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 PUC-SP. 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



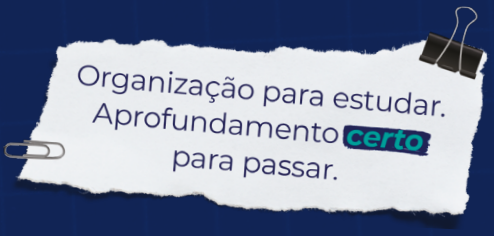
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Sepse e Choque

- Sepse: infecção + aumento agudo SOFA ≥ 2
- Choque séptico: vasopressor para PAM ≥ 65 e lactato > 2 após volume.
- Conduta:
  - 1ª hora: culturas, lactato, antibiótico e cristaloide 30 mL/kg; noradrenalina se a hipotensão persistir.
  - SSC 2026: PAM de 60-65 em maiores de 65 anos; betalactâmico em infusão prolongada; retirar fluidos após a fase aguda.
  - Pele quente: distributivo. Fria com jugular túrgida: cardiogênico ou obstrutivo.

Aposta #2

Anemias e Hemoglobinopatias

- Ferropriva: ferritina baixa, TIBC e RDW altos.
- Doença crônica: ferritina normal/alta, TIBC baixo.
- Talassemia menor: microcitose com RDW normal; HbA2 elevada na beta.
- Megaloblástica: VCM alto e neutrófilos hipersegmentados. B12: metilmalônico alto e quadro neurológico.
- Hemólise: reticulócitos, DHL e bilirrubina indireta altos; haptoglobina baixa.
- Falciforme: síndrome torácica aguda; hidroxiureia.

Previsão #1

Onco-Hematologia

- Mieloma: idoso com CRAB (cálcio alto, rim, anemia, lesão lítica).
- Pedir eletroforese de proteínas, imunofixação e cadeias leves livres.
- Leucemia aguda: citopenias + blastos ≥ 20%. LMA-M3: CIVD, t(15;17), ATRA já na suspeita.
- LMC: desvio escalonado, basofilia, esplenomegalia; BCR-ABL, imatinibe.
- LLC: linfocitose no idoso; assintomático não trata.
- Linfoma: biópsia excisional.
  - Hodgkin: células de Reed-Sternberg.
  - Sintomas B: febre, sudorese noturna, perda > 10% do peso em 6 meses.
- Lise tumoral: K, P e ácido úrico altos; Ca baixo.

Previsão #2

Distúrbios Obstrutivos

- Espirometria: VEF1/CVF reduzido = obstrução; VEF1 dá a gravidade; restrição só se confirma com CPT.
- Resposta ao broncodilatador: ≥ 12% e ≥ 200 mL.
- Asma: nunca SABA isolado; corticoide inalatório + formoterol é o resgate em todas as etapas.
- DPOC: VEF1/CVF < 0,70 pós-BD.
  - Exacerbação: SABA, prednisona 40 mg por 5 dias, antibiótico se escarro purulento, meta SpO2 88-92%, VNI na acidose respiratória.
  - Reduz mortalidade: cessar tabagismo e O2 domiciliar (PaO2 ≤ 55 ou SpO2 ≤ 88%).

Previsão #3

Diabetes

- Antes de prescrever: risco cardiorrenal (RCR), IMC, HbA1c e TFG.
- SBD 2026: metformina se TFG ≥ 30; HbA1c ≥ 7,5% = terapia dupla inicial; RCR aumentado = iSGLT2; IMC ≥ 30 = agonista de GLP-1 ou tirzepatida.
- Sintomático (poliúria, polidipsia, perda de peso): insulina.
- Rim: metformina máx. 1 g/dia com TFG 30-45 e suspensa se < 30; sulfonilureia contraindicada se < 30; insulina em dose menor.
- Hipoglicemia: sulfonilureia, glinidinas e insulina.
- Insulina Basal > 0,5 U/kg/dia fora da meta: associar GLP-1 ou insulina prandial.

Previsão #4

Arritmias, Síncope e PCR

- Taquicardia com pulso e instável (hipotensão, choque, rebaixamento, dor isquêmica, IC aguda): cardioversão sincronizada.
- Estável, QRS estreito e regular: manobra vagal, adenosina 6 mg e 12 mg.
- Estável, QRS largo: TV até prova em contrário; amiodarona 150 mg em 10 min. Verapamil e diltiazem: proibidos.
- Síncope de alto risco: ao esforço ou deitado, sem pródromo, cardiopatia ou ECG alterado.
- PCR: FV/TV sem pulso = choque;
- AESP/assistolia = RCP + adrenalina 1 mg a cada 3-5 min.
- Buscar 5H e 5T.

Previsão #5

Neurointensivismo e Ética Médica

- Cuidado paliativo: começa no diagnóstico da doença grave, junto com o tratamento curativo, por equipe multiprofissional.
- Opioide: dose de horário + resgate + laxativo.
- Ortotanásia: ética e legal.
- Distanásia e eutanásia: vedadas.
- Atenção: Sedação paliativa não é eutanásia.
- Diretiva antecipada de vida: prevalece sobre a vontade da família.
- Morte encefálica: 2 exames clínicos por médicos diferentes, 1 teste de apneia (PaCO2 > 55) e exame complementar obrigatório.
  - Hora do óbito: a do último exame.

Previsão #6

Distúrbios Hidroeletrolíticos e Acidobásicos

- Hiponatremia com sintomas graves: NaCl 3% 150 mL em bolus. Corrigir no máximo 8-10 mEq/L em 24 h (cuidado com desmielinização osmótica).
- SIADH: hiponatremia euvolemia, urina concentrada, sódio urinário > 30.
- Hipocalemia: onda U no ECG; repor magnésio junto.
- Gasometria: pH, depois HCO3 e pCO2.
  - Anion gap = Na - (Cl + HCO3), normal 8-12.
    - AG alto: cetoacidose, lática, uremia, intoxicações.
    - AG normal: diarreia e acidose tubular.
  - Acidose metabólica compensada: pCO2 = 1,5 x HCO3 + 8 (± 2).

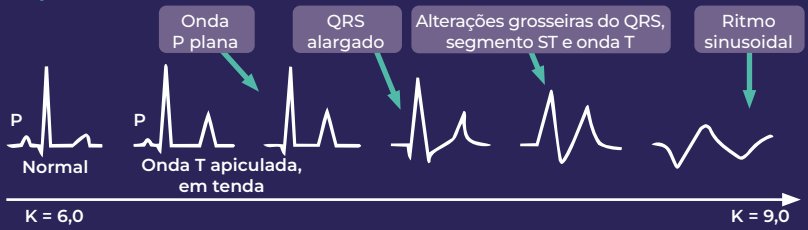
Previsão #7

Geriatria e Demências

- Delirium: início agudo, curso flutuante e desatenção. Tratar a causa; evitar benzodiazepínico.
- Demência: afastar causas reversíveis (B12, TSH, VDRL, HIV, neuroimagem).
- Alzheimer: memória recente; anticolinesterásico, memantina na fase moderada a grave.
- Lewy: flutuação, alucinações visuais, parkinsonismo, sensibilidade a neurolépticos.
- Frontotemporal: comportamento e linguagem, antes dos 65.
- Hidrocefalia de pressão normal: marcha, demência e incontinência.
- Vascular: piora em degraus.

De olho na imagem

ECG da hipercalemia



- ECG alterado: gluconato de cálcio 10% IV primeiro. Estabiliza a membrana, não baixa o potássio.
- Desloca para a célula: insulina regular 10 U + glicose 50 g; beta-2 inalatório.
- Remove do corpo: diurético de alça, resina ou diálise.
- Causas: doença renal, IECA/BRA, espironolactona e acidose.

Cirurgia Geral

Aposta #1

B do xABCDE: indicações de toracotomia

- **Urgência** considerar também instabilidade hemodinâmica e necessidade transfusional.
  - Indicaçõexs:
    - Hemotórax maciço: drenagem inicial ≥ 1.500 mL ou débito persistente ≥ 200 mL/h por 2–4 h
    - Tamponamento cardíaco
- **Reanimação:** Trauma torácico penetrante + PCR + sinais de vida presentes/recentes

Aposta #2

Tumor colorretal

	Cólon + Reto Alto	Reto médio e baixo
Estadiamento	TC Tórax, abdome e pelve; CEA	TC Tórax, abdome; **RNM pelve;** CEA
Tratamento	**Cirurgia upfront!:** Colectomia direita; Transversectomia; Colectomia esquerda; Retossigmoidectomia	**T3, T4, N+: neoadjuvância + cirurgia após:** Retossigmoidectomia + excisão total do mesorreto; Amputação abdominoperineal

Previsão #1

Causas de Hemorragia Digestiva Alta

- **Mallory-Weiss:** Vômitos intensos e repetidos → laceração longitudinal da mucosa na JEG. Associação com consumo excessivo de álcool.
- **Úlcera gástrica:** Dor epigástrica que piora com a alimentação.
- **Úlcera duodenal:** Dor epigástrica que melhora com a alimentação.
- **Angiodisplasia:** Ectasia vascular da mucosa/submucosa, com sangramento geralmente indolor e recorrente.
- **Varizes esofágicas:** Associadas à hipertensão portal, principalmente por cirrose. Pistas: ascite, esplenomegalia e circulação colateral; podem causar sangramento volumoso.
- **Fístula aortoentérica:** História de reparo prévio de aneurisma de aorta com prótese. Pode apresentar sangramento sentinela antes de hemorragia maciça.
- **Adenocarcinoma gástrico:** Dor epigástrica, perda ponderal, saciedade precoce e anemia; doença avançada pode apresentar linfonodo de Virchow.

Previsão #2

Hemorragia Digestiva Alta Ulcerosa

- **Classificação de Forrest**
  - **Ia: Jato (Arterial)**
  - **Ib: Babando**
  - **IIa: Visível, não sangrante**
  - IIb: Coágulo aderido
  - IIc: Hematina (mancha)
  - III: Base clara

Obs: Ia, Ib e IIa → terapia endoscópica dupla (escolher 2 modalidades dentre terapia química, térmica ou mecânica)

Previsão #3

Doença hemorroidária

- Grau I (Sem prolapso): **Comportamental** (todos os graus), ligadura elástica (refratários)
- Grau II (Prolapso com retorno espontâneo) **Ligadura elástica** ou cirurgia
- Grau III (Prolapso com retorno digital): **Cirurgia** ou ligadura (alguns casos)
- Grau IV (Prolapso que não volta): **Cirurgia**

Previsão #4

Queimaduras - ATLS 11

Categoria da Queimadura	Térmica ou Química	
Idade	< 13 anos	**Adultos** (> 13 anos)
Taxa Horária Ajustada de Líquidos (ml/hora)	$\frac{(3\ ml\ de\ RL \times kg \times \%\ SCQ)}{16}$	$\frac{(2\ ml\ de\ RL \times kg \times \%\ SCQ)}{16}$
Meta de Diurese	1 ml/kg/h	0,5 ml/kg/h (30-50 ml/h)

Obs: não basear apenas no cálculo. Decisão de reposição volêmica deve se pautar na diurese / condições clínicas

Previsão #5

Trauma torácico

	Pneumotórax hipertensivo	Hemotórax maciço
Ausculta respiratória	Reduzida/Abolida	
Jugulares	Túrgidas	Colabadas
Percussão	Timpanismo	Macicez

Previsão #6

Síndrome de realimentação

- **Pode acontecer independente da via!**
- **Em pacientes desnutridos**
  - Consumo de lipídeos e proteínas
  - Grande aporte de glicose
  - Aumento da insulina
  - Redução sérica de fosfato, potássio e magnésio
- **Tratamento**
  - Reintrodução alimentar lenta e progressiva: 10-20 kcal/kg/dia, com aumentos progressivos de ⅓ a cada 1-2 dias.

Previsão #7

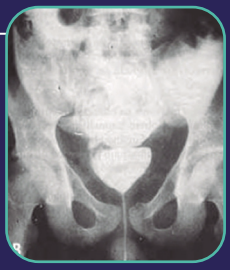
Indicações de suporte nutricional

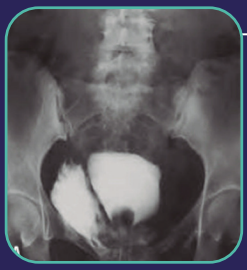
- ↓ 10-15% peso em seis meses ou > 5% em um mês
- AP de desnutrição ou doença crônica (associada a nutrição)
- Albumina sérica < 3 ou transferrina < 200 SEM inflamação, disfunção hepática ou renal
- IMC < 18,5 kg/m2
- Dificuldade de suprir necessidades calóricas no periop
- Perda sanguínea estimada > 500 mL
- Doenças catabólicas (grande queimado, pancreatite)

De olho na imagem

Lesão intraperitoneal

Rafia em 2 planos





Lesão extraperitoneal

Tratamento: SVD 14 dias

Pediatria

Aposta #1

RN que piora após iniciar a dieta: pense em erro inato do metabolismo!

Vômitos, recusa alimentar, letargia, convulsões ou deterioração clínica inexplicada devem levantar suspeita, sobretudo diante de hipoglicemia, acidose metabólica, hiperamonemia ou disfunção hepática. A apresentação pode simular sepse. Na crise metabólica, estabilize primeiro: suporte ABC, correção da hipoglicemia e dos distúrbios hidroeletrolíticos e investigação dirigida. Hiperamonemia é uma pista de alto valor e exige abordagem rápida.

Aposta #2

Vacina atrasada não significa esquema perdido!

Em geral, esquemas interrompidos devem ser continuados, considerando as doses válidas já recebidas. No PNI 2026, a meningocócica ACWY é o reforço preferencial aos 12 meses. Rotavírus tem limites etários específicos: atenção à idade da criança. Vacinas vivas atenuadas exigem avaliação especial na imunossupressão. Febre leve, uso de antibiótico e resfriado não são, isoladamente, motivos para adiar vacinação. Na prova, diferencie contraindicação verdadeira de falsa contraindicação.

Previsão #1

Exantema: a cronologia entrega o diagnóstico!

Sarampo: febre alta, tosse, coriza e conjuntivite precedem o exantema; manchas de Koplik reforçam o diagnóstico. Exantema súbito: febre alta por 3–5 dias e, após a defervescência, surge o exantema. Eritema infeccioso: "face esbofeteada" seguida de exantema rendilhado. Escarlatina: faringite, exantema áspero, linhas de Pastia e língua em framboesa. Na prova, relacione pródromos, padrão de disseminação e momento do aparecimento do exantema em relação à febre.

Previsão #2

Edema + alteração urinária? Separe nefrítica de nefrótica!

Síndrome nefrítica: hematúria, hipertensão, edema, oligúria e redução da TFG. Na glomerulonefrite pós-estreptocócica, procure infecção prévia e C3 reduzido, com normalização posterior; o tratamento é predominantemente de suporte. Síndrome nefrótica: proteinúria maciça, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia; na infância, a principal causa é doença por lesões mínimas. Hematúria + HAS aponta para nefrítica; proteinúria intensa + hipoalbuminemia, para nefrótica.

Previsão #3

Vômito no lactente: idade + característica definem o caminho!

Estenose hipertrófica do piloro: lactente jovem com vômitos pós-prandiais progressivos, em jato e não biliosos, mantendo fome após os episódios. A ultrassonografia confirma; corrija primeiro os distúrbios hidroeletrolíticos e depois realize piloromiotomia. Intussuscepção: dor abdominal paroxística, choro intenso, vômitos e períodos de aparente melhora; fezes em "geleia de morango" podem ocorrer, mas são tardias. Ultrassom pode mostrar sinal do alvo. Sem perfuração ou peritonite, a redução por enema é terapêutica.

Previsão #4

Sopro + cianose? Organize pela fisiologia!

Na CIV significativa, o hiperfluxo pulmonar causa taquipneia, sudorese às mamadas e baixo ganho ponderal após a queda da resistência vascular pulmonar. Na Tetralogia de Fallot, a obstrução da via de saída do ventrículo direito determina a gravidade da cianose. Crise hipercianótica: piora súbita da cianose, taquipneia e irritabilidade. A posição genupeitoral aumenta a resistência vascular sistêmica e reduz o shunt direita-esquerda. Relacione anatomia, fluxo pulmonar e apresentação clínica.

Previsão #5

Febre prolongada + alterações mucocutâneas? Pense em Kawasaki!

Febre por ≥5 dias associada a conjuntivite bilateral não purulenta, alterações de lábios e mucosa oral, exantema polimorfo, alterações de extremidades e linfadenopatia cervical sugere doença de Kawasaki. Nem todos os critérios precisam estar presentes nas formas incompletas. A principal preocupação é o acometimento coronariano. O tratamento com imunoglobulina intravenosa e AAS reduz o risco de aneurismas coronarianos.

Previsão #6

Baixa estatura: não olhe apenas um ponto da curva!

Avalie trajetória, velocidade de crescimento, estatura dos pais, puberdade e idade óssea. Na baixa estatura familiar, a velocidade costuma estar preservada e a idade óssea próxima da cronológica. No atraso constitucional, há maturação óssea e puberal tardias, geralmente com velocidade preservada. Queda da velocidade de crescimento é sinal de alerta, especialmente se acompanhada de ganho ponderal excessivo. A estatura-alvo familiar deve ser interpretada com canal de ±5 cm.

Previsão #7

Diarreia + anemia + plaquetopenia + lesão renal? Pense em SHU!

A forma típica ocorre principalmente após gastroenterite por bactéria produtora de toxina Shiga. A tríade clássica é anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e lesão renal aguda. Procure esquizócitos, aumento de LDH e redução da haptoglobina. O tratamento é predominantemente de suporte, com controle hidroeletrolítico, da pressão arterial e indicação de diálise quando necessária.

De olho na imagem

Calendário vacinal pelo PNI

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); Covid19 (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

Aposta #1

Sinal de gravidade (PAS ≥160 ou PAD ≥110, cefaleia, escotomas, epigastralgia, HELLP, iminência de eclâmpsia) = sulfato de magnésio. Zuspan: 4 g EV em 20 min + 1 g/h. Pritchard: 4 g EV + 10 g IM, depois 5 g IM 4/4 h. Manter se reflexo patelar presente, FR ≥16 e diurese ≥25 mL/h; intoxicação → gluconato de cálcio 1 g EV. Parto: 37 sem sem gravidade; 34 sem com gravidade.

Aposta #2

Perda aos esforços (tosse, espirro) sem urgência = IUE; diagnóstico clínico com teste de esforço. 1ª linha: fisioterapia do assoalho pélvico e perda de peso. Falhou → sling de uretra média (TVT/TOT), padrão cirúrgico. Urodinâmica é dispensável na IUE pura não complicada; reserve para mista, falha cirúrgica ou suspeita neurogênica. Urgência predominante → comportamental, não sling.

Previsão #1

MS: urina 1 + urocultura na 1ª consulta e ~30 sem; hepatite B rastreia por HBsAg, não anti-HBs. Se anti-HBs negativo e nunca vacinou: fazer vacina 3 doses. Vacinas vivas (tríplice viral, varicela) são contraindicadas; FA só em risco epidemiológico. Influenza e COVID-19 em qualquer trimestre; dTpa a partir das 20 sem em toda gestação, assim como vacina para VSR -> proteção é neonatal! DPP por Naegele: +7 dias e −3 meses (ou +9). Vacina contra VSR: ANVISA licencia a partir de 24 semanas, SBIm e SUS/PNI/FEBRASGO recomendam a partir de 28 semanas

Previsão #2

NIC 2/3 em ≥25 anos → EZT, via vaginal e ambulatorial. Histerectomia não trata lesão pré-invasiva: mesmo com carcinoma in situ na biópsia e mioma associado, a EZT vem antes para afastar invasão. Adenocarcinoma in situ em paciente com prole constituída é igual a histerectomia por doença ser multifocal. <25 anos com NIC 2: pode observar. DNA-HPV (MS): 25–64 anos, a cada 5 anos se negativo; HPV 16/18 → colposcopia; demais tipos → citologia reflexa. Se vier alteração na citologia reflexa → colposcopia. Se normal → repetir em 12 meses.

Previsão #3

Mola: hCG desproporcionalmente ALTO (nunca baixo), útero maior que a IG e sangramento vaginal intermitente, cistos tecaluteínicos que regridem após o esvaziamento molar (não precisa operar os cistos). Completa: 46,XX, sem embrião; parcial: triploide, com feto. Esvaziamento por vácuo (AMIU/aspiração); histerectomia é opção com prole completa. Seguimento com hCG seriado; platô ou ascensão = neoplasia trofoblástica. Contracepção hormonal sim, DIU não (risco de perfuração). Colo aberto = aborto inevitável ou incompleto; colo fechado = ameaça, retido ou completo.

Previsão #4

Sangramento vermelho-vivo, indolor e de repetição = PP: toque proscrito, confirmação por USG transvaginal. PP + cesárea anterior → rastrear acretismo e parir em centro de referência; diagnóstico de surpresa sem estrutura → extrair o feto longe da placenta e deixá-la in situ. Se PP sangrante = internar. Se sangramento intenso = parto! DPP traumático: diagnóstico clínico (útero hipertônico), USG tem baixa sensibilidade. DPP com feto vivo → via mais rápida, com amniotomia; feto morto → vaginal. Bandl--Frommel = iminência de rotura.

Previsão #5

No contraceptivo combinado, quem bloqueia o pico de LH é o progestagênio; o estrogênio suprime FSH e estabiliza o endométrio. Benefícios: ↓ câncer de ovário, endométrio e colorretal, dismenorreia, cistos funcionais — NÃO reduz vaginose, candidíase nem IST. História familiar de câncer de mama, adolescência, nuliparidade = categoria 1. Categoria 4: enxaqueca com aura, ≥35 anos e ≥15 cig/dia, PA ≥160/100, TEV. Cat. 3: ≥35 anos e <15 cig/dia, HAS controlada Adolescente: LARC com sigilo, sem exigir autorização dos pais.

Previsão #6

Profilaxia universal de HPP: ocitocina 10 UI IM após todo parto + clampeamento oportuno (1–3 min), tração controlada e massagem. Índice de choque = FC/PAS: ≥0,9 alerta; ≥1,4 grave, transfusão. Primeiro estabilize, depois busque a causa (4 Ts, tônus 1°). Ácido tranexâmico 1 g EV em até 3 h. Metilergometrina contraindicado se HAS. Cristaloide em bolus de 500 mL com reaval. Bakri age por tamponamento hidrostático, não libera droga. Depressão puerperal: rastreio ativo com escala validada. Blues fazer só suporte.

Previsão #7

Triplo negativo = RE−, RP− e HER2−: mais agressivo, mais em jovens, associado a BRCA1; não é sinônimo de carcinoma inflamatório. Microcalcificações suspeitas (BI--RADS 4) → biópsia por estereotaxia (a vácuo); nódulo visível ao US → core biopsy guiada por US. Rastreamento SUS (MS, set/2025): 50–74 anos, bienal; 40–49 com acesso garantido sem sintomas, por decisão compartilhada (paciente pode fazer). Derrame multiductal, espesso, esverdeado sugere ectasia ductal (paciente tabagista), só orientar; uniductal e espontâneo: investigar.

De olho na imagem



Útero de Couvelaire (apoplexia uteroplacentária): sangue do DPP infiltra o miométrio até a serosa — útero arroxeado, com sufusões hemorrágicas, flácido e hipotônico, visto na cesárea. Risco: atonia e HPP, somados à CIVD (fibrinogênio baixo). Não obriga histerectomia; primeiro uterotônicos, massagem, B-Lynch e ligaduras. Histerectomia só na atonia refratária.

Preventiva

Aposta #1

Rastreamentos de doenças crônicas (MS)

- **HAS:** A partir dos 3 anos, aferição da PA anual
- **Dislipidemia:** Homens ≥ 35 anos ou de 20 a 35 anos com alto risco cardiovascular, mulheres ≥ 20 anos se alto risco cardiovascular. Lipidograma a cada 5 anos
- **DM:** > 35 anos OU Qualquer idade, sobrepeso ou obesidade (IMC ≥ 25) e pelo menos um fator de risco. GJ ou HbA1c de 3 em 3 anos

Aposta #2

Rastreamentos de cânceres (MS)

- **CA de Mama:** 50 a 74 anos, mamografia de 2 em 2 anos
- **CA de Colo uterino:** 25 a 60 anos (se já tiver iniciado vida sexual). Pode se estender até os 64 anos se o teste anterior for aos 59 anos. DNA-HPV de 5 em 5 anos
- **CA de Colorretal:** 50 a 75 anos (ou até que a expectativa de vida seja > 10 anos). PSOF (FIT) de 2 em 2 anos. Se FIT positivo, fazer colonoscopia

Previsão #1

Indicadores de Morbimortalidade

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

$$\text{Mortalidade por causa específica} = \frac{\text{N° de óbitos pela causa X}}{\text{População total}} \times 1000$$

$$\text{Mortalidade proporcional por causa} = \frac{\text{N° de óbitos pela causa X}}{\text{Total de óbitos}} \times 100$$

$$\text{Letalidade} = \frac{\text{N° de óbitos por determinada doença}}{\text{N° de casos da doença}} \times 100$$

Previsão #2

Atributos da APS

- **Primeiro contato / Acesso:** Acessibilidade e utilização do serviço como fonte de cuidado a cada novo problema.
- **Longitudinalidade:** Atenção continuada
- **Integralidade:** Ver a pessoa como um todo. Oferecer o leque de serviços disponíveis na APS
- **Coordenação do cuidado:** Coordenação do cuidado do paciente entre os serviços por onde é atendido na rede
- **Orientação familiar:** Contemplar o contexto familiar
- **Orientação comunitária:** Conhecer quais problemas atingem a comunidade
- **Competência cultural:** Se adaptar às características culturais

Previsão #3

Endemia	A doença possui circulação ativa e sistemática na população. Possui incidência constante, permitindo sazonalidade. Mantém o padrão de normalidade
Epidemia	Número de casos da doença está elevado, para além do padrão de normalidade. Ultrapassa o limiar epidêmico de um diagrama de controle
Pandemia	É uma epidemia que ultrapassa barreiras geográficas e continentes
Surto	São uma ocorrência epidêmica em uma área geográfica delimitada ou em uma instituição. Os casos possuem vínculo epidemiológico entre si

Previsão #4

Níveis de prevenção

- **Primária:** Impedir o surgimento de uma doença em pessoa sadia. Promoção da saúde e proteção específica.
- **Secundária:** Garantir a melhor evolução clínica possível. Diagnóstico precoce, rastreamentos, tratamento imediato, prevenção de sequelas/invalidez.
- **Terciária:** Melhorar sequelas já existentes. Reabilitação e tratamento de sequelas.
- **Quaternária:** Evitar iatrogenias.
- **Quinquenária:** Evitar burnout em profissional de saúde.

Previsão #5

Prevenção primordial	• Evitar o surgimento de fatores de risco • Age de forma coletiva
Promoção da saúde	• Ações que agem nos condicionantes e determinantes sociais de saúde • Melhoram a saúde da pessoa como um todo
Proteção específica	• Ações para prevenir uma doença em específico no indivíduo

Previsão #6

Delineamento dos estudos

Observacional ou intervencionista	**Observacional:** estudo transversal, coorte, caso controle, estudo ecológico **Intervencionista:** ensaio clínico e ensaio comunitário
Longitudinal ou transversal	**Longitudinal:** ensaio clínico, ensaio comunitário, coorte, caso controle **Transversal:** estudo transversal, estudo ecológico
Agregado ou individual	**Agregado:** estudo ecológico, série temporal **Individual:** ensaio clínico, estudo transversal, coorte, caso controle

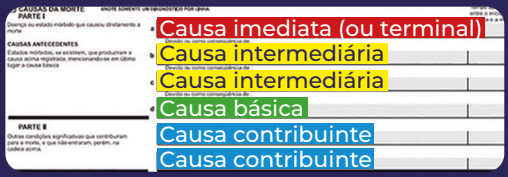
Previsão #7

Mecanismos de entrevistas

Fazer perguntas:	Evitar perguntas:
Abertas (ex: qual o motivo da consulta?) Focadas (ex: me conta um pouco mais sobre essa dor) Fechadas (ex: essa dor piora ao caminhar?)	Dirigidas (ex: essa dor piora ao caminhar, certo?) → enviesam a resposta Compostas (ex: me fale sobre sua rotina, sua família e seu trabalho) → confundem o paciente

De olho na imagem

Declaração de óbito



Causa imediata: Último evento que culminou na morte do paciente
Causas intermediárias: Complicações e eventos secundários à causa básica
Causa básica: A causa que iniciou a sucessão de eventos que levou ao óbito do paciente
Causas contribuintes: Condições que tenham influenciado desfavoravelmente, contribuindo para a morte, mas não relacionadas diretamente com a causa básica

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

51% **dos aprovados** *da PUC-SP são Medway*

13 **primeiros lugares** *da PUC-SP*

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*

Aprovados em Cirurgia Geral, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria, entre outras!



"Quero agradecer à Medway por ter sido essencial na minha preparação para a residência médica. Conquistar o 1° lugar em Dermatologia na PUC-SP só foi possível com método, direcionamento e constância. Além de todo conteúdo, o contato com os professores, sempre presentes para tirar dúvidas e apoiar, fez toda a diferença.Obrigada por fazerem parte desse sonho!"

Mariane de Castro Michielin
Aprovada em **1° lugar** em Dermatologia na **PUC-SP**
Aluna do Extensivo R1

"Foi a plataforma que orientou meu plano de estudo, confiei totalmente no cronograma proposto e o resultado foi atingido. Sai de 50% no início do quinto ano para 75% no final do sexto ano, possibilitando que eu concorresse as vagas desejadas."

Abel Efraim Martuscelli Neto
Aprovado em **3° lugar** em Ortopedia na **PUC-SP**
Aluno do Extensivo R1



Vai prestar R+?

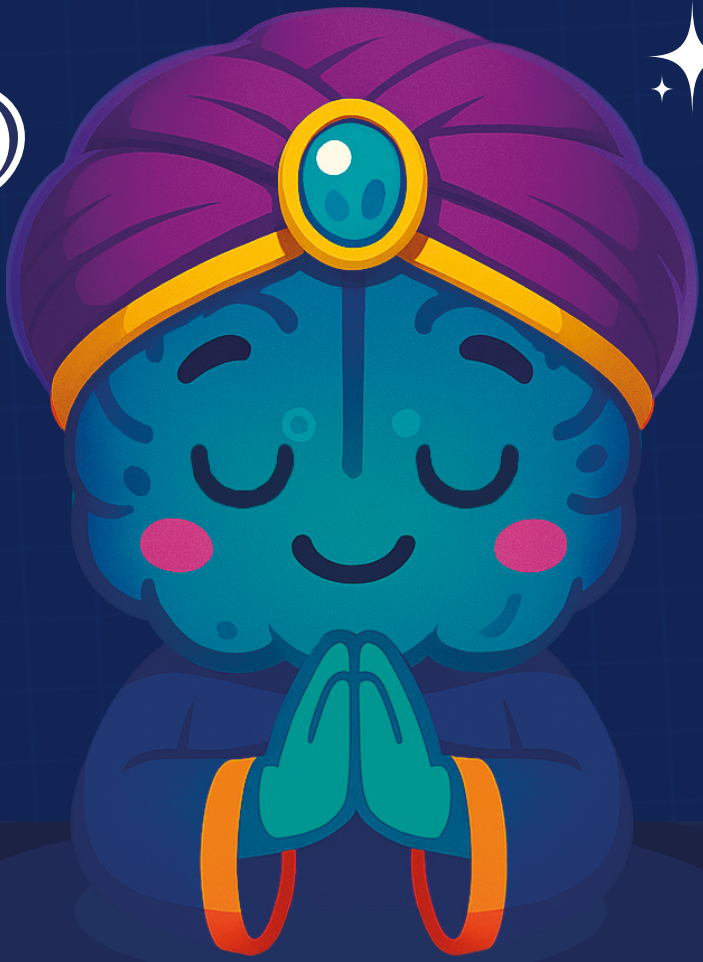
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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