medway



Previsões

MedBrain

Antes de tudo, **respire.**

Você já domina o que precisa pra ir bem na prova. O ano inteiro de estudo está aí, guardado. Agora é confiar no caminho que você construiu.

Pra soltar a tensão antes de começar, faz esse exercício rápido:



1

Inspire pelo nariz contando até 4



2

Segure o ar por 4 segundos



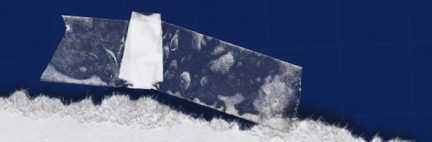
3

Solte devagar pela boca contando até 6

Repita três vezes.
Pronto. Você voltou pro momento de agora, com calma.

Importante: Não quer ler o material agora? Tudo bem. Fecha aqui, respira fundo e foca na prova. Você estudou, se preparou e chegou até aqui. Essa prova é mais um passo, e você está pronto pra ele.

Você está pronto!



Quem é o MedBrain?

Com base na jornada dos nossos aprovados, na análise dos padrões das bancas e na leitura dos seus objetivos, o MedBrain sabe quais conteúdos têm maior probabilidade de cair no HCPA. É assim que transforma dados em organização e aprofundamento certo.

Planeja



Organiza o cronograma de acordo com sua rotina e suas provas.

Prioriza



Mostra o que estudar, o quanto aprofundar e quando revisar o conteúdo.

Responde



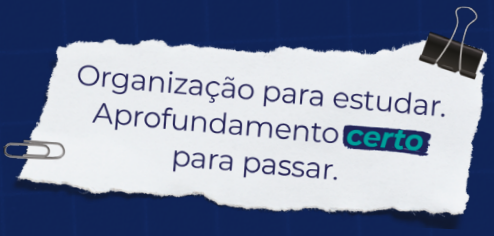
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

Acompanha



Analisa o seu painel de desempenho na plataforma e indica os próximos passos.

As previsões das próximas páginas seguem a mesma lógica: mostrar o que tem mais chance de cair na sua prova com o aprofundamento que ela exige.



Clínica Médica

Previsão #1

Diabetes: o tratamento é o centro da questão

Diabetes pode aparecer em casos longos que exigem decidir o próximo passo. Atenção à insulinoterapia: paciente internado, o esquema preferencial é basal-bolus com doses de correção — sliding scale isolado não é estratégia adequada. Glicemia elevada durante a internação? A HbA1c ajuda a diferenciar diabetes prévio de hiperglicemia de estresse. Na CAD, memorize a sequência: primeiro volume, depois potássio e só então insulina. Se o K+ estiver baixo, NÃO inicie insulina. E bicarbonato? Não é rotina: fica reservado para acidose extrema.

Previsão #2

SCA: hora de olhar para o relógio

Dor torácica + supra de ST não encerra a questão: o HCPA pode cobrar o que fazer e, principalmente, em quanto tempo. A angioplastia primária é preferencial quando realizada dentro da janela adequada; se o tempo até a reperfusão mecânica for excessivo, considere trombólise. Após fibrinólise, avalie sucesso pela melhora da dor e redução do supra. Falhou? Angioplastia de resgate. Na SCA sem supra, estratifique risco: instabilidade hemodinâmica, dor refratária ou arritmias malignas indicam abordagem invasiva imediata.

Previsão #3

Arritmias e PCR: primeiro, reconheça o ritmo

Em PCR, saber identificar o ritmo define todo o algoritmo. FV e TV sem pulso são chocáveis: choque precoce + RCP de qualidade. AESP e assistolia não recebem choque: priorize RCP, adrenalina e busca ativa das causas reversíveis. Não esqueça os 5Hs e 5Ts. Outro ponto quente: diferencie cardioversão sincronizada de desfibrilação. Ritmo organizado com pulso e instabilidade pede cardioversão; FV e TV sem pulso pedem desfibrilação. Adenosina? Guarde para taquicardia supraventricular regular de QRS estreito.

Aposta #1

Dor torácica não é sinônimo de IAM

Diante de dor torácica, outros diagnósticos não podem passar despercebidos: Na dissecção de aorta, procure dor súbita, intensa, frequentemente irradiada para dorso, além de assimetria de pulsos ou pressão arterial. Já na pericardite aguda, o ECG costuma mostrar supradesnivelamento difuso de ST, atrito pericárdico, dor que alivia com a anteriorização do tronco. Antes de marcar IAM, olhe o quadro clínico e o traçado completo.

Aposta #2

PCR: decore a causa, mas saiba o que fazer

Nos 5Hs e 5Ts saiba a conduta específica. Hipovolemia pede reposição volêmica; hipóxia, ventilação e oxigenação; distúrbios do potássio, correção imediata; hipotermia exige reaquecimento e pode demandar tempo estendido de reanimação. Nos 5Ts, pense em descompressão do pneumotórax hipertensivo, drenagem do tamponamento e tratamento da trombose. PCR na gestante? Lembre da cesariana de ressuscitação.

Previsão #4

Obesidade: não é só uma questão de IMC

O foco pode estar nas consequências metabólicas, no aumento do risco cardiovascular e no tratamento. Agonistas de GLP-1 ganharam espaço e podem aparecer associados ao manejo da obesidade. Mas atenção: ganho ponderal importante e progressivo pode exigir investigação de causas secundárias. Procure pistas clínicas, especialmente para hipercortisolismo. Medidas de estilo de vida continuam fundamentais, envolvendo padrão alimentar e atividade física. Obesidade central merece atenção especial pelo maior risco cardiometabólico.

Previsão #5

Lombalgia: procure as red flags

Nem toda lombalgia precisa de exame de imagem — tipo de decisão que pode aparecer na prova. Diferencie lombalgia mecânica da inflamatória e procure sinais de alarme. Dor inflamatória sugere início insidioso, rigidez e melhora com atividade, levantando suspeita de espondiloartrites. Já déficits neurológicos importantes, alterações esfincterianas ou anestesia em sela devem acender o alerta para síndrome da cauda equina, uma situação de urgência. A pergunta-chave é: há apenas dor lombar ou existe uma pista de doença estrutural grave?

Previsão #6

Monoartrite aguda: artrocentese antes de concluir

Paciente com monoartrite aguda, articulação quente e dolorosa? Pense em artrite séptica. O diagnóstico exige análise do líquido sinovial, e cultura ou Gram negativos não excluem o quadro quando a suspeita clínica é alta. Celularidade elevada reforça a hipótese. Não confunda com osteoartrose, que apresenta padrão clínico e inflamatório completamente diferente. Na OA, o tratamento inclui medidas não farmacológicas e AINE tópico, sem indicação de DARMDs. Já na gota, o contexto clínico e a identificação dos cristais ajudam no diagnóstico.

Previsão #7

CAD não é "insulina primeiro"

Na cetoacidose diabética, a vontade de iniciar insulina imediatamente pode levar à resposta errada. Antes, avalie e corrija o potássio. Se o K+ estiver baixo, a insulina deve ser adiada até reposição adequada, pois ela desloca ainda mais potássio para o meio intracelular. Outra pegadinha: quando a glicemia cai, isso não significa que a CAD foi resolvida. Ao atingir cerca de 200–250 mg/dL, associe glicose à hidratação e mantenha insulina até resolução da cetose e da acidose. E bicarbonato? Não é rotina na CAD.

De olho na imagem

Localize a parede acometida. Supra em II, III e aVF sugere parede inferior; V1-V2, septal; V3-V4, anterior; V5-V6, lateral baixa; I e aVL, lateral alta. A prova pode mostrar apenas o traçado e exigir reconhecimento imediato do território. Atenção também aos diagnósticos diferenciais: supra difuso favorece pericardite, enquanto alterações localizadas com padrão isquêmico devem levantar suspeita de IAM.

I Lateral	aVR	V1 Septal	V4 Anterior
II Inferior	aVL Lateral	V2 Septal	V5 Lateral
III Inferior	aVF Inferior	V3 Anterior	V6 Lateral

Cirurgia Geral

Previsão #1

Classificação ASA - Pré-Operatório

ASA 1	**Hígido** 😁
ASA 2	Doença sistêmica **sem** comprometimento funcional 😊
ASA 3	Doença sistêmica grave que **limita**, mas **não incapacita** 😕
ASA 4	Doença sistêmica grave **incapacitante** 😟
ASA 5	Moribundo 😵
ASA 6	Morte encefálica ☠️

Previsão #2

Nutrição Perioperatória

Indicações de suporte nutricional

↓ 10-15% peso em seis meses ou > 5% em um mês / AP de desnutrição ou doença crônica / Albumina sérica < 3 ou transferrina < 200 **sem** inflamação, disfunção hepática ou renal / IMC < 18,5 / Dificuldade de suprir necessidades calóricas no periop / Perda sanguínea estimada > 500 mL / Doenças catabólicas (grande queimado, pancreatite)

Qual via de nutrição?

A mais fisiológica possível
Oral > Enteral > Parenteral

Previsão #3

Abdome Agudo Isquêmico

Isquemia aguda	Isquemia crônica
Dor **súbita** e **intensa**	Dor **pós-prandial recorrente**
Dor desproporcional ao exame	"Angina intestinal"
Embolia arterial é a principal etiologia	Aterosclerose
Pode evoluir para necrose intestinal	**Perda de peso** é característica

Aposta #1

Melanoma

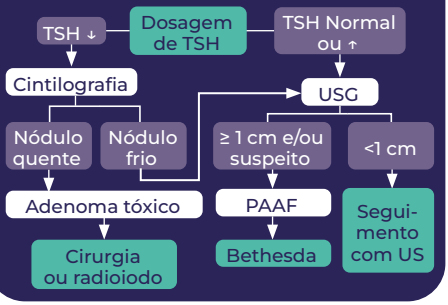
A	Assimetria
B	Bordas irregulares
C	Coloração heterogênea
D	Diametro >6mm
E	Evolução



Lesão suspeita = Biópsia excisional com margens mínimas (1-3 mm)

Aposta #2

Nódulo Tireoidiano



Previsão #4

Derrames Pleurais

Critérios de complicação do líquido pleural (um critério positivo classifica como derrame pleural complicado)
pH ≤ 7,2 ⚠
Glicose < 40 mg/dL
LDH > 1.000 U/dL

= Drenagem pleural imediata

Previsão #5

Fissura anal

Fissura Aguda	Fissura Crônica
< 6 semanas	> 6 semanas
Ulceração recente	Plicoma, papila hipertrófica, fibrose
Tratamento clínico	Bloqueadores canais de cálcio, nitrato
	Opção cirúrgica: esfincterotomia lateral interna

Previsão #6

Trauma Retroperitoneal

Hematomas de retroperitônio		
	Trauma penetrante	Trauma fechado
ZONA 1	Exploração cirúrgica sempre!	
ZONA 2	Cirurgia se hemorragia ativa ou hematoma em expansão	Cirurgia se hematoma em expansão ou falha em métodos para controle (como embolização)
ZONA 3	Exploração cirúrgica sempre!	Não explorar. Podemos fazer uso de tamponamento pré-peritoneal ou angioembolização

Previsão #7

Protocolo ACERTO



De olho na imagem

FAST



FAST negativo



FAST positivo

Pediatria

Previsão #1

Teste do pezinho: atenção ao momento da coleta!

O teste do pezinho deve ser coletado, preferencialmente, entre 48 horas de vida e o 5º dia. No SUS, o PNTN contempla fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita. Resultado alterado é triagem, não diagnóstico: exige investigação confirmatória. Atenção: coleta antes de 48 horas pode aumentar resultados inadequados, inclusive falsos-negativos para fenilcetonúria.

Previsão #2

Bronquiolite: o segredo é saber o que não fazer!

Na bronquiolite viral aguda, pense em lactente com pródromo de IVAS seguido de taquipneia, aumento do trabalho respiratório, tosse e sibilância/estertores. O diagnóstico é clínico; exames complementares não são rotineiros. O tratamento é predominantemente de suporte, com hidratação e oxigênio quando indicado. Broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos não devem ser usados de rotina. Prematuridade e doença cardiopulmonar crônica aumentam o risco de gravidade.

Previsão #3

Asma: reconheça a gravidade e trate precocemente!

Na exacerbação de asma, avalie gravidade por estado mental, capacidade de falar, frequência respiratória, uso de musculatura acessória, entrada de ar e saturação. Inicie SABA inalatório em doses repetidas e oxigênio se houver hipoxemia; nas exacerbações moderadas/graves, associe corticoide sistêmico precocemente e ipratrópio nas primeiras horas. Atenção: redução importante do murmúrio vesicular ou "tórax silencioso" em criança dispneica indica obstrução crítica, e não melhora clínica.

Aposta #1

Síndrome gripal: não espere o exame para tratar quem tem indicação!

Na síndrome gripal, não espere confirmação laboratorial para iniciar oseltamivir quando houver indicação. O Ministério da Saúde recomenda antiviral para todos os casos de SRAG e para síndrome gripal em pacientes com fatores de risco, incluindo crianças menores de 5 anos. O maior benefício ocorre quando iniciado nas primeiras 48 horas, mas pacientes graves ou hospitalizados podem se beneficiar mesmo com início posterior.

Aposta #2

VSR: vacina e anticorpo monoclonal não são a mesma coisa!

VSR: diferencie vacina materna de anticorpo monoclonal. No SUS, a vacina contra VSR é indicada em dose única a partir da 28ª semana, em cada gestação, protegendo passivamente o bebê. O nirsevimabe é imunização passiva em dose única para prematuros ≤36 semanas e 6 dias e crianças <2 anos com comorbidades elegíveis. Em 2026, passou a integrar o PNI. Atenção: vacina materna e nirsevimabe são estratégias distintas de prevenção.

Previsão #4

Pneumonia: nem toda criança precisa de RX!

Na pneumonia adquirida na comunidade, taquipneia, esforço respiratório, hipoxemia e alterações focais à ausculta ajudam a definir gravidade. Em criança com quadro leve, tratada ambulatorialmente, radiografia de tórax e exames laboratoriais não são obrigatórios de rotina. Quando a etiologia bacteriana típica é provável, a amoxicilina é opção de primeira linha. Hipoxemia, desconforto respiratório importante, incapacidade de hidratação ou toxemia favorecem internação.

Previsão #5

Sífilis congênita: compare mãe e RN!

Todo RN exposto à sífilis deve ser avaliado considerando tratamento materno, exame físico e teste não treponêmico do binômio mãe-RN. Título do RN pelo menos duas diluições acima do materno sugere infecção, mas sua ausência não exclui sífilis congênita. Quando indicado tratamento por 10 dias: penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dose IV (12/12 h na 1ª semana e 8/8 h depois) ou procaína 50.000 UI/kg IM/dia, se não houver neurossífilis. Atraso >24 h exige reiniciar o esquema.

Previsão #6

CMV congênito: calcificação periventricular é pista!

CMV congênito deve ser lembrado diante de microcefalia, calcificações periventriculares, ventriculomegalia, petéquias, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia e perda auditiva neurossensorial. O diagnóstico deve ser confirmado por detecção do vírus nas primeiras 3 semanas de vida, preferencialmente por PCR em saliva com confirmação em urina ou diretamente em urina. Em RN sintomático com doença moderada/grave, especialmente com acometimento do SNC, o tratamento antiviral deve ser considerado.

Previsão #7

Vacinas: atenção às mudanças do PNI em 2026!

A VPC20 foi incorporada ao PNI, ampliando a proteção contra doença pneumocócica. Na transição, o esquema infantil é VPC20 aos 2 meses, VPC10 aos 4 meses e reforço com VPC20 aos 12 meses. Outra mudança que merece atenção: após MenC aos 3 e 5 meses, o reforço aos 12 meses é feito com MenACWY. Diante de atraso vacinal, em regra, não reinicie o esquema: complete as doses faltantes conforme idade, histórico vacinal e intervalos recomendados.

De olho na imagem

Antes da prova, revise o **Calendário Nacional de Vacinação da Criança 2026.**

Ao nascer	BCG + hepatite B
2 meses	Pentavalente + VIP + Pneumo20 + Rotavírus
3 meses	Meningo C
4 meses	Pentavalente + VIP + Pneumo10 + Rotavírus
5 meses	Meningo C
6 meses	Pentavalente + VIP / Influenza / COVID-19 (1ª dose)
7 meses	Influenza (2ª dose na primovacinação) / COVID-19 (2ª dose)
9 meses	Febre amarela
12 meses	Tríplice viral (SCR) + Pneumo20 + Meningo ACWY
15 meses	Hepatite A + DTP + VIP + Tetra viral
4 anos	Varicela + DTP + Febre amarela + VIP
9 a 14 anos	HPV
10 a 14 anos	Dengue
11 a 14 anos	Meningo ACWY

Ginecologia e Obstetrícia

Previsão #1

Amenorreias e SOP

Amenorreia: primária = ausência de menarca aos 15 anos com caracteres sexuais secundários ou ausência de desenvolvimento puberal aos 13 anos. Secundária = ausência de menstruação por 3 ciclos ou 6 meses se ciclos >35 dias. SOP: diagnóstico de exclusão; Rotterdam exige 2/3: hiperandrogenismo, irregularidade menstrual e morfologia policística ovariana. Tratamento: mudança de estilo de vida, COC, antiandrogênicos, metformina e indução da ovulação.

Previsão #2

Contracepção

Critérios MEC: 1 = sem restrição; 2 = benefício > risco; 3 = risco > benefício; 4 = contraindicação. Estrogênio é contraindicado em migrânea com aura, TVP/TEP, AVC/doença isquêmica, HAS grave, trombofilia, câncer de mama atual e diabetes com complicações vasculares. LARC: DIU-Cu, DIU-LNG e implante; especialmente úteis quando há baixa adesão. Laqueadura: ≥21 anos ou ≥2 filhos vivos + 60 dias entre manifestação e cirurgia; dispensa autorização do cônjuge.

Previsão #3

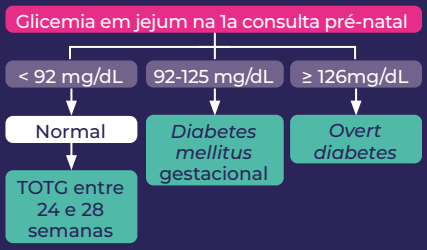
Síndromes hipertensivas na gestação

HAS: PA ≥140/90 mmHg. Antes de 20 semanas → hipertensão crônica; após 20 semanas → hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, conforme proteinúria/lesão de órgão-alvo. PA ≥160/110 = crise hipertensiva. Eclâmpsia = convulsão; HELLP = hemólise + elevação de enzimas hepáticas + plaquetopenia. Sulfato de magnésio é usado na prevenção/tratamento das convulsões. Profilaxia: AAS 100 mg/dia entre 12–36 semanas em pacientes de risco.

Aposta #1

Diabetes Mellitus na Gestação

Atenção ao diagnóstico de DMG com a glicemia de jejum na primeira consulta:



Aposta #2

Sangramento Uterino Anormal

PALM
(causas estruturais)

Pólipo
Adenomiose
Leiomioma
Malignidade

COEIN
(causas não estruturais)

Coagulopatia
Disfunção **O**vulatória
Endometrial
Iatrogênica
Não classificado

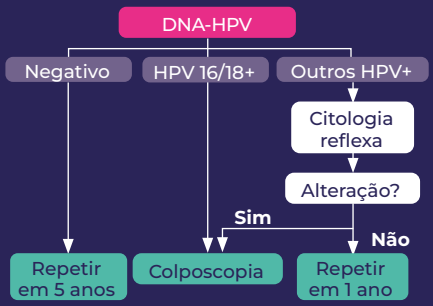
Previsão #4

Pré-natal

No início: hemograma, glicemia, tipagem/Rh, Coombs se Rh negativo, eletroforese de Hb quando indicada, HIV, sífilis, hepatites B/C, toxoplasmose, HTLV, urina e urocultura. Ácido fólico: 0,4 mg/dia no risco habitual e 4–5 mg no alto risco, iniciado ≥30 dias antes da concepção. Ferro: 40 mg de ferro elementar desde o início. dTpa: todas as gestantes entre 20–36 semanas.

Previsão #5

Rastreamento do câncer de colo uterino



Previsão #6

Assistência ao Parto

Períodos clínicos do trabalho de parto

1º Período	Dilatação cervical	Dieta leve, verticalização, deambulação. Evitar toques vaginais repetidos
2º Período	Dilação total até ao nascimento	Pode ser realizada manobra de proteção perineal
3º Período	Nascimento até dequitação da placenta	Ocitocina 10 UI IM após desprendimento dos ombros
4º período - Greenberg	1ª hora pós-parto	Vigilância de sangramento. Globo de segurança de Pinard

Previsão #7

Sangramento da Segunda Metade da Gestação

Diagnóstico diferencial entre DPP X PP

DPP	Placenta prévia
Sangramento agudo, com dor **Hipertonia uterina** Sofrimento fetal agudo Associação com: hipertensão, trauma, uso de cocaína Tratamento **emergência:** resolução pela via mais rápida Risco de atonia uterina após o parto	Sangramento crônico, insidioso, indolor Tônus uterino normal Fator de risco: múltiplas cesarianas prévias Associação com **acretismos placentários** Tratamento: interrupção com 37 sem ou se houver sangramento intenso

De olho na imagem



Descolamento prematuro de placenta

Útero de Couvelaire: complicação grave do descolamento prematuro de placenta (DPP), causada pela infiltração de sangue no miométrio, podendo alcançar a serosa e conferir aspecto arroxeado ao útero. Pode associar-se à atonia uterina e hemorragia pós-parto. O tratamento é direcionado à causa; **não é indicação isolada de histerectomia** (mas normalmente termina com a histerectomia).

Preventiva

Previsão #1

Abortamento no Brasil

Quando é permitido por lei	· Gravidez foi resultado de violência sexual. / Gravidez que põe em risco a saúde da gestante. / Feto anencéfalo.
Considerações importantes	· É um direito da mulher, não uma obrigação. · Não é necessário abertura de Boletim de Ocorrência nos casos de violência sexual, apenas um consentimento por escrito (da mulher ou do responsável legal).

Previsão #2

Delineamento dos estudos epidemiológicos

Ecológico: Observacional - Agregada - Transversal / **Série temporal:** Observacional - Agregada - "Longitudinal" (dados transversais com uma constante de tempo) / **Transversal:** Observacional - Individual - Transversal / **Coorte:** Observacional - Individual - Longitudinal. Exposição → Desfecho / **Caso controle:** Observacional - Individual - Longitudinal. Desfecho → Exposição / **Ensaio clínico:** Intervencionista - Individual - Longitudinal / **Ensaio comunitário:** Intervencionista - Agregada - Longitudinal

Previsão #3

Coeficientes de Morbimortalidade

$$\text{Mortalidade geral} = \frac{\text{Número de óbitos no período}}{\text{População}} \times 1000$$

$$\text{Mortalidade materna} = \frac{\text{Número de óbitos por causa materna}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

$$\text{Mortalidade infantil} = \frac{\text{Número de óbitos em menores de 1 ano}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 1000$$

$$\text{Letalidade} = \frac{\text{Número de óbitos por determinada doença}}{\text{Número de casos da doença no mesmo período}} \times 100$$

Aposta #1

Sífilis

Diagnóstico: Teste treponêmico + Não treponêmico / **Classificação:** Recente: primária, secundária e latente recente - até 1 ano. Tardia: latente tardia (mais de 1 ano) e terciária. / **Tratamento:** Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2mi em cada lado). Recente: dose única. Tardia: 3 doses, 1 por semana. / **Seguimento:** Teste não-treponêmico (ex. VDRL); trimestral, até 12 meses. (Gestante: mensal).

Aposta #2

Princípios do SUS

Princípios Doutrinários: Universalidade (todos têm acesso); Integralidade (níveis de atenção); Equidade (ofertas diferentes para necessidades diferentes). **Princípios Organizativos:** Descentralização (cada município se organiza); Regionalização (Regiões de Saúde); Hierarquização (primária, secundária e terciária); Participação social (Conselhos e Conferências de Saúde).

Previsão #4

Atributos da APS

Atributos Essenciais **1. Acesso/Primeiro Contato:** Funciona como porta de entrada?; **2. Integralidade:** Leque de serviços; **3. Longitudinalidade:** Vínculo/atendimento continuado ao longo do tempo; **4. Coordenação de Cuidado:** Registro/Referência e contrarreferência (relação com outros pontos da rede).

Atributos Derivados **1. Orientação Familiar:** Contexto próximo - família no processo saúde-doença; **2. Orientação Comunitária:** Contexto amplo - participação comunitária, conhecimento de indicadores, situações e infraestrutura; **3. Competência Cultural:** Adaptação à cultura da população a que assiste.

Previsão #5

Estudos Epidemiológicos e Medidas de Associação

Medida de Associação	Estudos que mais usam	Fórmula
Risco relativo	Coorte ou ensaio clínico	$RR = \frac{IE}{I\bar{E}} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$
Odds ratio	Caso controle	$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$
Razão de prevalência	Transversal	$RP = \frac{PE}{P\bar{E}} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$

Previsão #6

Acidente de trabalho

Típico: ocorre a serviço da empresa. / **De trajeto:** trajeto habitual de ida e volta do trabalho / **Comunicação de Acidente de Trabalho:** trabalhadores que contribuem com o INSS; obrigação da empresa, mas médicos e o próprio trabalhador podem fazer; fazer até o primeiro dia útil; em quatro vias. / **Notificação:** todo **acidente de trabalho** é de notificação imediata. Acidente de trabalho com exposição a material biológico, Câncer, Dermatoses ocupacionais, Distúrbios de voz, LER/DORT, PAIR, Pneumoconioses, Transtornos mentais, **todos relacionados ao trabalho**, são de notificação **semanal**.

Previsão #7

Financiamento do SUS

Lei 8.142/90: transferência de recursos automática e regular, do Fundo Nacional para os Fundos de Saúde correspondentes.

EC 29/2000: as três esferas aplicarão recursos mínimos, mas não define o quanto.

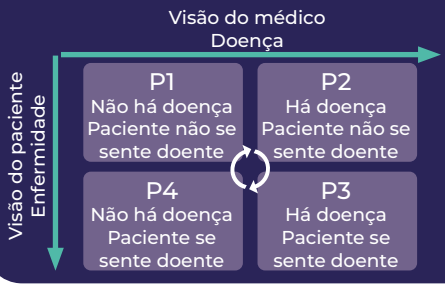
LC 141/2012: Municípios e DF: 15%; Estado e DF: 12%; União: exercício financeiro anterior mais a variação do PIB.

EC 86/2015: Municípios 15% e Estados 12% (dos impostos) e União 15% (receita corrente líquida)

EC 95/2016 (PEC do teto): União aplica o ano anterior mais variação do IPCA

LC 200/2023: volta para o **15%-12%-15%**

De olho na imagem



Prevenção Primária: período pré-patogênico, promoção de saúde e prevenção específica.

Prevenção Secundária: início do período patogênico, diagnóstico e tratamento precoce.

Prevenção Terciária: período patogênico, foco na reabilitação.

Prevenção Quaternária: evitar iatrogenias, como erros médicos.

Prevenção Quinquenária: evitar o esgotamento mental de profissionais de saúde.

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

5 **primeiros lugares** *do HCPA*

Aprovações Medway em Anestesiologia, Clínica Médica, Genética Médica, Neurologia, Otorrinolaringologia, entre outras!

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"Não sou o candidato padrão à residência. Medicina é minha segunda graduação e, sendo bem mais velho que a maioria dos concorrentes, minha realidade sempre foi outra. Trabalho, esposa e a responsabilidade de criar duas filhas. Eu não tinha o dia todo para estudar; eu tinha janelas de tempo que precisavam render o máximo. Conquistei minha vaga no HCPA provando que eficiência e estratégia valem mais que horas livres."

Darlington Salgado
Aprovado em **Anestesiologia no HCPA**
Aluno do Extensivo R1

"O estudo direcionado para as minhas prioridades me ajudou muito! Saber usar de forma inteligente o tempo disponível é essencial e a plataforma forneceu o que precisava para isso. Também sou muito grato pelo evento presencial de revisão direcionado à prova. Os assuntos abordados realmente foram cobrados na prova. Muito obrigado!"

Mateus Arenhardt de Souza
Aprovado em **Otorrinolaringologia no HCPA**
Aluno do Extensivo R1



Vai prestar R+?

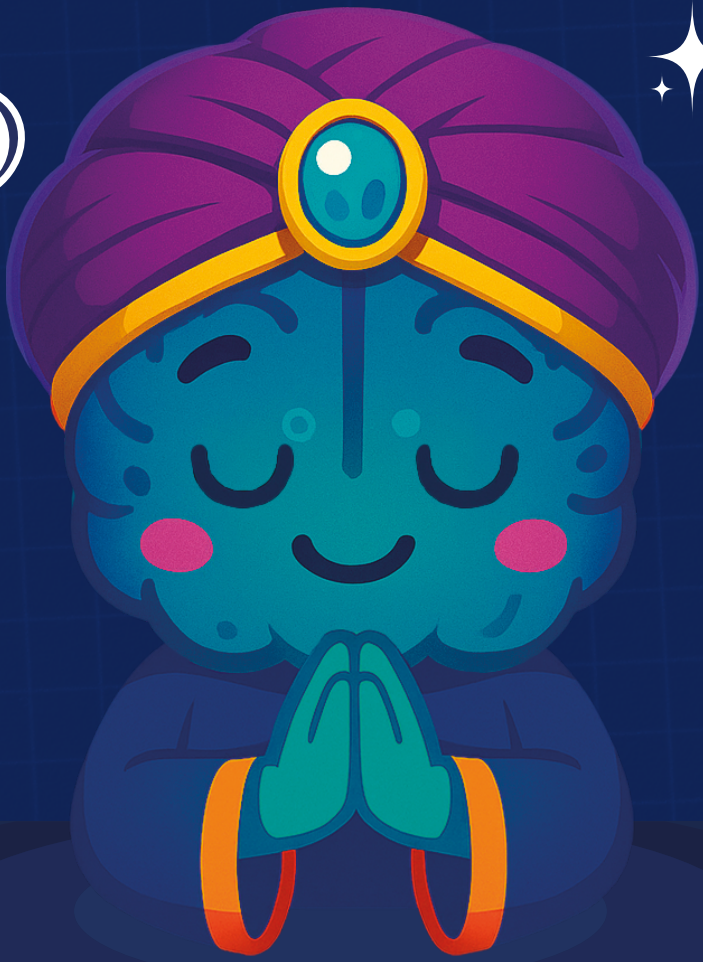
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

Terminou a prova?

Escaneie o QR Code e **acompanhe correções, revisões e análises** das provas no YouTube da Medway.



Boa prova!



medway

LÍDER EM APROVAÇÕES