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



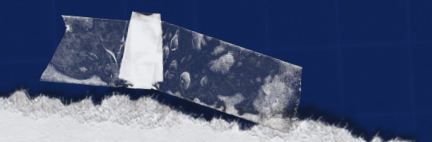
3

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 na UERJ. 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



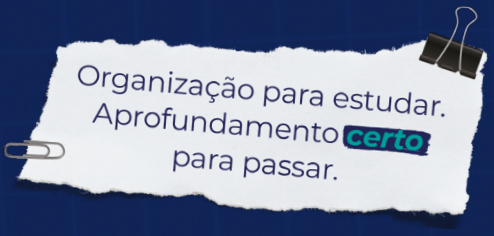
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Aposta #1

Na cirrose, toda **ascite nova ou suspeita de complicação** deve ser puncionada. **PMN > 250/mm³** = PBE (ceftriaxona), mas atenção a sinais de peritonite secundária (proteína > 1 g/dL, glicose < 50 mg/dL, LDH muito alto): se ≥ 2, peça TC.

Indicações de albumina: paracentese > 5 L (6-8 g/L retirado), **PBE** (1,5 g/kg no D1 e 1 g/kg no D3), **LRA** (1 g/kg/dia por 2 dias) e **síndrome hepatorrenal** (com terlipressina). Na encefalopatia, trate o desencadeante e use lactulose.

Aposta #2

Doença respiratória recorrente (sinusopatia, pólipos, infecções) + **insuficiência pancreática** (esteatorreia) + **infertilidade masculina** por azoospermia obstrutiva = **fibrose cística:** peça o **teste do suor** (≥ 60 mmol/L em 2 amostras). Nas exacerbações, pense em **Pseudomonas** e S. aureus.

Na **asma**, a resposta ao broncodilatador segue **> 12% e 200 mL no VEF1**; o controle avalia 4 itens (sintoma diurno > 2x/sem, despertar noturno, resgate > 2x/sem e limitação de atividade).

Previsão #1

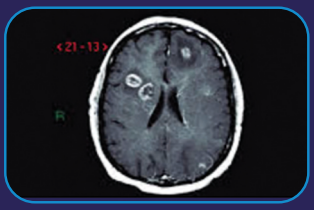
Quando o assunto é Síndrome Coronariana: domine reconhecimento de IAM com supra, localização da parede pelo ECG ou descrição do ECG (anterior, inferior, lateral, septal) e artéria culpada (ex.: inferior geralmente CD). Condução inicial: sala de emergência, monitorização, analgesia e terapia ABC-E3 (AAS, betabloqueador, clopidogrel; enoxaparina, enalapril/IECA, estatina).

Reperfusão imediata até 12h: preferir ATC primária (porta-balão 90'); trombólise se ATC indisponível (porta-agulha 30').

Também já caiu SCA associada ao uso de cocaína (há vasoconstrição coronariana, aumento de FC/PA e da demanda de O2 pelo miocárdio) — os nitratos e bloqueadores de canais de cálcio aqui podem ajudar no controle da dor e os benzodiazepínicos, na redução da hiperatividade simpática.

Por último, lembrem dos diagnósticos diferenciais: dissecção de aorta, com dor lancinante para dorso, PA divergente entre membros e conduta principal no controle de PA e FC; e pericardite, com ECG mostrando supra feliz difuso e infra de PR - conduta = AINE/colchicina e corticoide em casos refratários.

Previsão #2



A neurotoxoplasmose é a principal causa de lesão expansiva no SNC em PVHIV com CD4 < 100. Quadro é subagudo de cefaleia, déficit focal e convulsões ("AVC do HIV"). A TC mostra lesões hipodensas com realce em anel e edema perilesional, geralmente nos gânglios da base. Tratamento: sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico, e a melhora clínica em 10–14 dias confirma o diagnóstico. Também podemos usar sulfametoxazol-trimetropim. TARV deve ser iniciada após controle do efeito de massa.

Previsão #3

Nas artrites, importantíssimo lembrarmos dos pacientes-padrão de cada doença! A artrite reumatoide causa poliartrite simétrica crônica em pequenas articulações, poupando IFD e coluna (exceto C1-C2 - subluxação atlanto-axial), associada a FR e anti-CCP. Achados crônicos: dedos em pescoço de cisne/abotoadura e desvio ulnar dos dedos. Na radiografia: osteopenia justarticular + erosões marginais + deformidades.

A espondilite anquilosante acomete homens jovens (< 45a) com lombalgia inflamatória, rigidez matinal, sacroileíte ascendente e ótima resposta a AINEs.

A fibromialgia é dor crônica difusa por sensibilização central, com fadiga, distúrbio do sono e comorbidades psiquiátricas. O tratamento é não farmacológico (educação, exercício) e medicamentoso com antidepressivos tricíclicos ou duais.

Previsão #4

Em HAS, foque no **tratamento ambulatorial por classes: IECA/BRA, BCC diidropiridínico e tiazídico** são 1ª linha; no **estágio 2**, comece com **terapia dupla**. IECA/BRA: contraindicados na **gestação**, estenose bilateral de artéria renal, hiperK e angioedema.

Tiazídico: evitar na **gota** e se ClCr < 30.

BCC não diidropiridínico: evitar na IC FEr e BAV.

Betabloqueador não é 1ª linha e é **contraindicado na asma; pensar em usar como anti-hipertensivo quando outras comorbidades agregarem mais benefícios.**

Resistente = 3 fármacos em dose plena sem controle: a 4ª droga é a **espironolactona.**

Previsão #5

Diabetes **cai TODO ano**! Diagnóstico: **2 exames alterados** OU sintomas típicos + glicemia casual ≥ 200 mg/dL; pré-DM com 1 exame alterado. **TOTG** é mais sensível; **HbA1c** mais específica.

Critérios para diagnóstico de DM e pré-DM

	Normal	Pré-DM	DM
Glicemia de jejum (mg/dL)	< 100	100-125	≥ 126
1h após TOTG 75g (mg/dL)	< 155	155-208	≥ 209
2h após TOTG 75g (mg/dL)	< 140	140-199	≥ 200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7-6,4	≥ 6,5

Previsão #6

Nos distúrbios da **hemostasia, plaquetopenia + hemólise com esquizócitos + lesão de órgão = microangiopatia trombótica (MAT)**. Na **PTT** há febre, sintomas neurológicos e IRA leve, com **ADAMTS13 < 10%**: o tratamento é **plasmaférese** e não damos plaquetas!

Diarreia sanguinolenta + IRA importante sugere **SHU** (ADAMTS13 normal). Gestante > 20 semanas com ↑ transaminases: **HELLP** (resolver a gestação). A **CIVD** é a única com **TAP/TTPa alargados** e ↓ fibrinogênio.

Já na **PTI:** plaquetopenia + sangramento mucocutâneo + NADA!

Previsão #7

Síndrome nefrótica = proteinúria > 3,5 g/dia + albumina < 3,5 g/dL + edema. No **adulto com nefrótica pura**, pense em **nefropatia membranosa**: peça **anti-PLA2R** e busque causas secundárias (**hepatite B, LES, neoplasia sólida**, sífilis, AINE); é a que mais trombosa.

Outras associações:

Lesão mínima ↔ linfoma de Hodgkin e AINE;

GESF ↔ **HIV** (colapsante) e obesidade;

Membranoproliferativa ↔ **hepatite C**, com complemento baixo > 8 semanas. Na GNPE, o complemento normaliza em até 8 semanas.

De olho na imagem

Tuberculose é outro assunto quente para esse ano! Lembrem-se das principais características de cada exame usado no diagnóstico!

Baciloscopia	Pesquisa de BAAR, serve para seguimento / 2 amostras + cultura / Positivo = tratamento
TRM-TB	Detecta fragmentos de DNA / Muito específico e testa sensibilidade à rifampicina / Não serve para seguimento! / Positivo = tratamento
Cultura	Padrão ouro e vê sensibilidade de todos os fármacos / Demora para ter resultado!
LF-LAM	Exame feito na urina, serve para diagnóstico de TB pulmonar e extra-pulmonar Quando fazer? Paciente PVHIV nas seguintes situações: • Ambulatorial: CD4 < 100, suspeita de TB ou gravemente doente • Internação: CD < 200, suspeita de TB ou gravemente doente Positivo = tratamento + investigar sítio
ADA	Pode aparecer em líquidos corporais para indicar TB! / No líquido pleural, > 40 = tratamento

Cirurgia Geral

Aposta #1

Fases da Cicatrização:

1. **Inflamatória:** Neutrófilo é a primeira célula / Macrófago é a mais importante / Citocinas IL-1, IL-6 e TNF-alfa
2. **Proliferativa:** Fibroblastos / Citocinas TGF--beta, IL-6, VEGF, FGF
3. **Remodelação:** Miofibroblastos / Citocinas TGF-beta

Aposta #2

C do xABCDE - Conceitos importantes:

- **Hipotensão permissiva:** PAS 80–90 mmHg / PAM 50–60 mmHg / Contraindicada se TCE ou TRM
- **Transfusão equilibrada:** 1 CH : 1 PFC : 1 PLQ
- **Transfusão maciça:** Indicações: Hemorragia grave; Pontuação ≥ 2 no ABC score; Shock Index > 1 ;
- **Ácido tranexâmico (Transamin):**
  - 1ª dose: bolus 1g em 10 min: Ideal ≤ 10 min do trauma / Até 3 horas do trauma
  - 2ª dose: 1g ao longo de 8 horas

Previsão #1

Abdome Agudo Inflamatório:

- **Apendicite:** dor migratória, com anorexia, náuseas, febre baixa e leucocitose. **Sinais clássicos:** Blumberg, Rovsing, Dunphy, Lenander, Ten Horn e Lapinsky. **Escore de Alvarado** ≥7 indica cirurgia; 5–6 → observação e imagem.
- **Colecistite:** Murphy+ e febre; diagnóstico critérios de Tóquio **(A+B+C: sinais locais, sistêmicos e achado radiológico).**
- **Tratamento:** apendicectomia (apendicite) / colecistectomia (colecistite), com ATBprofilaxia (30-60 min antes da incisão). ATBterapia em casos complicados.
- **Classificação de Hinchey (Diverticulite):**
  - Ia = inflamação/flegmão pericólico e Ib = abscesso pericólico
  - II = abscesso pélvico/intra-abdominal distante
  - III = peritonite purulenta
  - IV = peritonite fecal
- **Tratamento:**
  - Ia: conservador ± antibiótico conforme o caso
  - Ib–II: antibiótico ± drenagem percutânea se abscesso ≥ 4 cm
  - III–IV: cirurgia (p. ex. Hartmann)

Previsão #2

Adenocarcinoma de Pâncreas

- **Maior fator de risco modificável:** tabagismo. / **Clínica:** icterícia progressiva + perda ponderal + dor abdominal + sinal de Courvoisier-Terrier (vesícula palpável e indolor). ↑ FA, GGT e bilirrubina direta. CA 19-9: prognóstico e acompanhamento.
- **Estadiamento:** TC de tórax + TC de abdome com protocolo pancreático → lesão hipoatenuante; avalia metástases e relação com estruturas vasculares.
- **Ressecável:** ausência de contato arterial significativo e contato venoso ausente ou limitado, sem alteração do contorno → cirurgia
- **Borderline:** envolvimento vascular limitado, potencialmente reconstruível → biópsia + tratamento neoadjuvante → reavaliação para cirurgia.
- **Irressecável:** envolvimento arterial extenso ou envolvimento venoso não reconstruível/ metástases → biópsia + tratamento sistêmico.

Previsão #3

Hérnias:

- **Redutível:** retorna à cavidade; **encarcerada:** irredutível, sem isquemia; **estrangulada:** com isquemia.
- **Tratamento eletivo:** indicado em hérnias sintomáticas, todas as femorais e em mulheres; "watchful waiting" só em homens de alto risco.
- **Técnicas principais:** Lichtenstein (livre de tensão, tela anterior – padrão-ouro), Shouldice (sem tela), Bassini e McVay(anteriores), Rives-Stoppa (posterior, bilaterais). Abordagem VLP: TAPP e TEP, ambas com tela pré-peritoneal cobrindo o orifício miopectíneo de Fruchaud. Evitar tela em campo contaminado ou em crianças
- **Lesões nervosas:**
  - **Reparo aberto:** nervos ílio-hipogástrico, ílio-inguinal e ramo genital do genitofemoral. **Laparoscopia:** nervo cutâneo femoral lateral e ramo femoral do genitofemoral.

Previsão #4

Nutrição: suporte nutricional se perda >10% em 6 meses, IMC <18,5, albumina <3 ou incapacidade de ingerir calorias. Via: + fisiológica possível: oral > enteral > parenteral. **A realimentação precoce** (≤24h) é segura mesmo com anastomose, se estabilidade hemodinâmica. **Enteral** previne atrofia e translocação bacteriana. **Parenteral:** apenas se enteral for inviável. **Imunonutrição:** 5–7 dias antes e até 7 dias após cirurgia, com arginina, glutamina, ômega-3, nucleotídeos e antioxidantes. **Síndrome de realimentação:** até 5 dias após reintrodução em pacientes desnutridos; causa **hipofosfatemia**, hipocalemia, hipomagnesemia e sobrecarga hídrica — monitorar eletrólitos e tiamina

Previsão #5

Câncer Gástrico

Mais comum: **adenocarcinoma**, classificado por **Lauren** em **intestinal** (idosos, distal, melhor prognóstico) e **difuso** (jovens, proximal, pior prognóstico, mutação E-caderina). Diagnóstico: **EDA + biópsia**, sendo a **classificação de Bormann III** a mais comum. / **Estadiamento: TC de tórax, abdome de pelve** e **ecoendoscopia** (avalia T e N). / **TNM:** T1a mucosa, T1b submucosa, T2 muscular, T3 subserosa, T4a serosa, T4b estruturas adjacentes. / **Tratamento: Ressecção endoscópica:** tumor <2 cm, bem diferenciado, T1a, não ulcerado, sem invasão linfática. **Gastrectomia subtotal ou total + linfadenectomia D2 (≥15 linfonodos)** conforme localização.

Previsão #6

Cuidados e Complicações Pós-operatórias:

REMIT: catecolaminas (↑glucagon ↓insulina), ↑cortisol (gliconeogênese, ↑ ação TNF e IL1), ↑aldosterona (retém Na), ↑ADH (retém água, ↑GH, ↓T3/T4, testosterona. **Infecção de sítio cirúrgico (ISC)** é diagnóstico clínico até 30 dias (ou 1 ano se prótese), causada por S. aureus, S. epidermidis e enterococos. **Tratamento:** cuidados locais se restrita à pele com antibiótico apenas se sinais sistêmicos. Febre + sepse → exploração cirúrgica imediata. **Seroma:** acúmulo de líquido no subcutâneo, amarelo citrino, observar se assintomático. **Hematoma:** risco de infecção e expansão, drenar se cervical. **Eventração:** água de carne, complicação é hérnia incisional. **Evisceração:** emergência, compressa aquecida nas alças e CC.

Previsão #7

DRGE tem diagnóstico clínico com melhora ao **IBP**; **EDA** se sinais de alarme (**anemia, perda ponderal, disfagia, >40a**) - avaliar **Los Angeles** (B, C, D = DRGE). **Padrão-ouro:** impedâncio-pHmetria. **Tratamento:** mudanças de estilo de vida + IBP. **Cirurgia** se refratário, complicações ou **Barrett** = Hiatoplastia + **Fundoplicatura de Nissen = 360°** (válvula antirrefluxo); **Toupet = 270°** casos selecionados

Los Angeles	
A	Erosão/erosões ≤ 5 mm
B	Erosão > 5 mm, pregas isoladas
C	Erosões que acometem mais de uma prega (< 75%)
D	Erosões com acometimento circunferencial (≥ 75%)

De olho na imagem

Gravidade da hemorragia - ATLS 11a ed.

Parâmetro	Leve		Moderada	Grave
Frequência Cardíaca (bpm)	Inalterada	Inalterada a Aumentada	Aumentada (>100)	Aumentada Marcadamente (>120)
Pressão Sistólica (mmHg)	Inalterada	Inalterada	Inalterada a Diminuída	Diminuída Marcadamente (<90)
Pressão de Pulso	Inalterada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Frequência Respiratória	Inalterada	Inalterada a Aumentada	Aumentada	Aumentada
Nível de Consciência	Inalterado	Inalterado	Diminuído	Marcadamente diminuído
Déficit de Base (meq/L)	0 a -2	-2 a -6	-6 a -10	-10 ou menor
Hemocomponentes	Improvável	Possível	Provável	Protocolo de Transfusão Maciça
Resposta à Ressuscitação	Rápida e Sustentada	Relativamente Rápida e Sustentada	Transitória	Mínima a Nenhuma
Controle Cirúrgico da Hemorragia	Improvável	Possível	Provável	Extremamente Provável

Pediatria

Aposta #1

Obrigatório dominar as atualizações de **sala de parto** desse ano. Falamos um pouco mais abaixo, mas lembrem-se: a **ordenha de cordão** passou a ser estimulada formalmente em 2026, estando indicada se o paciente não responde ao estímulo tátil, antes do clampeamento em menos de 30 segundos. No entanto, ela só está indicada para recém-nascidos com **28 semanas ou mais** de idade gestacional!

Aposta #2

Nossa outra aposta é na **suplementação de ferro**, que foi atualizada em 2026 para lactentes! O mais provável é a cobrança do quadro clássico: um RN nascido a termo e com peso adequado deve iniciar a suplementação **a partir dos 6 meses**, com **10-12,5 mg/dia** de ferro elementar. Para prematuros e/ou baixo peso, o antigo prevalece: início aos 30 dias de vida, por faixa de peso: 1.500-2.500g - 2 mg/kg/dia; 1.000-1.500g - 3 mg/kg/dia; < 1.000g - 4 mg/kg/dia.

Previsão #1

Quando o assunto é **doenças exantemáticas**, não podia ser diferente: **sarampo** e **Kawasaki** são as queridinhas. No sarampo, lembre-se do quadro clínico dos **3 C's (cof cof + coriza + conjuntivite)**, a progressão **cefalocaudal**, e o sinal patognomônico das **manchas de Koplik**, que precedem o exantema. No Kawasaki, lembre-se da **febre persistente + manifestações muco-cutâneas**, além do risco de complicações **coronarianas** (temos que avaliar as crianças com **ecocardiograma**) e o tratamento com **imunoglobulina IV + AAS.**

Previsão #2

Dentro das **imunizações**, é fundamental decorar as vacinas de microrganismos **vivos**: BCG, rotavírus, febre amarela, sarampo, caxumba, rubéola, varicela e as combinações possíveis. **Imunossupressão** é contraindicação a essas vacinas! Agora, doenças leves (ex: resfriado comum, mesmo com febre) é uma **falsa contraindicação** clássica. Não se esqueça das atualizações: a **VIP** voltou aos 15 meses e 4 anos; a **meningo ACWY** é recomendada também aos 12 meses agora; e a pneumo-20 chegou ao PNI em 2026.

Previsão #3

A UERJ adora **abordagem ambulatorial da asma**, assunto que teve atualizações importantes no GINA 2026. Precisamos lembrar dos **4 critérios para avaliar o controle da asma**, subindo ou descendo steps quando necessário. Porém, mais importante que isso é lembrar que a **terapia AIR** (resgate com corticoide inalatório + formoterol) passou a ser recomendada em pacientes 6-11 anos, diferenciando-se da terapia MART, que inclui resgate E manutenção com essa medicação.

Previsão #4

Quando o assunto é **sala de parto**, tem atualização fresca que pode cair em prova. Não podemos esquecer o clássico: **a principal medida que muda prognóstico é a ventilação com pressão positiva**. No entanto, agora a FiO2 inicial **mudou em <34 semanas**, sendo iniciada em 60%. Se o neonato responder ao **estímulo tátil**, ele pode ficar no colo materno e receber clampeamento a partir de 60 segundos. E por fim, não esqueça que os passos iniciais (PóS-PArto) devem ser realizados no colo materno ou na mesa de reanimação, mas não devem nunca ser pulados!

Previsão #5

O foco **transtornos do comportamento** na UERJ é cobrado de maneira **ampla**, com frequência extrapolando a neuropediatria e entrando no campo da psiquiatria (**depressão, ansiedade e transtornos alimentares** são queridinhos e se assemelham muito ao quadro do adulto - com a exceção de que **irritabilidade** é um sinal importante na pediatria). Além disso, no autismo, eu **preciso de critérios B** (padrões e interesses restritos e repetitivos) - não basta atraso de fala apenas! Priorize abordagens **terapêuticas** antes de iniciar medicamentos.

Previsão #6

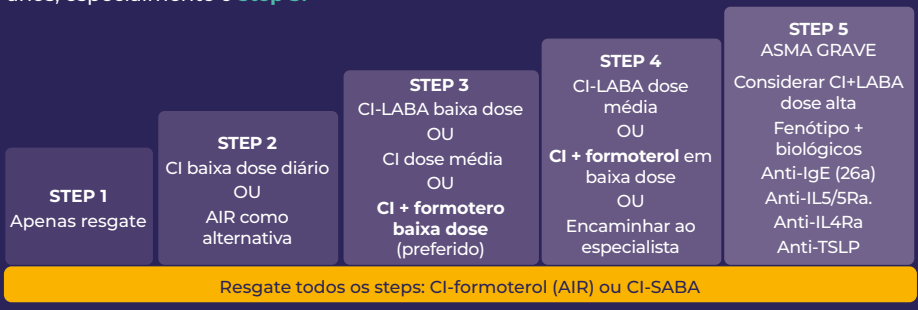
Dentro de **síndromes glomerulares e tubulopatias**, no geral a UERJ gosta muito de cobrar a queridinha **síndrome nefrótica**. Precisamos lembrar que a maioria dos casos é por **lesão mínima** (entre 1 a 10 anos), não requerindo biópsia; o tratamento envolve **corticoterapia**, com atenção ao risco de infecções (peritonite bacteriana espontânea) e trombose. Se a questão falar de **anemia hemolítica + plaquetopenia + injúria renal aguda**, principalmente pós-diarreia, é fácil: estamos diante de uma **síndrome hemolítico-urêmica**.

Previsão #7

A UERJ tem um serviço muito forte de hematologia, que recebe muitos pacientes com **anemia falciforme**. Precisamos dominar principalmente as **crises: hemolítica** se aumento de marcadores de hemólise; **vaso-oclusiva** se dor intensa / dactilite; **síndrome torácica aguda** se imagem nova no pulmão + alterações respiratórias; **sequestro esplênico** se anemia aguda + bação; e **aplásica** se anemia aguda sem bação. Se houver dor intensa, não tenha medo de marcar **opioides** na resposta, e cuidado para **não hiperidratar** esses pacientes.

De olho na imagem

Para levar para a prova: fixe bem os steps de controle da asma em pacientes entre 6 e 11 anos, especialmente o **step 3!**



Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Contracepção

Hormonais combinados têm contraindicação absoluta (Categoria 4): enxaqueca com aura, tabagismo ≥ 35 anos, TEV prévio — trocar para progestagênio isolado (injetável trimestral, implante) ou LARC (DIU de cobre/LNG). Contracepção de emergência: levonorgestrel até 72h ou DIU de cobre até 5 dias. Em uso de anticonvulsivantes? Único que pode com tudo → ác. valpróico. Se uso de "canetas emagrecedoras" → evitar VO!

Aposta #2

Hemorragia pós-parto

Etiologia → 4 T: Tônus, Trauma (lacerações), Tecido (restos placentários), Trombina (coagulopatia). Profilaxia: ocitocina 10UI universal + tração controlada do cordão umbilical. Conduta sequencial: massagem uterina bimanual + ocitocina (1ª linha) + ácido tranexâmico → ergotamina (CI: hipertensas) → misoprostol → balão Bakri → B-Lynch → ligadura vascular → histerectomia puerperal. Índice de Choque: FC/PAS; se > 1 = atenção!

Previsão #1

Rastreamento do Câncer de Colo Uterino

- Rastreamento do câncer de colo uterino: população-alvo de 25 a 64 anos. Citologia oncótica: início aos 25 anos, repetição anual até 2 exames negativos, depois trienal, se negativo. ASC-US repete em 12 meses, se entre 25 e 29 anos; repete em 6 meses, se ≥30 anos. LSIL repete em 6 meses, se ≥25 anos.
- Todos os outros resultados = colposcopia. DNA-HPV: repete a cada 5 anos, se negativo.
- Se 16/18+: encaminhar direto para colposcopia.
- Se não-16/18+: citologia reflexa → se alterada, colposcopia; se normal, repete o DNA-HPV em 1 ano novamente.

Previsão #2

Sangramento da Primeira Metade da Gestação

- Abortamento é o foco mais cobrado → diferencie pelas alterações de colo, volume de sangramento e US: ameaça (colo fechado, embrião vivo), inevitável (colo aberto), completo (útero vazio) e retido (embrião+, colo fechado, sem eliminação).
- Critérios US de falha gestacional: CCN ≥7mm sem atividade cardíaca = óbito embrionário; saco gestacional médio ≥25mm sem embrião visível = gestação inviável.
- Aborto infectado (febre, secreção fétida, dor): esvaziamento uterino + antibiótico (clinda + genta)

Previsão #3

Síndromes Hipertensivas na Gestação

- Classificação: hipertensão crônica (PA elevada antes de 20 semanas), hipertensão gestacional (PA elevada após 20 semanas, sem proteinúria/lesão de órgão-alvo) e pré-eclâmpsia (após 20 semanas, com proteinúria e/ou lesão de órgão-alvo: plaquetopenia, transaminases elevadas, creatinina ≥1,0, sintomas neurológicos, edema pulmonar, RCIU).
- Síndrome HELLP: hemólise; elevação de enzimas hepáticas (≥ 70), plaquetopenia (< 100.000). Eclâmpsia, iminência de eclâmpsia, HELLP e crise hipertensiva → sulfato de magnésio é a 1a medida!
- Profilaxia: AAS 100mg/d entre 12-36sem.

Previsão #4

Amenorreias e SOMP

- Amenorreia primária (ausência de menarca aos 13 anos sem caracteres ou 15 anos com caracteres sexuais): avaliar caracteres sexuais secundários e US pélvica.
- Útero ausente aponta para agenesia mülleriana ou insensibilidade androgênica (cariótipo diferencia as duas - avaliar pêlos!).
- Útero presente: eixo hipotálamo-hipófise-ovariano ou causas anatômicas.
- SOMP: critérios de Rotterdam (2 de 3: oligo/anovulação, hiperandrogenismo, ovários policísticos ao US), excluindo outras causas antes de fechar o diagnóstico.

Previsão #5

Pré-Natal

Exames obrigatórios no 1° tri incluem hemograma, tipagem sanguínea, glicemia de jejum, sorologias (HIV, sífilis, hepatites B e C, toxoplasmose), urina tipo I e urocultura. Imunização:

dTpa	1 dose ≥ 20 sem, em toda gestação
Influenza	1 dose, na campanha, em qualquer idade gestacional
Hepatite B	Completar esquema (0, 1 e 6m), em qualquer idade gestacional
COVID-19	1 dose na gestação, a cada gestação
VSR	Uma dose a partir das 28 sem, a cada gestação

Previsão #6

Assistência ao Parto

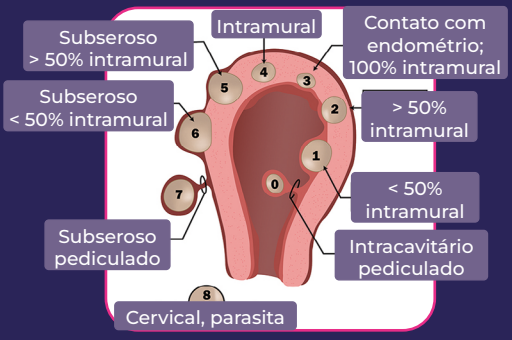
- Primeiro período: fase ativa; dilatação ≥5-6cm com contrações regulares.
- Segundo período: expulsivo → avaliação de distocias (alterações de partograma: atenção às paradas de dilatação e descida).
- Terceiro período: secundamento/dequitação – profilaxia de hemorragia pós-parto (manejo ativo: ocitocina profilática, tração controlada do cordão).
- Quarto período: Greenberg → vigilância de sangramentos.

Previsão #7

PALM-COEIN

- Estruturais (**P**ólipo, **A**denomiose, **L**eiomioma, **M**alignidade) e não estruturais (**C**oagulopatia, disfunção **O**vulatória, **E**ndometrial, **I**atrogênica, **N**ão classificada).
- Leiomiomas são a causa estrutural mais prevalente — os submucosos cursam com sangramento mais intenso e anemia.
- No agudo: AINE (vasoconstrição), antifibrinolítico (hemostasia) e estrogênio (reepitelização) são o tratamento medicamentoso de escolha.

De olho na imagem



FIGO para miomas

Classificação FIGO dos leiomiomas (0-8), essencial para prever risco cirúrgico e padrão de sangramento: submucosos (0-2) – tratamentos histeroscópicos; intramurais (3-4) – tratamentos cirúrgicos (histerectomia ou miomectomia), subserosos (5-7) (exérese - miomectomia). O tipo 0 é totalmente intracavitário (pediculado); o tipo 8 não tem contato com o miométrio (cervical/parasita). Classificação orienta a escolha da via de miomectomia (histeroscópica x laparoscópica/aberta).

Preventiva

Aposta #1

Cuidados paliativos

1. Objetivo dos cuidados paliativos: visa melhorar a qualidade de vida e aliviar sintomas. Não devem ser iniciados somente em fases finais da doença. / **2. Uso de opióides:** não devem ser evitados por medo de dependência. / **3. Intervenções em pacientes terminais:** manter ações que promovam conforto e aliviem sintomas, sem suspender cuidados essenciais. / **4. Comunicação de más notícias:** ser honesto e empático, informando o paciente sobre a gravidade da doença de acordo com seus desejos. / **5. Escalas de avaliação de sintomas:** utilizar ferramentas para monitorar e ajustar o manejo dos sintomas.

Aposta #2

Diretrizes antecipadas de vontade (DAV) São instruções de como a pessoa quer que seja seu processo de morte Objetivo: ditar os cuidados e os tratamentos que o paciente quer, de modo que sejam seguidos mesmo que a pessoa fique incomunicável. As DAV prevalecem sobre os desejos dos familiares. Basta um registro no prontuário realizado no momento que o paciente indicar seus desejos. É dever do médico fazer esse registro quando o paciente comunica as DAV. Exceção de cumprimento das DAV: se for contra os preceitos do código de ética médica.

Previsão #1

Classificação dos estudos epidemiológicos

- **Ecológico:** analisa dados agregados de populações, relacionando exposição e desfecho em grupos; útil para hipóteses iniciais e tendências geográficas.
- **Série temporal:** observa mudanças de desfecho ao longo do tempo, avaliando tendências e efeitos de intervenções.
- **Caso-controle:** retrospectivo; compara indivíduos com e sem doença para identificar exposições passadas.
- **Transversal:** avalia exposição e desfecho simultaneamente; útil para prevalência, não causalidade.
- **Coorte:** longitudinal; acompanha expostos e não expostos para medir incidência e risco relativo.
- **Ensaio clínico:** intervencionista; aloca aleatoriamente participantes a tratamento ou controle.
- **Ensaio comunitário:** intervencionista em grupos; avalia impacto de políticas ou programas de saúde.

Previsão #2

Condutas na APS

1. Aceitar a incerteza	Nem tudo precisa de diagnóstico imediato.
2. Checar sinais de gravidade	Excluir “red flags” antes de observar.
3. Usar o tempo como ferramenta	A evolução ajuda a revelar o quadro real.
4. Planejar reavaliação	Definir retorno e sinais de alerta.
5. Explicar ao paciente	Transparência gera confiança e adesão.
6. Queixa inespecífica?	Investigue o contexto e hábitos
7. Evitar medicalização precoce	Tratar só quando há benefício claro.

Previsão #3

Atenção Primária à Saúde: Demora Permitida / Manejo de Incertezas

- **Demora permitida na APS:** tempo clinicamente seguro de observação antes de definir diagnóstico ou iniciar intervenção, quando o quadro ainda não tem elementos suficientes.
- **Manejo das incertezas:** aceitar que nem tudo precisa de diagnóstico imediato; excluir sinais de gravidade; usar o tempo como aliado; planejar reavaliações e sinais de alerta; explicar o raciocínio ao paciente; investigar contexto em queixas inespecíficas; evitar medicalização precoce.
- **Proximidade com o paciente:** atuar sem afobação, com comunicação clara e decisões compartilhadas. Condutas na APS são mais conservadoras que as do especialista, priorizando vínculo e segurança.

Previsão #4

Categoria Schilling	Exemplos
I. Trabalho **necessariamente** é a causa	Asbestose (exposição a fibras de amianto) Saturnismo (chumbo)
II. Trabalho como **fator de risco**, mas não necessário	Doença coronariana Varizes de MMII
III. Trabalho como **provocador de um distúrbio latente**, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica Dermatite atópica Saúde mental

Previsão #5

Polifarmácia

Polifarmácia: ≥5 medicamentos simultâneos; multipolifarmácia: ≥10. Riscos: ↑ eventos adversos, quedas, interações, não adesão, declínio funcional/cognitivo. Critérios de Beers 2023: 1) Potencialmente inapropriados para todos os idosos: toxicidade > benefício, ex.: sulfonilureias de longa ação. 2) Condições clínicas específicas: podem agravar doenças, ex.: benzodiazepínicos em demência. 3) Uso com cautela: digoxina em doses altas. 4) Função renal: ajustar ou evitar, ex.: aminoglicosídeos, digoxina. 5) Interações importantes: anticoagulantes + AINEs, múltiplos sedativos. Manejo: START/STOPP, evitar longa meia-vida, iniciar baixas doses, monitorar função renal/hepática e reduzir polifarmácia desnecessária.

Previsão #6

Endemia	Incidência dentro do esperado, considerando variações sazonais
Epidemia	Incidência acima da esperada
Surto	Epidemia com casos relacionados entre si - região geográfica ou instituição
Pandemia	Disseminação epidêmica em larga escala (+ 1 país ou continente) OMS: Disseminação mundial de uma nova doença

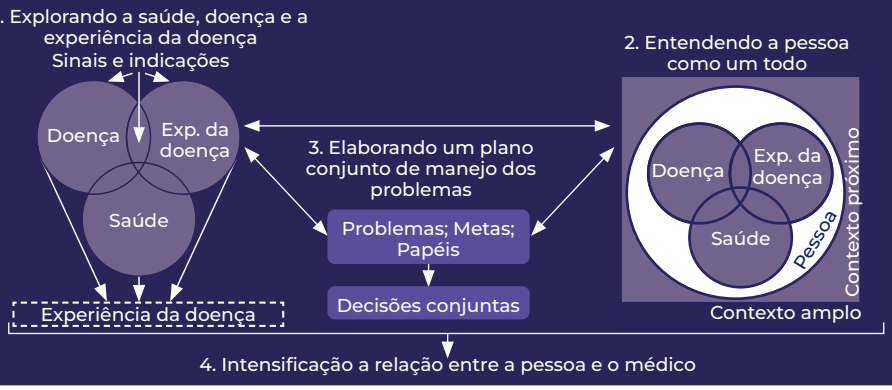
Previsão #7

Exames - diabetes

Sensibilidade é a capacidade de um exame de identificar corretamente quem tem a doença, ou seja, a proporção de verdadeiros positivos. Quanto maior a sensibilidade, menor a chance de falsos negativos. Entre os exames diagnósticos de diabetes, o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) é o mais sensível porque avalia a resposta glicêmica após um desafio de glicose, detectando alterações precoces no metabolismo da glicose que podem não aparecer em jejum ou na hemoglobina glicada. Isso permite identificar mais casos de diabetes ou de intolerância à glicose que outros exames podem deixar passar.

De olho na imagem

Método Clínico Centrado na Pessoa



Eles chegaram lá.
E têm um recado pra você.

+20.000
aprovações
em todo o Brasil

+3.000
aprovações
em primeiros lugares



Primeiros lugares

na UERJ em Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Ortopedia e Pediatria!

Vai prestar R+?

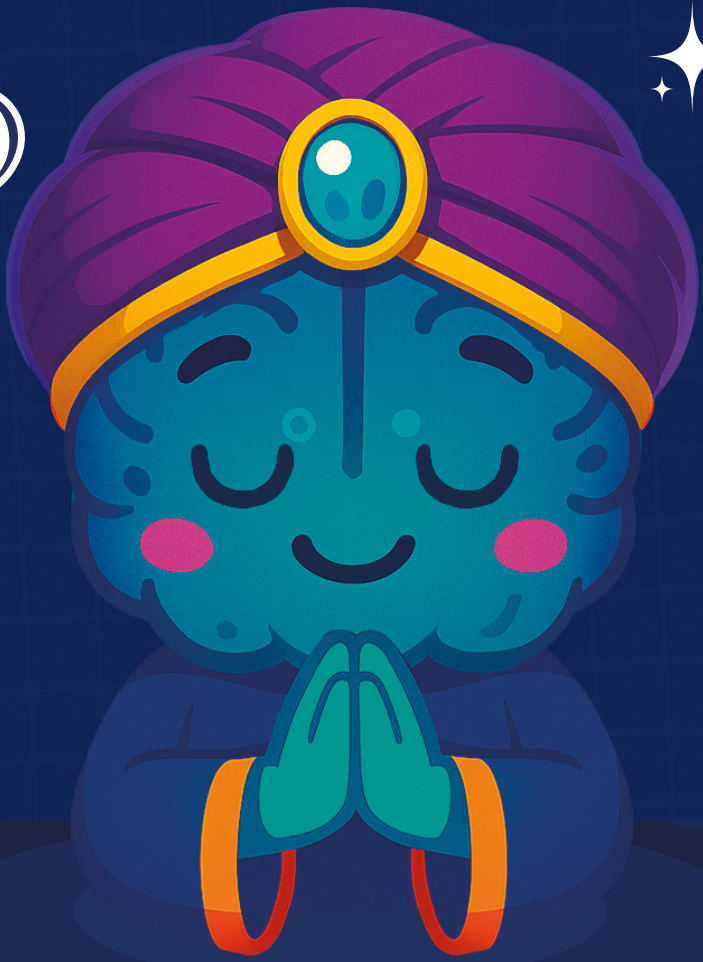
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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