



Periódico do PSZ

FILOSOFIA DE PS

Reflexões sobre o começo do ano

Todo comecinho de ano, rola uma dança das cadeiras das provas, vagas e aprovações da residência médica.

Comigo não foi diferente: Em um reino não tão distante, a jovem Luiza, recém-formada e silenciosamente aspirante a emergencista, estava passando por isso.

Eu tinha 24 primaveras até outubro e senti que ganhei mais 20 entre novembro e janeiro. Isso incluiu muito estudo, abdições e pesadelos com as bolinhas pretas dos gabaritos das provas que sempre desejei.

Nessa fase, em que a felicidade parecia morar tão distante e em que eu normalizei ser tão cruel comigo mesma por não aceitar menos do que 100%, eu gostaria de ter visto a Luiza do presente. Não como garantia de que tudo daria certo, mas como uma mera possibilidade de estar onde estou hoje.

Nunca concordei com a afirmação de que a medicina é um sacerdócio. Mas, ela intrinsecamente carrega uma carga maior de responsabilidade e

exige estudo, técnica e comprometimento, principalmente nesse período de provas e em muitos momentos, esquecemos o fato de estarmos fazendo o melhor que podemos.

Como quem vem do futuro, o conselho sempre será o mesmo: você vai errar (e quem nunca errou?). Ninguém é perfeito (e nem precisa ser). O que nos resta é manter a disciplina e aceitar com confiança que, dentre as muitas possibilidades, a que aconteceu é a que melhor aconteceria para todo mundo.

Portanto, se você está hoje no lugar onde eu estive — entre o medo do gabarito e a ansiedade pelo amanhã —, respire fundo. Olhe para si com gentileza. A aprovação que você tanto busca é importante, mas a paz de saber que você é maior do que qualquer resultado é o que realmente sustenta a jornada.

Luiza Piton Moura Mazzon

Formada pela Universidade de Araraquara em 2022, atualmente médica residente em Medicina De Emergência no Hospital do Amor - Santa Casa da Misericórdia de Barretos Fundadora da página @luiza.na.emergência

HISTÓRIAS DE PLANTÃO

Colcha de Retalhos

Naquele dia, acordei antes do sol, como um prenúncio daquilo que me aguardava. Há uma solenidade silenciosa no início de um plantão, um pacto invisível entre mim e tudo aquilo que ainda não aconteceu. Enquanto a água escorria pelo meu rosto, eu pensava nas pequenas mãos que segurariam as minhas, nos olhos que me examinariam com uma mistura de medo e esperança. Vestir o jaleco nunca foi apenas vestir um uniforme: era colocar uma colcha de retalhos de memórias e vidas que passavam por mim.

O ar da manhã ainda carregava o ritmo lento do fim da madrugada ao chegar na Unidade Básica de Saúde. O prédio, simples e funcional, tinha aquela familiaridade de quem já viu de tudo e continua de pé. Empurrei a porta, sentindo o ranger suave que sempre me dava as boas-vindas, e caminhei até minha sala.

Coloquei minha bolsa sobre a mesa e comecei a organizar o espaço. Posicionei o estetoscópio ao alcance da mão, alinhei os formulários, testei a caneta, ajustei a cadeira, observei a maca e fim, estava pronto para iniciar.

Sentei-me por um instante, deixando o silêncio ocupar o espaço. Havia uma pausa entre o agora e o que viria, uma espécie de respiração profunda do mergulho. Enquanto aguardava o primeiro paciente, ouvi três batidas na porta. Não foram batidas firmes, mas também não eram hesitantes. Havia urgência nelas, uma urgência contida, quase tímida.



Foto: Freepik

Autorizei a entrada, e uma senhora surgiu, trazendo consigo uma criança. Seu olhar estava assustado, seus ombros estavam tensos, e seus movimentos tinham a cautela de quem pisa em terreno incerto, quase proibido. Meu olhar desceu naturalmente até o menino, em busca de repostas. Foi então que vi: os pés dele estavam queimados.

A pele com bolhas, amareladas, em alguns pontos escurecida, carregava a marca inconfundível da dor recente. Ele não chorava, e aquele silêncio me perturbou mais do que qualquer grito poderia ter feito. Crianças deveriam protestar contra a dor, não a aceitar como destino.

A senhora revelou, com gestos e expressões carregadas de aflição, que era vizinha do menino. Contou que o havia trazido escondido enquanto os pais estavam fora, pois já era o terceiro dia que ouvia o menino com os pés machucados. Segundo ele, os pais estavam ocupados demais para levá-lo para a unidade.

Senti algo apertar dentro de mim, uma mistura de indignação e responsabilidade. Havia ali mais do que uma lesão física. Havia

abandono, silêncio, omissão. Havia uma criança que precisava de alguém que não virasse o rosto.

Respirei fundo, sentindo o peso invisível daquele momento pousar sobre meus ombros. O plantão havia começado, e com ele, mais uma história que não constava em nenhum prontuário, mas que agora fazia parte de mim.

Dr. Matheus Fassarella

Pediatra pela Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Instagram: @matheus.fassarella

ATUALIZAÇÃO

Nova Era no Manejo da Tromboembolia Pulmonar: A Diretriz Multissocietária de 2026

Em fevereiro de 2026, a abordagem da Tromboembolia Pulmonar (TEP) mudou oficialmente de paradigma. Publicada a partir de um consenso inédito entre dez grandes sociedades internacionais, incluindo AHA, ACC, ACEP e CHEST, a nova diretriz propõe uma reclassificação clínica estruturada em categorias de A-E e consolida um modelo de tratamento mais preciso, padronizado e centrado no perfil individual do paciente.

No cenário da emergência, a suspeita de TEP continua exigindo uma avaliação inicial rigorosa, fundamentada na história clínica e no exame físico, com o objetivo de estimar a probabilidade pré-teste. A diretriz reforça o uso de ferramentas validadas como o Score de Wells, o Score de Geneva Revisado e o *Pulmonary Embolism Rule-out Criteria* (PERC), sempre alinhados ao julgamento clínico (*gestalt*).

Em pacientes com probabilidade baixa ou intermediária, recomenda-se o uso do D-dímero para excluir a necessidade de exame de imagem. Entre os avanços da diretriz, o algoritmo YEARS ganha destaque por otimizar recursos com taxa de falha inferior a 2%, simplificando a decisão diagnóstica a partir de três critérios: sinais de trombose venosa profunda (TVP), hemoptise e se TEP é o diagnóstico mais provável. Na ausência desses critérios, o limite de exclusão sobe para $<1000 \mu\text{g/mL}$; na presença de 1 ou mais, mantém-se $<500 \mu\text{g/mL}$ ou valor ajustado (idade $\times 10 \mu\text{g/L}$) em pacientes >50 anos. Nos casos de alta probabilidade ($>50\%$), a angiotomografia computadorizada (CTPA) permanece como o padrão-ouro.

Confirmado o diagnóstico, a diretriz estabelece cinco categorias clínicas (A-E) que substituem termos como “maciça” e “submaciça”, permitindo uma estratificação mais objetiva.

- **Categoria A:** TEP incidental e assintomática
- **Categoria B:** Sintomática de baixo risco. Pacientes com escores PESI ≤ 85 , sPESI = 0 ou Hestia = 0. Subdivide-se em
 - **B1:** subsegmentar
 - **B2:** segmentar ou proximal

- **Categoria C:** Sintomática de alto risco. Pacientes estáveis, mas scores PESI > 85 , sPESI ≥ 1 ou Hestia ≥ 1 . Subdivide-se em:
 - **C1:** VD e biomarcadores normais
 - **C2:** VD anormal OU ≥ 1 biomarcador elevado (troponina ou BNP)
 - **C3:** VD anormal E ≥ 1 biomarcador elevado (troponina ou BNP)
- **Categoria D:** Insuficiência cardiopulmonar incipiente. Choque normotenso ou com hipotensão transitória, mas com sinais de hipoperfusão. Subdivide-se em:
 - **D1:** hipotensão transitória que responde a fluidos
 - **D2:** sinais de choque (lactato >2 , lesão renal, confusão mental)
- **Categoria E:** Insuficiência cardiopulmonar estabelecida. Subdivide-se em:
 - **E1:** choque cardiogênico persistente
 - **E2:** choque refratário ou parada cardíaca

Houve também a adição do sufixo “R” nas categorias C, D e E quando a insuficiência respiratória for uma característica proeminente. Ele deve ser adicionado nas categorias:

C: se a saturação $<90\%$, FR ≥ 30 ou se necessidade de oxigênio suplementar

D: se o paciente exigir mais de 6 L/min de oxigênio suplementar

E: se houver necessidade de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva)

Esse sistema de classificação é dinâmico e deve ser atualizado conforme a evolução clínica do paciente.

No que tange às condutas, as categorias A e B são candidatas ao tratamento ambulatorial ou alta preco-

ce, preferencialmente com anticoagulantes orais diretos (DOACs) como apixabana ou rivaroxabana, caso não haja contraindicações. A diretriz recomenda que ele sejam considerados inclusive em pacientes com tumor cerebral e de doença hepática Child-Pugh A.

Por outro lado, as categorias C a E exigem hospitalização e monitorização rigorosa. Nesses casos, a anticoagulação parenteral inicial é mandatória, havendo preferência para a Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) sobre a Heparina Não Fracionada (HNF) por reduzir riscos de sangramento e recorrência.

Dentro desse espectro de maior gravidade, a diretriz estabelece uma recomendação Classe 1 para a avaliação por um Time de Resposta à Embolia Pulmonar (PERT). De forma semelhante aos times para AVC ou infarto, essa equipe multidisciplinar agiliza a tomada de decisão, individualiza o tratamento e assegura que recursos avançados sejam empregados de maneira criteriosa e eficiente. Nas categorias A até C2, a trombólise sistêmica foi considerada prejudicial (Classe 3), visto que o risco de hemorragia intracraniana supera os benefícios clínicos nesses cenários.

Na categoria D, pode-se considerar a expansão volêmica cautelosa com cristalóides (500-1000 ml) se houver suspeita de redução de pré-carga. Para o suporte hemodinâmico na categoria D2 (choque normotensivo), a dobutamina é o inotrópico inicial de escolha (até 10 µg/kg/min). Se necessário, a norepinefrina é o vasopressor preferencial, devendo-se monitorar para que a dose não exceda 15 µg/min a fim de evitar o aumento da resistência vascular pulmonar. Terapias de reperfusão como trombectomia mecânica (MT), trombólise direcionada por cateter (CDT) ou trombólise sistêmica podem ser consideradas (Classe 2b) para prevenir a deterioração clínica em pacientes com risco de sangramento aceitável.

Na categoria E, o manejo torna-se mais agressivo. No suporte ventilatório, deve-se priorizar a cânula nasal de alto fluxo (HFNC), evitando-se sempre que possível, sedação profunda e ventilação mecânica invasiva, pois podem precipitar colapso hemodinâmico pelo *blunting* da resposta simpática e aumento da pressão intratorácica. Para as subcategorias E1 e E2, a trombólise sistêmica associada à anticoagulação é recomendada (Classe 2a). O regime padrão utiliza 100 mg de alteplase em 2 horas, embora doses reduzidas (25 a 50 mg) possam ser consideradas (Classe

2b) para mitigar o risco de sangramento. No choque refratário (E2), a instituição de VA-ECMO é razoável para estabilização.

Entre às terapias adjuntas, o óxido nítrico inalatório pode ser considerado (Classe 2b) para reduzir a pós-carga do VD. O uso de filtros de veia cava foi restrito a casos de contraindicação absoluta à anticoagulação ou TEP recorrente documentada sob tratamento pleno. Se utilizado, é imperativo um plano de retirada precoce devido ao risco de trombose da veia cava e complicações mecânicas como migração e fratura do dispositivo.

Após a alta, o cuidado deve ser estruturado para garantir a detecção precoce de complicações. Recomenda-se acompanhamento clínico na primeira semana para verificar a adesão e monitorização de sangramentos. Aos três meses, uma nova consulta deve reavaliar a duração da anticoagulação e a persistência dos sintomas. O rastreamento de Doença Pulmonar Tromboembólica Crônica (CTEDP) é indicado por, no mínimo, um ano. Caso os sintomas persistam após três meses, a diretriz orienta a realização de ecocardiograma transtorácico e exames de perfusão pulmonar, preferencialmente cintilografia V/Q SPECT ou SPECT/CT.

Além das repercussões físicas, orienta-se realizar triagem para ansiedade, depressão e estresse pós-traumático via questionários validados, bem como rastreamento oncológico apropriado para a idade em casos de TEP sem fator de risco reversível identificado.

Mais do que um conjunto de recomendações, esta diretriz representa uma mudança cultural no manejo da TEP. Ao substituir termos subjetivos por categorias definidas e integrar estratificação de risco, suporte hemodinâmico, reperfusão e seguimento estruturado, o documento aproxima a prática da medicina de precisão da realidade do pronto-socorro. Trata-se de uma “diretriz viva”, desenhada para evoluir com as evidências e para exigir de nós uma atualização contínua na tomada de decisão frente a um dos diagnósticos mais desafiadores da emergência.

Marina Ribeiro Bartholo

Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais
Emergencista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
Instagram: @bartholomarina

Não seja um pré-requisito

Passar pela cirurgia geral ou se tornar cirurgião geral?

Provavelmente você já esteve em alguma conversa até que surgiu a fatídica pergunta “Vai seguir qual especialidade?”; se você respondeu cirurgia geral, recebeu provavelmente a seguir a segunda pergunta “Mas qual subespecialidade?” e aqui está um dos grandes problemas da residência de cirurgia geral no atual momento da especialidade.

A cirurgia geral é pré-requisito para diversas especialidades médicas, sendo então uma etapa necessária no acesso a essas. Entretanto, muitos interpretam a cirurgia geral apenas como o que é classificado nos editais, um “pré-requisito”, enquanto o pré-requisito correto deveria ser: **SER CIRURGIÃO OU CIRURGIÃ GERAL!**

A faculdade não te forma para que possa fazer residência médica, pelo menos não deveria, te forma para ser **Médico(a)**. A sua dedicação deve ser com a sua formação atual e não com uma possibilidade ou sonho futuro. Assim como você passou pela anatomia, depois fisiologia, patologia e só depois começou com o raciocínio clínico, assim deve ser a sua formação, baseada em etapas, em conhecimentos sequenciais e complementares.

A residência tem sido dividida em dois tipos de residentes: os que querem operar, aprender, crescer e se dedicar à função que desempenham naquele momento, entendendo o processo de crescimento profissional; e os que estão apenas de passagem, que enxergam os pacientes como se fossem apenas mais uma tarefa, um dever de casa, ou mesmo que as suas atividades da residência atrapalham os seus estudos do cursinho para as subespecialidades, hoje tão concorridas.

Muitos deixam passar uma das melhores oportunidades de se provar e se mostrar como profissional, mas também como pessoa, a residência médica é talvez a maior vitrine da sua carreira, é onde você está sendo observado pelas suas vitórias, mas também em como reage aos erros e se você tem ou não gosto pela profissão. Cumpra os seus deveres e compromissos, faça o necessário, sacrifique por alguns anos para colher por muitos outros.

Ao fazer uma retrospectiva daqui a alguns anos, verá que a residência médica é um compilado dos seus melhores e piores momentos, das suas maiores brigas, mas também das risadas mais sinceras, não é Estocolmo, é o sentimento de dever cumprido, é o sentimento de que por alguns anos aquele hospital foi a sua CASA muito mais do que o seu próprio apartamento.

Dedique-se ao momento atual, esteja sempre com a cabeça no presente, aproveite uma das especialidades que a sua própria mão pode ser a responsável pela melhora e pela cura do seu paciente. Poucas especialidades são tão diretas no conceito conduta-cura como a cirurgia geral, poucas tomam condutas imediatas que podem significar a salvação para uma vida, poucas são tão gratificantes e muito menos, tão lindas como a cirurgia geral!

Termine a sua formação como cirurgião ou cirurgiã geral e não como um portador de um diploma de cirurgia geral, um desses é apenas um papel com tinta, o outro é um propósito e um compromisso para toda a vida!

Lucas Facio Rezende

Cirurgião geral pela Santa Casa de Belo Horizonte.
@lucasfacio

OPINIÃO

Burnout na Medicina

Um em cada cinco profissionais de saúde pode passar por Burnout em algum momento. Isso inclui estudantes de medicina. Esse papo é para você reconhecer sinais precoces, orientar amigos que podem estar passando por isso e, principalmente, prevenir.

Burnout não é moda, não é frescura, não é só cansaço. É exaustão, despersonalização, perda de interesse, baixa capacidade de realizar as coisas. É grave.

O que eu tenho visto

Como docente, já vi muitos jovens, na casa dos 20 anos, sofrendo com isso. Não era só dificuldade para

estudar. Era algo que afetava a saúde mental, a motivação, a capacidade de seguir em frente.

Conversei com um aluno do PS Zerado que mostrou bem esse cenário. Ele estava feliz de ter dado o primeiro plantão, feito uma grana, estudando e trabalhando ao mesmo tempo. Mas, em poucas semanas, veio desânimo, dúvidas sobre residência, fim de relacionamento, sintomas de ansiedade — até crise que o levou ao pronto-socorro. Isso acendeu meu alerta.

Ele mesmo trouxe três coisas que estavam acabando com ele. E são três pontos que você precisa ficar atento.

1. Jornadas de trabalho exaustivas

Esse aluno fazia 72 horas seguidas de plantão. Três dias quase sem dormir. Mesmo que você tente descansar, na prática vai dormir 3, 4 horas. E isso se repete semana após semana.

É um boleto que chega. Pode até achar que “tenho 25 anos, aguento”, mas não aguenta. Eu mesmo vivi isso. Passei uns 8 anos trabalhando de noite, achando que gostava, e mantendo vida normal de dia. Até que percebi: eu não dormia. Não lembrava da última vez que tinha dormido bem. Isso cobrou caro.

Sono não é luxo. É essencial. Se você não leva a sério, vai pagar a conta.

2. Pressão constante para decisão crítica

Trabalhar em ambientes de alta pressão pode até colocar você num “flow” produtivo, mas no longo prazo cobra caro.

Resiliência não aparece do nada. É como colocar um quadro pesado num prego: se a parede for fraca, ele cai. Se for de alvenaria, aguenta. Você precisa de tempo, de prática em equipe, de decisões compartilhadas, até criar a “parede forte” que sustenta o peso.

Não adianta dar um passo maior que a perna. Resiliência é construída em atos sucessivos, como um músculo.

3. Sobrecarga emocional

Ninguém vive só do trabalho. O médico se relaciona em quatro níveis: consigo mesmo, com os pacientes, com os colegas e com o mundo.

Essas relações não estão separadas. O jeito que você vive sua família, sua fé, seus amigos, tudo aparece no trabalho. Terminou um namoro? Teve um problema em casa? Isso vai pesar no plantão também.

O perigo é viver se comparando: Instagram, colegas, quem já conseguiu algo que você não conseguiu. Isso mina a saúde mental. A comparação certa é com você mesmo — o de 2 anos atrás, o de 4 anos atrás.

O que fazer

A saída não é culpar o mundo. É crescimento pessoal. Amar mais, servir melhor, reclamar menos. Fazer um exame de consciência diário: “O que eu fiz de errado? O que fiz certo? O que posso melhorar amanhã?” Dois minutos à noite. Isso muda a perspectiva.

O caminho passa por sono, alimentação, exercício, vida familiar, espiritualidade. Pequenos ajustes que fortalecem você.

Leve a sério

Burnout não é brincadeira. Não é papo de moda. É algo sério, que já está acontecendo com nossos colegas e pode acontecer com você.

Fique atento. Cuide de você. Porque não existe médico bom se o médico não estiver bem.

Romulo Oliveira

Cirurgião Geral pelo Hospital Ipiranga (SP), cirurgião vascular Pró Hospital Evangélico de Vila Velha (ES), marido, pai e cofundador do Pszerado.

@romulooliveira