

Boletim Informativo

v. 2 supl. 1 (fev/2026)



Periódico do PSZ

FILOSOFIA DE PS

Como vencer a insegurança do primeiro plantão

Você acabou de conquistar o CRM. Foram anos de preparo até aqui. Mas, na hora de encarar o primeiro plantão, surge um obstáculo silencioso: a insegurança.

É natural que a responsabilidade pese e que você se sinta com receio. Afinal, trata-se de um momento em que tudo depende de você. A boa notícia é que essa sensação é comum a praticamente todos os médicos recém-formados.

O receio como parte do processo

O primeiro passo é entender que o receio é normal. Antes do primeiro plantão, é quase inevitável sentir ansiedade, frio na barriga e até dormir mal na noite anterior. Isso acontece com todos.

Esse desconforto inicial exige coragem: você precisa se colocar à prova. Muitos colegas que pareciam menos aplicados já estão nos plantões, enquanto quem se dedicou durante toda a faculdade ainda hesita. Isso gera frustração, mas só existe um caminho para superar: dar o primeiro passo.

Não elimine o receio

Outro ponto importante: não tente abolir completamente o receio. Mesmo depois de anos de prática, ele continua presente em algum grau. E isso é positivo.

O receio mantém você em estado de atenção, consciente de que qualquer erro pode ter consequências

sérias. Quando desaparece por completo, surge o risco de descuido, da acomodação e de parar de estudar. Manter um certo nível de receio é sinal de que você ainda se importa.

Quando a insegurança revela uma lacuna

Há casos, porém, em que a insegurança não vem só da ansiedade, mas da falta de competências técnicas.

Durante a graduação, muitos focam em provas e notas, mas deixam de lado habilidades que são decisivas no plantão. Sem raciocínio clínico bem treinado, sem prática na interpretação de exames complementares ou na prescrição correta de medicamentos, é natural sentir-se inseguro.

No pronto-socorro, não há espaço para adiar decisões. É preciso estar preparado tanto para pacientes com queixas muito prevalentes: dor abdominal, cefaleia, lombalgia, dengue, quanto para situações

Ter clareza no diagnóstico, saber interpretar exames, prescrever, executar condutas e procedimentos básicos e avançados: sem essas competências, a insegurança não é surpresa, mas consequência.

Caminho de progresso

Se você percebeu lacunas ao final da faculdade, não é motivo de desespero, acontece com muitos médicos.

Comece com plantões de menor complexidade, busque estar ao lado de colegas mais experientes, desenvolva gradualmente as competências que ainda faltam. Assim, o receio inicial vai diminuindo, e você deixa de viver a angústia que acompanha antes, durante e depois de cada plantão.

No fim, há duas opções: abandonar os plantões ou avançar no desenvolvimento técnico. Para a maioria, enfrentar esse desafio é o único caminho.

Romulo Oliveira

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

@romulooliveira

https://www.youtube.com/watch?v=8m59RMhO_PY

HISTÓRIAS DE PLANTÃO

Sexta-feira, 25/11/22. Plantão no pronto-socorro.

O paciente WPS estava internado com pneumonia, evoluiu com infecção generalizada (sepse) e, então, parada cardiorrespiratória.

Corremos para a sala de emergência e iniciamos imediatamente o protocolo de ressuscitação. Em meio às compressões torácicas e às ampolas de adrenalina, a porta da emergência se abre.

Uma segunda equipe entra às pressas, trazendo em uma maca JKL, uma jovem gestante com sangramento ativo.

A enfermeira, com rapidez e sensibilidade, puxa um biombo no centro da sala, criando dois espaços de atendimento e preservando ambos os pacientes. À direita do biombo, o Sr. WPS. À esquerda, a jovem gestante.

Após alguns ciclos de RCP, WPS vai a óbito. A vida se esvai, os esforços cessam, e o silêncio toma conta do ambiente.

Faço uma oração em pensamento, retiro o tubo (da

minha primeira intubação na vida) e, então, escuto uma batida.

TUM TA. TUM TA.

Era o coração do filho de JKL, anunciando em alto e bom som que, ali ao lado, havia vida.

Sinti a alegria da vida que chega sem pedir licença. Virei-me e diante de WPS, senti a dor mansa e pesada da vida que se despede.

Respirei fundo, retornei à minha fé no Cristo ressuscitado e me lembrei: não há vida sem a morte, e não há morte sem a vida.

Vida e morte, irmãs inseparáveis...

Separadas apenas por um biombo.

Beatriz Fernanda da Silva

Residente em Medicina de Emergência na Santa casa de Barretos e Head de conteúdo do Pszerado

@biafernanda_

ATUALIZAÇÃO

VSR e o PS pediátrico: a vacina que pode mudar tudo

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) há décadas é um dos principais causadores de bronquiolite em crianças, sendo um dos vírus respiratórios mais temidos pelos serviços de urgência pediátrica. No Brasil, os picos sazonais de circulação de VSR expõem fragilidades crônicas do nosso sistema de saúde: pronto-socorros lotados, filas de espera para leito de internação e UTIs frequentemente operando em sobrecarga máxima, com impacto direto na morbi-mortalidade infantil. Dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2025 até

novembro, foram registrados mais de 43 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associados ao VSR, com cerca de 82,5% das hospitalizações em crianças menores de dois anos, um indicador claro da magnitude desta doença na infância e da pressão que ela exerce sobre os serviços de saúde.

Historicamente, a prevenção de VSR era limitada a um grupo muito restrito de crianças de alto risco, especialmente prematuros extremos ou portadores de cardio-

patia grave, por meio do anticorpo monoclonal palivizumabe. Esse perfil de uso refletia, em grande parte, custos elevados e a necessidade de doses mensais, o que restringia a eficácia populacional dessa estratégia. Contudo, a partir de 2025, observa-se uma mudança significativa no enfrentamento do VSR no Brasil, impulsionada pela introdução do nirsevimabe na prática clínica. Como anticorpo monoclonal de longa duração, sua administração em dose única confere proteção imediata aos lactentes, ampliando as possibilidades de prevenção das formas graves da doença tanto no sistema público quanto na rede privada, especialmente durante o período de maior circulação viral.

Estudos observacionais e dados de vigilância nos Estados Unidos demonstram que a utilização de nirsevimabe está associada a reduções superiores a 80% nas hospitalizações e admissões em UTI em crianças protegidas, com incidência particularmente alta de proteção em recém-nascidos nos primeiros meses de vida, o período de maior vulnerabilidade.

Essa inovação não representa apenas avanços biomédicos isolados, ela têm implicações diretas e imediatas no pronto socorro pediátrico. Em um ambiente que historicamente enfrenta colapsos de atendimento durante picos sazonais de circulação de VSR, com corredores de emergência e UTIs saturados por casos graves de insuficiência respiratória, cada caso evitado por meio da prevenção significa não apenas menos sofrimento infantil, mas também redução da sobrecarga institucional. Menos demandas graves por SRAG por VSR se traduzem em triagens mais eficientes, menor tempo de espera, menor necessidade de oxigenoterapia e suporte ventilatório, e maior disponibilidade de leitos para outras emergências pediátricas que não podem ser previstas ou evitadas por vacinação.

No que diz respeito às indicações clínicas do nirsevimabe, as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Imunizações e Sociedade Brasileira de Pediatria, indicam a vacinação em dose única, para todos os recém-nascidos e lactentes menores de um ano, nascidos durante ou entrando em sua primeira temporada de circulação do VSR. A aplicação deve ser realizada próxima ou durante a estação de maior circulação do VSR em cada região, podendo também ser realizada fora do período de maior circulação viral, contudo, seu maior impacto ocorre quando aplicada aproximadamente um mês antes ou durante o primeiro pico sazonal do VSR após o nascimento, garantindo proteção adequada no período de maior vulnerabilidade clínica. Para uma segunda estação de circulação do VSR, a indicação torna-se mais seletiva, sendo direcionada

a crianças pertencentes a grupos de maior risco para evolução grave da infecção. Nesse contexto, incluem-se pacientes com doença pulmonar crônica da prematuridade que ainda necessitam de suporte médico, crianças com imunodeficiências graves, portadores de fibrose cística, cardiopatias congênitas não corrigidas com repercussão hemodinâmica e síndrome de Down, grupos nos quais a morbidade associada ao VSR permanece elevada mesmo após o primeiro ano de vida.

A definição do momento ideal para a administração do nirsevimabe deve considerar a sazonalidade regional do VSR no Brasil, reconhecidamente heterogênea. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o período de maior circulação do vírus ocorre entre fevereiro e junho na Região Norte; entre março e julho nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste; e entre abril e agosto na Região Sul. Essa variação reforça a importância de estratégias preventivas ajustadas à realidade epidemiológica local, onde a sincronização inadequada imunoprofilaxia pode comprometer seu impacto sobre hospitalizações e atendimentos de urgência.

Claro, implementação eficaz exige planejamento logístico robusto, comunicação eficaz com a população, educação em saúde, e esforços contínuos de monitoramento de cobertura vacinal. Mesmo com estas estratégias, é essencial manter vigilância epidemiológica ativa para ajustar janelas de imunização conforme a dinâmica local do VSR e garantir que as populações mais vulneráveis sejam alcançadas.

Em última análise, a introdução da vacina contra o VSR e do nirsevimabe no Brasil em 2025 marca um ponto de inflexão na prevenção de doenças respiratórias graves na infância. Para médicos que atuam na urgência e emergência pediátrica, essa ferramenta representa não apenas um novo capítulo na abordagem de uma doença antiga, mas uma oportunidade direta de alterar o fluxo de atendimento, reduzir internações evitáveis, e devolver capacidade de resposta ao sistema de saúde em seus momentos de maior demanda. A vacinação não é apenas um direito de saúde pública, é uma estratégia tangível de resiliência para nossos serviços de urgência, onde cada leito liberado e cada caso grave prevenido conta, e conta muito! para a vida de centenas de crianças que dependem de nós nos momentos mais críticos.

Gabriella Alves Ribeiro Baroni

Médica pelo Instituto Presidente Antônio Carlos - ITPAC
Porto Nacional, pediatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP
@gabaronii



CURRÍCULO / CARREIRA

A bússola moral do (futuro) médico

Luke Fildes, em 1891, eternizou em “O Médico” uma imagem atemporal da nossa profissão.

Em um casebre, uma mãe desolada e um pai aflito depositam no médico a última gota de esperança no tratamento do filho.

Muitos não sabem, mas alguns anos antes o autor perdera seu filho para uma febre tifoide. A gratidão pelo médico que o acompanhara, no entanto, permaneceu a mesma, a ponto de inspirar a construção do retrato.

Despido de qualquer instrumento de trabalho, o médico, no entanto, oferece a sua habilidade mais singular: a atenção plena.

À primeira vista, parece uma visão utopicamente romântica da nossa profissão.

E talvez até seja.

Difícil transpor esse retrato a nossa realidade atual:

Desvalorização cada vez maior da figura do médico perante a sociedade. Ameaças quando não fornece atestado. Vereador abrindo a porta da sala vermelha com câmera na mão. 60 dias pra receber o plantão (quando recebe).

Lembremos, no entanto, que a nossa bússola moral deve continuar a mesma, independentemente da dificuldade.

Em algum lugar, quando você menos esperar, você vai conseguir mudar drasticamente a vida de uma outra pessoa através do seu principal poder: a sua disponibilidade.

Germano Reis

Médico internista e gastroenterologista, fundador da Mentoria MAPA Residência e Mentoria Currículo @ogermanoreis



OPINIÃO

Não existe “Medicina Humanizada”. É intrínseco ao médico ser humano. Não existe “Medicina Integrativa”. É dever do médico integrar todos os aspectos da vida e da saúde do paciente no seu cuidado.

De alguns anos para cá e cada vez mais frequente, ouvimos falar de nomes gourmetizados para atendimentos médicos. Ficou fácil se diferenciar da maioria, já que esta maioria perdeu a sensibilidade de reconhecer, no outro, a dignidade da pessoa humana, da vida inviolável, dom de Deus. O individualismo da profissão, a busca do próprio “eu” e do seu prazer vem tomando cada vez mais o lugar do Sacerdócio Médico. O que era comum (tirar de si para dar ao outro) sai de cena com a frieza e a gana por dinheiro e status a todo custo por parte dos profissionais que menos deveriam praticar isso.

Neste movimento, surgem diversas alcunhas para o básico. Bastaria dizer “sou médico, vim para te atender” e tudo já se explica (ou deveria se explicar). Ser humano e cuidar integralmente é juramento feito na formatura e já escutado/repetido desde o início do sonho de ser médico. Quem nunca se imaginou, lá atrás, com o braço direito esticado jurando o que Hipócrates desenhou? Uma pena, por fim, que perdemos essa essência e precisamos, para nos diferenciar um pouco, ter que fazer a nossa obrigação. Uma pena que a obrigação é exceção nos tempos atuais.

Não existe a expressão “Medicina Humanizada e Integrativa”. Existe a Medicina. E ponto.

A vida real? A alma deitada no leito é de responsabilidade divina de outro. Respeitar a dignidade é o primeiro passo do processo do ser médico. Se eu não comecei por aqui, de nada vai adiantar ser diferente.

Tammer Ferreira Zogheib

Médico pela Universidade Federal do Espírito Santo, especialista em Clínica Médica pelo Hospital Evangélico de Vila Velha, diarista das unidades de internação do Vitória Apart Hospital, professor do curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX Vitória (ES), professor da equipe PSZeroado
@tammerzog
tammer.fz@gmail.com

