

Boletim Informativo

v. 2 supl. 3 (jun/2026)

*Periódico do PSZ*

FILOSOFIA DE PS

Séries de medicina x Faculdade de medicina

Se as séries de medicina fossem iguais à faculdade, ninguém assistiria. Imagina House, Good Doctor ou The Pit retratando exatamente o dia a dia dos estudantes: ao invés de diagnósticos mirabolantes e cirurgias de tirar o fôlego, teríamos salas abafadas, 250 slides monótonos e corredores cheios de alunos repetindo fórmulas meia hora antes da prova. Quem iria maratonar isso?

A verdade é que as séries mostram o palco, enquanto a faculdade acontece nos bastidores. Na TV, tudo é ágil, emocionante, cheio de exames sofisticados. Na vida real, o estudante muitas vezes mal consegue encostar no paciente durante a consulta, enquanto acompanha em silêncio a explicação do professor. Só que é justamente nesse bastidor que se constrói a base para o futuro médico.

Durante a graduação, muitas matérias parecem inúteis. Bioquímica, genética, fisiologia renal... Quem nunca pensou em largar o livro de lado? Mas o problema não está na disciplina em si, e sim na dificuldade de enxergar aplicação prática. Bioquímica pode parecer um tormento até o dia em que você se depara com uma cetoacidose diabética no pronto-socorro. Fisiologia renal ganha outro peso quando você precisa raciocinar sobre uma hiponatremia. Farmacologia deixa de ser só um mar de nomes complicados quando você precisa escolher o antibiótico certo para salvar um paciente.

O desafio é transformar teoria em prática. Isso começa pela forma de estudar. Uma técnica é sempre

buscar conexão com a utilidade: “Onde isso aparece no meu paciente?”. Outra é contar histórias — recurso que fixa melhor que qualquer tabela. Em farmacologia, por exemplo, não basta decorar a dose da doxazosina. É mais eficaz lembrar de um homem de meia-idade, com cólica renal, para quem esse remédio pode ser prescrito na terapia expulsiva. A narrativa cria memória.

Por fim, é preciso entender que teoria sem prática é inútil, mas prática sem teoria também não se sustenta. O conhecimento raso se perde como o número do assento no avião: você olha, guarda por alguns segundos e esquece. Só quando se dedica a compreender de verdade é que o conteúdo se fixa e se transforma em ferramenta para a vida profissional.

No fim das contas, a faculdade de medicina talvez nunca vá parecer um episódio de Grey’s Anatomy. Mas, ao construir conexões, estudar com propósito e trazer histórias para dentro da rotina, cada disciplina deixa de ser apenas um fardo e se torna parte da formação de um médico preparado para a realidade do plantão.

Romulo Oliveira

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

OPINIÃO

Residência Médica: lições, desafios e impactos na carreira

Eu, Rômulo Oliveira, fiz cirurgia geral em São Paulo, em 2013. Logo de cara teve o famoso “leilão” para escolher hospital. Duas semanas antes já estava na cidade, visitando hospitais, conversando com o pessoal — dica boa para quem ainda vai escolher.

No primeiro dia de residente, achei que ia para um churrasco de boas-vindas. Chegando lá... era escala de plantão. Sorteio feito: caí no primeiro. Primeira experiência como médico, primeiro plantão da vida — 36 horas direto. Foi pancada.

E fica aqui o conselho: se puder escolher, não comece com 36. Faça 6 horas, no máximo 12, de preferência de dia. Mas em residência não tem escolha: é o que mandarem.

O início do Ygor

O Ygor Minassa teve um caminho diferente. Trabalhou três anos antes de entrar na residência. E isso fez toda diferença. A carga horária era pesada (90 horas semanais, fácil), mas ele já tinha rodagem de plantão. Não assustou tanto.

Um dia antes de começar, recebeu ligação de uma R2 passando casos. Ficou puto na hora — nem tinha começado e já estavam cobrando. Depois entendeu: era para dar o tom. E fez sentido.

Grana e plantões

Residência não exclui plantão. A maioria faz os dois.

No meu caso, logo no primeiro mês percebi que a bolsa não pagava o aluguel. Tive que correr atrás de plantão extra — inclusive os famosos “plantões Cinderela”, que terminavam à meia-noite e ainda dava para dormir em casa.

E foi aí que veio a virada de chave: tudo que deixei de aprender na faculdade, focando só em prova, cobrou boleto. Precisava de prática real. Manejar urgência hipertensiva, mexer no ventilador, entubar. A teoria de prova não resolvia.

O Ygor também deu plantão durante a residência, mas já tinha uma reserva financeira. Em Vitória, o custo de vida era menor que em São Paulo, e isso ajudou.

As pancadas da residência

Residência é intensidade. São 90, 100 horas por semana. Muito aprendizado, muita cobrança, muita mão na massa.

No início quase desisti. Liguei pro meu irmão. Ele falou: “espera 90 dias. Se não melhorar, eu vou aí te buscar”. Melhorou. Pouco tempo depois operei a primeira apendicite, liguei para meu pai na madrugada — estava feliz da vida.

Claro que tem esporro. Tem preceptor que arregaça, R+ que dá gancho, bronca no telefone. Mas também tem amizade, parceria, churrasco com preceptor, gente que vira amigo para a vida.

O clima muda de hospital para hospital. Na Santa Casa, com o Ygor, era pesado em carga de trabalho, mas leve nas relações.

Reflexão final

Essas pancadas moldam o residente. Para alguns, fortalecem. Para outros, podem quebrar. Depende da pessoa, da maturidade, do suporte.

O problema é quando o R1 que apanhou repete como R2. É isso que perpetua a cultura ruim. Se você não gostou de como foi tratado, não faça igual. Seja o residente, o médico, o professor, o preceptor que você gostaria de ter tido.

Esse é o único jeito real de mudar a cultura.

A residência vai te cobrar boleto. Não só financeiro, mas emocional, prático, relacional. Mas também vai te dar uma escola que nenhum livro substitui.

Romulo Oliveira e Ygor Minassa
CEOs PS Zerado

CARREIRA E CURRÍCULO

Formação médica além das provas: um alerta necessário

Nos últimos anos, a formação médica passou a conviver com uma pressão crescente por desempenho em provas e processos seletivos. Se antes a grande preocupação dos estudantes se concentrava no exame de residência ao final da graduação, hoje já se observa um movimento cada vez mais precoce de preparação intensiva, muitas vezes iniciado ainda no terceiro ou quarto ano do curso. Esse cenário merece reflexão.

É compreensível que o estudante de medicina se preocupe com o futuro, com a competitividade do mercado e com as exigências de seleção para programas de residência. No entanto, quando a preparação para provas passa a ocupar o centro da formação por tempo excessivo, corre-se o risco de reduzir a complexidade da medicina a um conjunto de alternativas, algoritmos e respostas padronizadas. E a prática médica real está longe de funcionar dessa forma.

O paciente não chega ao consultório, à enfermaria ou ao pronto-socorro como uma questão de múltipla escolha. Ele não se apresenta em formato de guideline, nem se encaixa perfeitamente em alternativas previamente delimitadas. O paciente real traz contexto, limitações, subjetividades, condições sociais, dificuldades de acesso e particularidades clínicas que exigem mais do que memorização: exigem raciocínio, discernimento e responsabilidade.

Esse é o ponto central da preocupação. Ao antecipar de maneira intensa a lógica dos cursinhos e da preparação para provas, existe o risco de transformar parte significativa da graduação em um treinamento voltado quase exclusivamente ao desempenho avaliativo. O resultado pode ser preocupante: alunos que dominam estratégias de prova, mas chegam ao internato e aos plantões inseguros diante do paciente real, sem confiança clínica e sem a capacitação técnica que a prática exige.

É importante deixar claro que a crítica não é à preparação em si. Ter acesso a cursinhos, materiais de revisão e recursos educacionais pode ser uma oportunidade valiosa. Para muitos, esses instrumentos ajudam a organizar o estudo e ampliar o contato com conteúdos importantes. O problema não está no cursinho, mas na inversão de prioridades. Quando a for-

mação médica passa a ser guiada apenas pela lógica da aprovação, perde-se algo essencial: a construção do médico que pensa.

A medicina precisa de profissionais capazes de raciocinar, interpretar cenários complexos, individualizar condutas e tomar decisões responsáveis em contextos imperfeitos. Precisa de médicos que saibam ler diretrizes, mas também entendam que nenhuma diretriz substitui integralmente o julgamento clínico. O guideline orienta; o médico decide. E essa decisão só é segura quando foi construída sobre uma base sólida de vivência, observação, estudo sério e contato verdadeiro com a prática.

Além disso, há outro aspecto frequentemente negligenciado: a formação profissional começa muito antes do diploma ou da residência. O networking, a postura, a reputação e a forma como o estudante se posiciona diante do curso, dos preceptores, da equipe e dos pacientes já começam a moldar sua trajetória. Preparar-se para a medicina não é apenas preparar-se para uma prova. É preparar-se para servir bem, agir com competência e ocupar com dignidade o espaço que a profissão exige.

Em um tempo em que a performance acadêmica parece ganhar cada vez mais protagonismo, talvez seja necessário recuperar uma pergunta fundamental: que tipo de médico se deseja formar? Se a resposta incluir segurança, humanidade, raciocínio clínico e capacidade de adaptação à vida real, então é preciso lembrar que a graduação não pode ser vivida apenas como uma longa ante-sala de prova.

A medicina real continua exigindo algo que nenhum gabarito consegue medir por completo: a capacidade de pensar diante do outro e amar a alma que buscar ser amada. E é justamente aí que reside a diferença entre apenas passar em exames e, de fato, tornar-se médico.

Tammer Ferreira Zogheib

Médico pela UFES, Hospital Evangélico de Vila Velha, diarista das unidades de internação do Vitória Apart Hospital, professor do curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX Vitória (ES) e da equipe PSZerado
@tammerzog | tammer.fz@gmail.com



ATUALIZAÇÃO

O Fim de uma Era? Clopidogrel vs. Aspirina na Doença Coronariana Crônica

Por décadas, a aspirina (AAS) foi o alicerce inquestionável da prevenção secundária cardiovascular. Barata, acessível e com eficácia comprovada em reduzir infartos e mortes vasculares, ela se tornou quase onipresente nas prescrições de pacientes com doença aterosclerótica estabelecida. No entanto, atualizações recentes e robustas evidências publicadas até outubro de 2025 estão promovendo uma mudança de paradigma: para a prevenção secundária em longo prazo em pacientes com doença coronariana, o clopidogrel agora assume o protagonismo.

A Evidência que mudou a recomendação

A mudança no curso da conduta baseia-se, principalmente, em uma meta-análise abrangente de sete ensaios clínicos randomizados, totalizando quase 29.000 pacientes com doença arterial coronariana estabelecida. Os dados revelaram que:

Eficácia Superior: O clopidogrel foi associado a taxas menores de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares maiores em comparação à aspirina (2,61 vs. 2,99 eventos por 100 pacientes-ano) em um seguimento de 5,5 anos.

Segurança Equivalente: Contrariando o receio de alguns prescritores, as taxas de sangramento maior, morte cardiovascular e mortalidade por todas as causas foram semelhantes entre os dois grupos.

Perfil do Paciente: Embora a maioria dos participantes tivesse histórico de síndrome coronariana aguda e intervenção percutânea, cerca de 25% foram manejados apenas com terapia médica, sugerindo que o benefício do clopidogrel se estende mesmo àqueles sem intervenções prévias.

Quando e para quem?

A recomendação atual sugere a transição para a monoterapia com clopidogrel em pacientes com doença coronariana que não apresentaram SCA ou realizaram intervenção percutânea nos últimos 12 meses.

É importante destacar que a aspirina continua sendo uma alternativa. A escolha clínica deve ser individualizada, considerando que o clopidogrel possui um custo superior e um perfil de efeitos colaterais distinto. No entanto, a sugestão de priorizar o clopidogrel (Grau de recomendação 2C) marca uma transição importante na cardiologia moderna.

A prática no consultório e na emergência

Para o clínico, essa atualização exige um olhar atento ao “tempo de casa” do paciente. Pacientes em fase estável (além do primeiro ano pós-evento agudo ou stent) que vinham em uso crônico de AAS podem se beneficiar da troca para o clopidogrel para uma proteção adicional contra novos eventos isquêmicos.

No cenário de eventos agudos, as regras permanecem: o uso de dose de ataque de aspirina continua sendo a conduta padrão para alcançar um efeito antitrombótico rápido. A inovação aqui não invalida o passado, mas refina o futuro da prevenção a longo prazo.

Em última análise, a medicina baseada em evidências nos afasta da inércia terapêutica. Se antes o AAS era a escolha automática, hoje temos dados para oferecer uma estratégia mais refinada e potencialmente mais eficaz para a longevidade dos nossos pacientes coronarianos.

João Victor Balestreri Trevisol

Médico residente em dermatologia na Universidade Federal da Fronteira Sul/Hospital São Vicente de Paulo
@joaovictortre