criativa, quase literária, em que os maiores pilotos da história da Fórmula 1 enfrentam-se em circuitos míticos, sob diferentes condições. De Ayrton Senna a Max Verstappen, passando por Schumacher, Hamilton, Lauda, Fangio, Clark e Villeneuve — os duelos são decididos em pistas secas, molhadas, com tecnologia do futuro e, finalmente, em um embate épico no Interlagos de 2025.

Ao acompanhar esse torneio ficcional, percebi que ele não é apenas uma homenagem ao automobilismo — ele é também uma poderosa metáfora sobre o exercício da Medicina no século XXI. Eis aqui o que podemos aprender, curva após curva, com as lendas da velocidade.

### I. A VOLTA LANÇADA E O DIAGNÓSTICO: SUZUKA E O RACIOCÍNIO CLÍNICO

A primeira etapa do Torneio acontece em Suzuka, um dos templos sagrados da F1. A pista exige técnica, fluidez, precisão. O formato é uma volta lançada — uma única oportunidade para extrair tudo do carro. Sem margens para erros.

Na Medicina, há momentos análogos. O atendimento inicial no pronto-socorro, a anamnese com tempo limitado, a decisão terapêutica sob pressão. Assim como o piloto, o clínico precisa de leitura instantânea, coordenação entre pensamento e ação, e confiança no seu repertório.

Ayrton Senna vence essa etapa não por acaso. Ele era conhecido por suas poles sobrenaturais. Assim também são os médicos que se destacam na acurácia diagnóstica: reconhecem padrões invisíveis aos olhos treinados apenas para o óbvio.

**Lição clínica:** Diagnosticar em uma única volta exige treino, método e sensibilidade.

A Medicina começa onde a pressa termina, mas a decisão precisa ser veloz.

### II. A CHUVA E A INCERTEZA: O PLANTONISTA NA TEMPESTADE

A segunda etapa acontece sob chuva intensa. O cenário muda. O que era previsível, torna-se improvável. O asfalto escorrega. A visibilidade cai. O medo aparece.

É a metáfora perfeita para o trabalho em ambientes clínicos de incerteza: Unidade de Terapia Intensiva, emergência, contextos de alta complexidade social e emocional. Aqui, os guias não estão completos. Os protocolos hesitam. E a confiança passa a habitar um lugar invisível: entre a experiência e o tato humano.

Senna novamente vence. Não porque fosse o mais calculista, mas porque conseguia dançar com a adversidade. Ele lia a pista com os pneus, ouvia com os ombros. Na Medicina, isso se chama escuta qualificada. É o que diferencia o médico que entende do que o paciente diz daquele que entende do que o paciente sente, mesmo sem dizer.

**Lição clínica:** Na incerteza, não basta conhecer. É preciso sentir.

A Medicina exige técnica, mas exige, sobretudo, presença de espírito.

## PARA REFLETIR:

“NA PISTA, COMO NA VIDA, HÁ CURVAS QUE NÃO SE FAZEM COM AS MÃOS. FAZEM-SE COM CORAGEM.”

— ADAPTADO DE UMA FRASE IMAGINÁRIA DE AYRTON SENNA

### III. TECNOLOGIA E TOMADA DE DECISÃO: O TORNEIO DAS MÁQUINAS INTELIGENTES

O terceiro cenário traz os carros de Fórmula 1 do futuro: 2025. Sistemas híbridos, ERS, DRS, telemetria em tempo real. Quem domina essa etapa não é o artista da chuva, mas o estrategista dos algoritmos: Max Verstappen.

Vivemos uma revolução parecida na Medicina. Inteligência Artificial, big data, medicina personalizada, dashboards clínicos. Um novo tipo de médico emerge: mais analítico, conectado, integrado a uma realidade digital.

Verstappen é esse novo perfil. Piloto de laboratório, com instintos apurados, mas com leitura de dados como segunda língua. Ele vence com autoridade — não por ser menos sensível, mas por ser adaptável. Em tempos de transformação digital, a resistência ao novo pode ser o erro fatal.

Mas a lição mais profunda é que, mesmo com a máquina mais perfeita, o ser humano ainda decide. O julgamento clínico permanece soberano.

**Lição clínica:** A tecnologia é poderosa, mas ela não tem empatia. O bom médico do futuro será aquele que integrar IA e IE — Inteligência Emocional.

### IV. O CIRCUITO DA REALIDADE: INTERLAGOS, O CAOS ORGANIZADO DA CLÍNICA CONTEMPORÂNEA

A grande final do Torneio acontece em Interlagos, versão 2025. Pista com setores molhados, outros secos. Clima instável. Carros híbridos. Volta única. Senna versus Verstappen.

É o cenário mais próximo da realidade médica cotidiana. Pacientes com múltiplas comorbidades. Protocolos conflitantes. Falta de recursos em um se-

tor, alta tecnologia em outro. E, em meio a isso tudo, decisões precisam ser tomadas com precisão.

A simulação termina com Senna vencendo por 0.004 segundos. Uma vitória quase imperceptível — mas absolutamente simbólica. Porque, no fundo, o que o diferencia é aquilo que nenhuma máquina pode medir: o espírito.

**Lição clínica:** A Medicina real é complexa, assimétrica e desafiadora. E só quem consegue unir razão e intuição consegue entregar cuidado com excelência.

### V. FORMAÇÃO MÉDICA: DE LAUDA A VERSTAPPEN

O torneio também nos permite refletir sobre os arquétipos de médicos e suas trajetórias:

- ▶ Niki Lauda, racional, técnico, disciplinado — o médico que domina guidelines e estatística, mas que só floresce quando entende a subjetividade do paciente.
- ▶ Michael Schumacher, obstinado, metódico, inovador — o clínico que revisa artigos à noite, participa de comitês, treina habilidades não-técnicas.
- ▶ Lewis Hamilton, resiliente, multifacetado, empático — o profissional que alia performance à escuta ativa, tecnologia à humanização.
- ▶ Verstappen, jovem, digital, feroz — o símbolo de uma nova geração que vai operar mais dados do que bisturis.
- ▶ E, claro, Ayrton Senna, síntese de coragem, fé, técnica e intuição — um lembrete de que a essência da Medicina talvez ainda resida naquilo que nos conecta como humanos: vulnerabilidade e compaixão.



*Imola, Itália. 1º de maio de 1988.  
Grande Prêmio de San Marino.  
Campeonato Mundial de Fórmula 1 de  
1988. Ayrton Senna em seu McLaren  
Honda. — Foto de Cristiano Barni.*

## VI. HUMANISMO, ÉTICA E CORAGEM: O MOTOR INVISÍVEL DA PROFISSÃO

O que separa um piloto comum de uma lenda? Talvez seja a capacidade de permanecer inteiro mesmo diante do risco. Na Medicina, também é assim.

Coragem ética não é fazer o impossível. É reconhecer limites. É saber quando não fazer. É respeitar o tempo do paciente. É dizer "não sei", quando for necessário.

Nos torneios, Senna muitas vezes arrisca tudo — mas não por vaidade. Ele arrisca por convicção. Porque confia no que sente. Porque tem propósito.

Na Medicina, essa coragem se manifesta no enfrentamento da dor alheia. No cuidado paliativo. Na luta contra a burocracia desumana. No abraço ao familiar em luto.

## VII. FINAL: A LINHA QUE SEPARA O ORDINÁRIO DO EXTRAORDINÁRIO

Quando Senna e Verstappen cruzam a linha final em Interlagos, o cronômetro marca uma diferença de apenas 0.004 segundos. Isso é menos do que um piscar de olhos. Menos do que um erro de cálculo. Menos do que uma hesitação.

Mas na Medicina, às vezes, essa diferença define tudo.

Um diagnóstico feito 10 minutos antes. Uma dose ajustada corretamente. Uma conversa difícil que evitou uma internação desnecessária. Um gesto humano que salvou uma vida.

Na prática médica, o extraordinário mora nos detalhes. E só quem treina o olhar — e o coração — percebe isso.

**Lição clínica:** A medicina não é só ciência aplicada. É também um compromisso ético com a vida, com a verdade e com o outro.

## EPÍLOGO — A ETERNIDADE DOS QUE ESCOLHEM CUIDAR

O Torneio das Lendas termina com Senna sendo consagrado como o "Campeão Supremo". Mas essa vitória não é contra Verstappen. É com ele. Porque no duelo entre eras, quem ganha é a história. Quem vence é a humanidade.

Assim também deve ser na Medicina.

Não há mais espaço para a arrogância de achar que uma única geração ou escola tem todas as respostas. Precisamos de médicos que tragam a bravura de Senna, a inteligência de Hamilton, a precisão de Schumacher, a adaptabilidade de Verstappen, e a ética de Lauda.

A Medicina precisa de todos. De pilotos e de poetas. De técnicos e de intuitivos. De especialistas e de generalistas. De quem lê guidelines e de quem lê olhos marejados.

Porque no fim, todos estamos no mesmo circuito. Todos somos responsáveis pela mesma corrida.

E, com sorte, cruzaremos a linha de chegada com a consciência tranquila, o coração íntegro e a certeza de que fizemos tudo o que estava ao nosso alcance. 

Meus amigos, logo partiremos para nossa jornada musical, desta vez em busca do médico ideal, visto ser este o tema central desta edição do látrico. Confesso que a busca desta vez não foi fácil, pois os autores das músicas tinham um tema por demais recorrente que os levava a procurar um médico: a dor, seja ela uma cefaleia, seja uma opressão no meio do peito, ou mais comumente a dor que evolui irradiando-se para os demais locais, a dor de cotovelo. Peço desculpas se as músicas soarem repetitivas em relação a este tema, mas assim é a vida real. Como ninguém procura um médico por estar apaixonado e feliz, o que resta são as mazelas decorrentes da perda do ser amado, ou de simplesmente o fato de não ter alguém ao seu lado, como inspiração para as obras da nossa playlist. Ressalto que as músicas foram da minha escolha pessoal, e como tal sujeitas a críticas tanto por não ter colocado uma música da qual um determinado leitor gosta muito, quanto por ter incluído uma que não seja do seu agrado. Como sempre enfatizo, receberei tais críticas com prazer e humildade. Convido-os pois a partilharem comigo esta jornada, desejando-lhes uma boa viagem.

# GUIA DE BORDO

DR. PAULO MARQUETTI



## BREAD *Family Doctor*

Nesta canção, do primeiro LP da banda, de 1968, o vocalista David Gates conta que foi consultar o médico da família por uma cefaleia persistente desde que sua namorada o deixou. O médico então lhe pediu uma foto da garota e o mandou retornar em uma semana. Permaneceu com dor até a reconsulta, na qual o médico lhe deu uma "substituta", com o que não teve mais dor. Como em 1968 não havia impressoras 3D nem robôs humanóides, só nos resta pensar em uma boneca inflável. Será?



## THE ROLLING STONES *Dear Doctor*

Neste country blues, lançado em 1968 no magnífico álbum *The Beggars' Banquet*, Mick Jagger conta ao médico que existe uma dor onde antes havia um coração, latejante, às vezes adormecida, e pede ao médico que o tire de lá e o guarde em um pote. Ele está para se casar com uma mulher que é "uma porca de pernas arqueadas" (sic), e por isso está bebendo como uma esponja. Sua mãe para consolá-lo, dá-lhe um Bourbon e lhe pede que se apronte para a cerimônia. Quando ele vai colocar a aliança no bolso, havia lá um bilhete em que a noiva lhe pedia desculpas por não ter coragem de lhe contar pessoalmente que tinha fugido com seu primo, e que não haveria casamento. Com isso, ele pede ao médico que lhe devolva o seu coração do pote, e conta à mãe que está chorando lágrimas de alívio. Nesta canção tragicômica, bem no estilo de Jagger, resta-nos ponderar se ele não deveria ter como sintoma uma dor de cabeça pelo que poderia estar crescendo lá, ao invés da dor no peito...



### THE BEATLES

*Doctor Robert*

Lançada em 1966 no álbum Revolver, esta música cantada por John Lennon menciona que o Doutor Robert estará sempre disponível quando você ligar, e o tornará um novo e melhor homem, pois ele ajuda a todos e o fará entender tudo e sentir-se melhor. Na verdade, segundo o biógrafo Steve Turner, tratava-se do Dr. Robert Freymann, um médico alemão de 60 anos com consultório na East 78th Street, famoso por vender vitaminas misteriosas que deixariam Nova Iorque inteira chapada. Tratavam-se de anfetaminas, na época vendidas como antidepressivos, que tinham um mercado crescente como droga recreativa para os novaiorquinos antenados. Elas não eram ilegais desde que usadas com moderação. Dada a sua enorme quantidade de receitas, o Dr. Robert foi suspenso em 1968 e em 1971 foi expulso da New York State Medical Society. Pelo menos para quem o frequentava pelas "vitaminas", ele seria o médico ideal...



### JOÃO MOSSORÓ

*Doutor*

Nesta canção o paciente refere o sintoma como sendo uma dor no peito e já se autodiagnosticou como tendo uma dor de cotovelo que acelera o coração, cuja etiologia é a saudade da amada. Pede ao médico que mande ela voltar, justificando que à ausculta cardíaca ouvirá o coração chamando o nome dela... puxa, e eu que nunca tinha ouvido um coração falar!



### UFO

*Doctor Doctor*

Neste rock do terceiro álbum da banda britânica Phenomenon, de 1974, o paciente vai à consulta e conta ao médico que a garota roubou seu coração e depois começou a esquartejá-lo, que ela estava paranoica e o deixou nervoso e ele teve que fugir, chegando ao consultório rastejando... Provavelmente o paciente conheceu a garota em uma festa de Halloween, talvez em uma noite de lua cheia. Felizmente ele sobreviveu para contar essa história. A canção foi composta pelo guitarrista Michael Schenker aos 18 anos, com letra do vocalista Phil Mogg. Quem de nós já não atendeu um paciente delirante com uma história parecida?



### A LA CARTE

*Doctor, Doctor (Help Me Please)*

O À la Carte foi um trio vocal formado na Alemanha em 1978, com três cantoras escocesas, cantando músicas ao estilo do grupo sueco Abba, que tinha enorme sucesso internacional na mesma época. Teve várias formações até encerrar a carreira em 1984. Nesta música, de 1979, temos a história de uma garota que dançava com o namorado em uma festa, e eles conhecem uma outra garota, os três dançam, trocam beijos, e ela se apaixona pela menina, que descreve como "uma filha de Afrodite com olhos de anjo", só que a outra gostou do seu namorado em vez dela... Com este imbróglio todo, a nossa personagem principal vai ao médico com os joelhos tremendo e lhe pede que esfrie esses sentimentos para que ela não enlouqueça. Com uma banda alemã com nome francês e cantoras escocesas com inspiração sueca, o cardápio só poderia ser indigesto mesmo, e eu me pergunto qual deverá ser a nacionalidade do médico para que ele possa resolver esse impasse, talvez um velhinho austríaco o consiga.



### MARCUS MAGELLAN

*THE BONJO JUG BAND*

*Help Me Doctor*

Marcus Magalhães é um carioca que vive em Miami, onde montou essa banda que mistura blues, swing e folk. Nesta música, no melhor estilo Vaudeville, o paciente vai ao médico queixando-se de fraqueza nos joelhos, não consegue andar, tem falta de ar, perda de apetite, e implora ao médico que o ajude. Conta que uma garota ocupou a sua mente, que está triste o tempo todo, tem taquicardia e até parou de se alimentar. O médico então lhe diz que ele está prestes a enlouquecer, que está debilitado e confuso, estressado, não sendo surpresa a situação em que se encontra. Ou seja, um diagnóstico acurado, para um problema sem solução.



### MARVIN CONAN

*Help Me Doctor*

Marvin Conan é um compositor britânico premiado que não canta, e suas composições mais recentes enfocam temas políticos e sociais. Nesta balada singela, a vocalista, não creditada, afirma que está tão solitária que só quer morrer. Sente-se como um barco à deriva num oceano infinito. Dragões furiosos chamascam seu cérebro, e ela quer sentir a lâmina do bisturi do médico cortando sua veia. Diz ao médico que nem consegue chorar. Recusa-se a tomar aquelas "pílulas engracadas" para se sentir viva, mas isto é tudo o que ela quer e implora ao médico que a ajude. Depressão profunda, até com ideação suicida. Sai zica!



### BRUNA PRADO *Doutor*

Cantora, compositora, pesquisadora e professora de canto, a paulista Bruna Prado é Doutora em música, Mestre em antropologia social e graduada em música popular pela UNICAMP.

Com um currículo desse quilate, ela merece ser ouvida com atenção. Nesta canção, ela refere como queixa principal que seu coração não a deixa agir de um jeito normal, pois ama acima da média, em uma relação de amor e ódio com o médico (!?!) e pede um comprimido para essa bipolaridade. Pede uma receita que coloque seu coração atrás da cabeça. E quando o médico vai examiná-la ela o afasta, querendo uma dor que a atinja em cheio e uma paixão que a corte no meio, e que abandone a vida num momento de explosão. Quer aprender a fazer média, pois não aguenta mais essa bipolaridade. Aqui temos, pois, um compêndio de psiquiatria: baixa auto-estima, transferência/contratransferência, bipolaridade, depressão... Deixo livre à sua interpretação sobre o que seria essa explosão fatal. Morte súbita, porém feliz?



### HENRIQUE.SER *Doutor*

Músico, cantor, compositor e produtor. O paulistano, que tem um alter-ego chamado QQ.Ser na segunda dimensão, que ele próprio refere como dimensão toon (o que quer que isso signifique), traz esta música, em que ele diz ao médico que tem algo errado com ele: insônia, perda de apetite, frio na barriga, sudorese, fumaça na cabeça, pensamento no papel, tudo isso desde 2017... Nos vocais ele parece estar muito chapado, e a segunda voz, que seria o médico, pior que ele. Muita fumaça na cabeça mesmo. Peço desculpas por ter incluído esta.



### PAPERMOON *Help Me, Doctor*

Dupla pop vienense fundada em 1991 por Christof Straub e Edina Talhammer, que faz um folk pop extremamente agradável, que lhe trouxe discos de ouro e platina. Nesta canção a vocalista refere cefaleia e dor no peito, pelo que pede ajuda. Diz ao médico que está ficando maluca. Que tem lapsos de memória, que foi pega em uma armadilha mas não lembra quando nem por que, e que tudo isso é demais para seu coração e sua mente. Refere febre constante, e pede que o médico lhe diga se a causa está no coração ou na cabeça. Espera que ele encontre a cura para que ela possa se apaixonar de novo. Nem bem saiu de uma encrenca, já está procurando outra... Apesar do baixo astral, é uma canção agradável.

### MARINA MELO & OTTO

#### *Doutor*

Neste caso a cantora/compositora paulistana nos relata a história de uma paciente que entra abruptamente no consultório do médico e, sem se apresentar, refere uma febre alta (50°C!), choro copioso, calafrios, e afirma que está prestes a explodir, implorando pela ajuda do médico. Este, sem perder a calma, afirma que até pode lhe receitar remédios mas que a proibirá de entrar nos prédios onde estão pessoas passíveis de cura. Antes de liberá-la, pergunta o seu nome, e ela responde que seu nome é Terra, repetindo que está prestes a explodir. Será que temos aqui uma metáfora sobre o aquecimento global?

### PAUL GREEN

#### *Help Me Doctor*

Aqui o autor conta que sua garota foi embora e o deixou sozinho (óbvio isso, né?). Procura o médico e lhe pede uma pílula qualquer que possa tirar a garota da sua cabeça. Afirma que nunca se sentiu tão mal, sente-se andando sobre um fio desencapado. Tenta enxergar mais adiante, mas sente sua cabeça girando pelo excesso de vinho, precisa que ela volte hoje mesmo, implora por um remédio, e fica repetindo que tem que achá-la. Trata-se de um caso perdido mesmo...



### EMERSON MACKINTOSH *Help Me Doctor*

Em sua autobiografia para o Spotify, este compositor mostra que a modéstia não é sua maior virtude. Cita como influências Bob Dylan e Nathaniel Rateliff, e afirma que está a caminho de se tornar uma figura quintessencial no folk rock, pois é um virtuoso em muitos instrumentos, incluindo banjo, violão e cello. Uau! Mas vamos ao que nos interessa: nesta canção, do álbum Rear View Mirror, de 2020, ele já começa pedindo a medicação de que precisa, pois não pode esperar muito. Pede ajuda a seus irmãos, mas eles nunca estavam lá quando ele precisava. Sente-se só em meio a uma multidão, não consegue respirar, mas diz que está disposto a lutar até seu último suspiro. Acho que ele deve ser muito chato para ninguém querer ficar com ele...



### VINICIUS VALADÃO E FORRÓ BISCOITO *Seu Doutor*

É claro que nesta playlist não poderia faltar um forró. O autor afirma que em 2021, com o lançamento do EP Baião “pro mundo inteiro” (sic), começou sua carreira como compositor, pretendendo agregar ao movimento do forró raiz, inspirado em Luiz Gonzaga e Dominguinhos, entre outros. Afirma que o balanço é garantido. Diz ao médico que está passando mal, em um desespero constante, pela falta do seu amor. O médico pelo menos demonstra empatia, diz que já passou por isso, e sugere que ele olhe nos olhos dela e diga que ela lhe faz sentir falta de ar, que ela é o sol de toda manhã e o sorriso mais lindo que ele possa apreciar... e vai por aí afora. O médico então garante o resultado se ele seguir a receita. Será?



### CAPIM E CANELA *Me Acuda Seu Doutor*

Mais um forró. Aqui o vocalista pede socorro ao médico para que não deixe o fogo apagar, diz que está começando a reatar, e que a sua mulher está se zangando por ele estar se “amolengando” (sic), não atendendo mais aos seus desejos. Pergunta ao médico o que pode tomar, e este começa citando leite, sal, limão, goiaba, jatobá, mel, guaraná, abacate buriti, acerola, ananás, castanha do Pará, caldo de feijão, mocotó, e finalmente amendoin e catuaba. O sujeito é um expert em poções milagrosas e promete resultados, mas se não funcionar... Vou deixar para vocês ouvirem o final da música. Acho que quando foi composta não havia ainda o sildenafil.

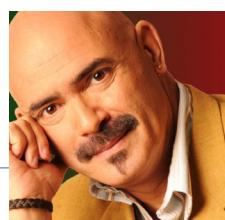
### MESTRE AORELIO DOMINGUES E GRUPO MANTICUERA *Doutor*

Em mais esta pérola, regional de festas de boi de mamão, o cantor pede ao médico que venha curar o Mateus, que está morto no chão. Pede que o cavalo traga o médico sem demora, mas pelo jeito o Mateus vai continuar morto no chão.



### FERNANDO CORREIA MARQUES *Ai Doutora*

Cantor português que completou em 2019 40 anos de carreira com o lançamento de FCM40, o autor/cantor nos traz a queixa de uma dor que o incomoda desde que acorda, forte e constante, e deixa-o louco por não saber o que fazer. Pede à médica que palpe o seu coração, e que não lhe diga que é amor. A dor é constante, mesmo no momento da consulta, e ele pergunta o que será que está dentro dele. Existe uma versão desta música em que a paciente é mulher, cantada por um trio chamado Arte Jovem, mas preferi a original, cantada pelo seu compositor.



Meus amigos, nossa viagem termina aqui. Espero que esta seleção não tenha lhes causado cefaleia, dor precordial nem tonturas. Se tal tiver ocorrido, sugiro como medicação ouvir músicas menos poliqueixosas junto com a pessoa amada, a família ou os melhores amigos, saboreando uma taça de vinho, e tudo vai passar. Até a próxima viagem musical do Iátrico!

### VINICIUS VALADÃO E FORRÓ BISCOITO *Seu Doutor*

É claro que nesta playlist não poderia faltar um forró. O autor afirma que em 2021, com o lançamento do EP Baião “pro mundo inteiro” (sic), começou sua carreira como compositor, pretendendo agregar ao movimento do forró raiz, inspirado em Luiz Gonzaga e Dominguinhos, entre outros. Afirma que o balanço é garantido. Diz ao médico que está passando mal, em um desespero constante, pela falta do seu amor. O médico pelo menos demonstra empatia, diz que já passou por isso, e sugere que ele olhe nos olhos dela e diga que ela lhe faz sentir falta de ar, que ela é o sol de toda manhã e o sorriso mais lindo que ele possa apreciar... e vai por aí afora. O médico então garante o resultado se ele seguir a receita. Será?



### FERNANDO E SOROCABA *Doutor*

É claro que nos faltava um exemplo do estilo sertanejo. Aqui temos o relato do caso de um paciente que já usou receita caseira, remédio da feira, água benta, chá de pimenta, por uma dor no peito, e pergunta ao médico se é grave e se tem cura. Refere que está morrendo de amor, e pede um remédio que possa curá-lo.



### DIEGO E VICTOR HUGO *Infarto*

Para concluir nossa viagem musical, mais uma canção sertaneja, em que o paciente refere tonturas, pré-síncope, pede água com açúcar em vez da cerveja que tinha pedido, referindo que já havia se sentido assim antes, e que a sua doença tem 1,60 metro e acabou de entrar pela porta. Pede que fechem a porta, o sintoma está aumentando, o peito está doendo, prefere que seja infarto pois se for amor vai ser pior o estrago... Infelizmente não temos informação sobre o eletrocardiograma e a dosagem de troponina.

ENTRE NESSA VIAGEM  
COM O DIÁRIO DE BORDO.  
TRILHA SONORA DO  
IÁTRICO NO SPOTIFY  
Link para acessar:  
[bit.ly/4ifXOME](https://bit.ly/4ifXOME)





# *Cartoccio de Salmão*

Esta receita é uma sugestão do  
Dr. Ricardo Skroch Andrade (CRM-PR 7.879)

**DR. MAURO BORGES DA SILVA**

**INICIALMENTE UM BREVE INFORMATIVO:**

O cozinhar “al cartóccio” tem suas raízes na antiguidade, remontando ao Império Romano. Sendo muito utilizada na culinária italiana para preparo de frutos do mar. Consiste em uma técnica para preservar os sabores e aromas dos alimentos, embrulhando-os. Tem por correspondente a técnica francesa: “en papillote”.

Isto posto se segue a receita:

**INGREDIENTES:**

- 1 posta de salmão – aproximadamente 500g,
- 250g de cream cheese,
- 300 g de queijo gorgonzola,
- 1 pacote de massa folheada,
- 1 gema,
- salsinha.

**PREPARO:**

1. Misture o cream cheese com o queijo gorgonzola (ambos a temperatura ambiente), formando uma pasta, em desejando tempere-a com sal e pimenta do reino a gosto.
2. Abra a massa folheada em uma superfície plana.
3. Disponha o salmão no meio da massa, sem tempero.
4. Sobre o salmão, coloque a mistura de cream cheese e gorgonzola e salpique um pouco de salsinha picada, a gosto.
5. Feche a massa como se fosse um pastel, pincele com a gema batida e coloque numa travessa refratária que possa ir à mesa, leve ao forno a 230 graus por 50 minutos.
6. Sirva.

Sugere-se como acompanhamento uma salada de folhas. Bom apetite!

### Sugestão ENOASTRONOMIA | HARMONIZAÇÃO

**Para a harmonização com vinhos (Enogastronomia) devemos considerar:**

- há peixe
- queijo azul (mofado ou fungado) 300g!
- massa folheada, creme etc

O elemento mais dominante é o queijo (azul, fungado) sabor intenso que ‘destrói’ o vinho que então precisa se impor!

- Vinho branco jovem, vibrante, sem madeira!
- 1ª sugestão - Um chardonnay jovem sem madeira
- 2ª sugestão - um champanha brut, branco ou rosé
- 3ª sugestão - um Pinot Noir jovem do hemisfério sul
- Ainda há espaço e ousadia com um riesling ou gewurztraminer





[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)