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 **Unicamp**. 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



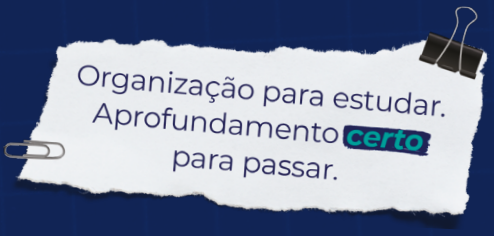
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Hanseniase

Forma de hanseníase	Tratamento
PB/MB	PQT: clofazimina, dapsona e rifampicina - 6 meses (PB)/12 meses (MB)
Neural pura	PQT + corticoide (redução de sequelas neurológicas)
Reação tipo 1	Corticoide + manter PQT
Reação tipo 2	Talidomida (se contraindicada, usar pentoxifilina) + PQT; associar corticoide se: acometimento ocular/testicular/neuropatia (se associar talidomida e corticoide, adicionar AAS 100 mg/dia)

Aposta #2

DRESS

- Síndrome de DRESS
  - Medicações clássicas: alopurinol, anticonvulsivantes aromáticos, betalactâmicos
  - Caso: 4-6 semanas após uso medicação → exantema, lesões infiltradas, linfocitose atípica + eosinofilia
  - Tratamento: suspender a droga; corticoide apenas se presença de LOA

Previsão #1

Diabetes

DM2 adulto recém-diagnosticado: avalie sintomas de insulinopenia

- DM2 oligo ou assintomático → Paciente estável: avalie o Risco Cardiorrenal (RCR)
- DM2 muito sintomático, perdendo peso → Terapia baseada em insulina (TBI) → Reavalie após estabilização → Paciente estável: avalie o Risco Cardiorrenal (RCR)

Paciente estável: avalie o Risco Cardiorrenal (RCR)

Inicie medidas de estilo de vida e metformina (se TFG ≥ 30 mL/min/1.73m2)

- RCR aumentado → Inicie iSGLT2 Independentemente da HbA1c
- RCR normal → Se HbA1c ≥ 7.5%: associar AD ou AD1

Previsão #2

Arritmias, síncope e PCR

- **Fibrilação atrial:**
  - **Estável:** controle de ritmo (opção: programar CVES - ACO 3 semanas antes e 4 semanas após) X FC (metoprolol, atenolol, deslanosídeo..)
  - **Instável pela FA:** CVES
  - Se amiloidose, cardiomiopatia hipertrófica ou FA valvar = anticoagular independente do CHA2DS2-VA!
  - **ACO de escolha =** DOAC; varfarina se: FA valvar, TFG < 30 ou SAF triplo +
  - **Dica:** na maioria das vezes, a instabilidade não é pela FA, e sim pela descompensação de base - trate a causa base antes de pensar em CVES!

Previsão #3

Artrites e Diagnósticos Diferenciais

- **Tratamento gota**

Monoartrite = Artrocentese

Gota (↑ácido úrico + fatores de risco)

- Tratamento
  - MEV + Suspender HCTZ + leves hipouricemiantes se possível (losartana, atorva, fenofibrato)
  - Crise aguda (controle dor): AINE / Colchicina / GC
    - Profilaxia 2ª: colchicina 0,5mg 2x/dia 3-6m
  - Hipouricemiantes
    - Indicação: Tofos / ≥ 2 crises ano / ≥ 1 crise debilitante / DRC
    - Objetivo: ácido úrico < 6.0mg/dL (< 5.0 se tofo)
    - Alopurinol (1ª op)

Previsão #4

Glomerulopatias e Tubulopatias

- **Síndrome nefrótica**
  - **Aumenta:** Alfa-2-microglobulina
  - **Reduz:** Albumina(hipovolemia relativa → ativa SRAA); Anti-trombina III (resistência à heparina); Proteína C e S (tendência a trombose -TVRenal, TVP, TEV...);TBG (hipotireoidismo);Proteína fixadora de vitamina D(HIPOcalcemia); Transferrina (Anemia ferropriva)

Previsão #5

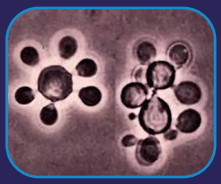
AVC

- **Controle de PA:**
  - **AVCi:** sem trombólise = até PA 220x120 mmHg / com trombólise = pré (manter <185x110 mmHg)/durante e após (manter <180x105 mmHg)
  - **AVCh:** alvo PAS < 140 mmHg

Previsão #6

Doenças Infectoparasitárias com Acometimento Dermatológico

- **Paracoccidioidomicose**
  - **Agente etiológico:** Paracoccidioides brasiliensis - fungo dimórfico ("roda de leme")
  - **Transmissão:** inalação do fungo (solo, vegetais) - meio rural, locais úmidos
  - **Acometimento mucoso:** lesões eritemato-infiltrativas, vegetantes, ulceradas - + frequente = cavidade oral (gengivas e palato)!
  - **Dica:** infiltração adrenal = insuficiência adrenal; pulmonar = infiltrado asa de borboleta
  - **Tratamento:** itraconazol 12 - 24 meses/sulfametoxazol-trimetoprim/anfotericina B





Previsão #7

Anemias e Hemoglobinopatias

Anemias			
Microcíticas e hipocrômicas	**Normocíticas e normocrômicas**	**Macrocíticas**	**Hipercrômica**
Ferropriva **(mais clássico)**	Ferropriva (inicialmente)	Megaloblastoses	Esferocitose hereditária
Doença crônica	Doença crônica **(mais clássico)**	Anemias hemolíticas **(mais clássico)** - (reticulocitose!)	AHAI (microesferócitos) - (reticulocitose!)
Sideroblástica	Anemias hemolíticas (reticulocitose!)	Etilismo crônico	
Talassemias (reticulocitose!)	Falciforme		
	Anemia Pós-OT		

De olho na imagem

Ramsay Hunt

- Complicações do zóster

Zóster oftálmico



Síndrome de Ramsay-Hunt





Cirurgia Geral

Aposta #1

TCE grave: o objetivo é evitar lesão cerebral secundária. Mantenha $SatO_2$ > 95%, normocapnia ($PaCO_2$ próxima de 35 mmHg), cabeceira a 30°, normotermia e glicemia entre 140-180 mg/dL. A pressão de perfusão cerebral é calculada por PPC = PAM - PIC e deve permanecer entre 60-70 mmHg. Se PAM baixa = **vasopressor**. Para controle da hipertensão intracraniana, prefira salina hipertônica no hipotenso; o manitol pode agravar a instabilidade. Corticóide não tem indicação no TCE

Aposta #2

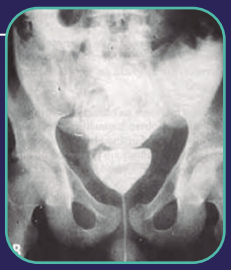
Disfagia progressiva, inicialmente para sólidos e depois para líquidos, associada a perda ponderal, deve levantar suspeita de **câncer de esôfago**. A endoscopia com biópsia confirma o diagnóstico. Adenocarcinoma -> DRGE e Barret / CEC -> etilismo e acalásia. Para estadiar, a ecoendoscopia: profundidade e linfonodos regionais, TC de tórax e abdome e/ou PET-CT: doença à distância. Lesões T1a: ressecção endoscópica; na doença localizada ressecável, o tratamento geralmente envolve terapia neoadjuvante seguida de esofagectomia.

Previsão #1

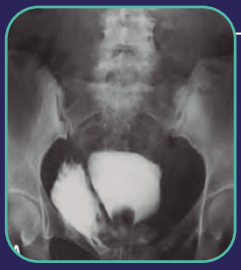
Doença	Atresia de esôfago	Estenose Hipertrófica de Piloro	Doença de Hirschsprung
Clínica	Polidrâmnio (antenatal) Hipersalivação, desconforto respiratório Tipo C (fístula distal) + comum	Vômitos em jato, não biliosos Oliva palpável	Não eliminação de mecônio > 48 horas Toque retal explosivo Diagnóstico biópsia retal
TTO	Investigação de anomalias associadas (VACTERL) Esofagoplastia + Ligadura da fístula Se não, esofagostomia + gastrostomia e posterior esofagocoloplastia	Piloromiotomia a Fredet-Ramsted	Cirurgia Abaixamento do cólon
Vínculo mental	SNG não progride	Vômitos em jato	Toque retal explosivo

Previsão #2

Lesão de **bexiga intra**peritoneal



Abordagem cirúrgica com sutura em 2 planos



Lesão de **bexiga extra**peritoneal

Tratamento: SVD 14 dias

Previsão #3

Doença	Imagem	Característica	Conduta
Hematoma epidural	Imagem biconvexa	**Intervalo Lúcido** Arterial: meníngea média	Drenagem rápida
Hematoma Subdural	Crescente 	Veias pontinas **Idosos/ etilistas**	Drenar? (No trauma, geralmente sim)
LAD	TC "normal"	**Dissociação clínico-radiológica**	Solicitar RNM (áreas de hipersinal em T2)
Contusão	Sangramento no parênquima	Mais comum em frontal / temporal	Vigilância/ repetir TC

Previsão #4

Na **doença arterial periférica crônica**, a claudicação é dor muscular ao esforço e aliviada pelo repouso. O tratamento inicial combina cessação do tabagismo, controle dos fatores de risco, caminhada supervisionada, AAS, estatina de alta potência e cilostazol, se não houver insuficiência cardíaca. Dor em repouso, lesão trófica, gangrena ou ITB < 0,4 sugerem isquemia ameaçadora do membro e indicam avaliação para revascularização. Na **obstrução aguda**, heparinize imediatamente e acione a cirurgia vascular (fonte costuma ser FA).

Previsão #5

Câncer de Próstata - Risco de PROGRESSÃO da doença: RISCO D'AMICO

Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
PSA<10 E	PSA 10-20 OU	PSA >20 OU
G<7 (ISUP 1) E	G 7 (ISUP 2 / 3) OU	G > 7 (ISUP 4-5) OU
T1-T2a (até ½ de um lobo)	T2b (+ ½ de um dos lobos)	T2C (ambos lobos)

OBS: T3-4 ou N+, com qualquer PSA/ISUP/G = doença localmente avançada → CO + TC TAP. Alto risco → CO + TC TAP

Previsão #6

Critérios para TNO no trauma abdominal contuso

- Ausência de indicações absolutas de laparotomia
- Ausência de coagulopatias ou uso de anticoagulantes
- Presença de UTI, arteriografia, cirurgia e banco de sangue prontamente disponíveis
- TC com contraste EV - classifica da lesão e avalia alterações vasculares
- Presença de blush = Tratamento endovascular

A estabilidade hemodinâmica é o critério principal e não o grau da lesão

Previsão #7

Na suspeita de apendicite: dor migratória para a fossa ilíaca direita, anorexia, náuseas, febre e blumberg +/rovsing +/psoas + se apêndice retrocecal. O escore de Alvarado soma migração da dor, anorexia, náuseas/vômitos, dor em FID, descompressão dolorosa, febre, leucocitose e desvio à esquerda. Alvarado <=4 tornam o diagnóstico menos provável; 5-6 pedem observação e TC; >=7 indicam cirurgia. Lembre-se: quadro clássico, sem laboratoriais já pontua 7.

De olho na imagem

Diferenças entre os tumores hepáticos

Características	Hemangiomas	HNF	Adenoma	CHC
Epidemiologia	Mulher	Mulher	Mulher (ACO e testosterona)	Cirróticos ↑ AFP
TC	Periférica centrípeta/globuliforme	Cicatriz central	Washout	Washout precoce
Complicação	Raro	Raro	Ruptura/ malignização	Ruptura rara
Conduta	Conservador	Conservador	Cirurgia: > 5 cm, homem, sintomáticos	Ressecção se lesão única e função hepática preservada. Transplante: critérios de milão: 1<5cm ou até 3<3cm

Pediatria

Aposta #1

PALS

	Técnica	Compressão e ventilação
1 socorrista	< 1 ano: 1 mão > 1 ano: convencional 2 mãos	30 compressões para 2 ventilações
2 socorristas	< 1 ano: 2 polegares > 1 ano: convencional 2 mãos	15 compressões para 2 ventilações

Aposta #2

Bronquiolite viral aguda

Hospitalizar se:

- < 3 meses
- Mau estado geral
- Não come / não bebe / não respira
- SO2 < 92% ou < 90%
- Prematuro

Previsão #1

Refluxo gastroesofágico do lactente

História e exame físico

↓

Sinais de alerta?

- Não → Manter aleitamento materno. Evitar overfeeding. Considerar uso de fórmula espessada (antirrefluxo)
- Sim → Investigar outras causas

↓

Teste terapêutico para APLV
Excluir proteína do leite de vaca da dieta materna ou substituir fórmula infantil por FEh ou FAA*

↓ Sem melhora

Considerar uso de supressão ácida por 4 - 8 semanas
Se não houver melhora: considerar diagnósticos diferenciais

Previsão #2

Reflexos primitivos:

- Reflexo de propulsão ou réptil→ desaparece com cerca de 1 mês
- Reflexo da marcha automática → desaparece até 2 meses
- Reflexo de sucção → desaparece até 2 meses
- Reflexo de busca→ desaparece de 3 a 4 meses
- Reflexo de Moro → desaparece de 4 a 6 meses
- Reflexo de preensão palmar →desaparece entre de 4-6 meses
- Reflexo tônico cervical assimétrico ou "esgrimista" →desaparece entre 4-6 meses
- Reflexo Gallant →desaparece entre 4-6 meses
- Reflexo cutâneo plantar de extensão (Babinski) → desaparece de 12 a 18 meses
- Preensão plantar →desaparece até 15 meses

Previsão #3

Pneumonias e Síndromes gripais

Pneumonia típica	Pneumonia atípica
S. pneumoniae principalmente	*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae*
Faixa etária	
Evolução rápida	Evolução arrastada
Febre alta	Febre baixa ou sem febre
Tosse produtiva	Tosse seca
Estertoração	Sibilos
Padrão lobar	Padrão intersticial
Derrame pleural, bronquiectasias, pneumatoceles	Efeitos sistêmicos (artralgia, anemia hemolítica, neurológicos)

Previsão #4

Vacinação do prematuro

Vacina	Compressão e ventilação
BCG	Peso > 2.000 g
Hepatite B	PN ≤ 2.000 g ou IG < 33 sem → 4 doses: com 0, 2, 4 e 6 meses
DTP	RNPT < 33 sem e/ou < 1.500 g → utilizar preferencialmente DTPa
Hib	RNPT devem receber reforço de HiB aos 15 meses

Sempre na idade cronológica

Previsão #5

Tratamento OMA

Otorreia = antibiótico

Sintoma graves = antibiótico

- Otalgia moderada/ grave ou > 48h
- Febre >/= 39 °C
- Imunodeficiência ou implante coclear

Idade	OMA Bilateral SEM Otorreia	OMA Unilateral SEM Otorreia
<6m	Antibiótico	Antibiótico
6m - 2a	Antibiótico	Antibiótico OU Observação
> 2 anos	ATB OU Observação	

1ª escolha: amoxicilina 50 mg/kg/dia

Se dor → + Analgésicos

Previsão #6

Fibrose cística: diagnóstico

Apresentação clínica sugestiva de FC
- Triagem neonatal **positiva**
- Sinais e/ou sintomas
- História familiar de FC

Dosagem de Cloro no suor

- ≥ 60 mmol/L → Diagnóstico de FC
- ≤ 29 mmol/L → FC improvável
- 30 - 59 mmol/L → Análise genética CFTR

Análise genética CFTR

- 2 mutações causadoras de FC → Diagnóstico de FC
- Genótipo de CFTR indefinido ou mutações MVCC → Testes da função de CFTR (NPD/ICM/Organoides)
- Nenhuma mutação CFTR → FC improvável

Testes da função de CFTR (NPD/ICM/Organoides)

- Disfunção de CFTR → Diagnóstico de FC
- Teste indisponível ou resultado indefinido → Diagnóstico de FC
- Função de CFTR preservada → FC improvável

De olho na imagem

Avaliação de vitalidade e clampeamento de cordão

- 2 perguntinhas:
  - Respirando ou chorando?
  - Tônus muscular em flexão?

Não para pelo menos uma das 2 perguntas

Má vitalidade ao nascer

Estímulo tátil no dorso ~ 15 segundos

- Respirou e tônus em flexão → Clampeamento ≥ 60 segundos após nascimento Colo materno
- Não respirou e/ou hipotônico → Ordenha de cordão → Clampeamento < 30 segundos após nascimento Mesa de reanimação

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Perfis Imunohistoquímicos da Mama

- **Luminal A:** RE+/RP+, HER2−, Ki67 <14% → HT (tamoxifeno na pré; IA/anastrozol na pós-menopausa)
- **Luminal B:** RE+, RP±, HER2−, Ki67 ≥14% → HT ± QT
- **Luminal híbrido:** RE+, RP±, HER2+, Ki67 qualquer → HT + anti-HER2 ± QT
- **HER2 puro:** RE−/RP−, HER2+ → anti-HER2 + QT
- **Triplo negativo:** RE−/RP−/HER2− → QT"

Aposta #2

Classificação de Lasmar: Avaliar STEP-W para miomas submucosos - prediz complexidade da miomectomia histeroscópica somando pontos nos seguintes critérios: tamanho (S - size), topografia (T - topography), extensão da base (E - extension), invasão do mioma no miométrio (P - penetration) e parede acometida (W - wall). A depender do score, fazemos a ressecção em um único tempo cirúrgico para valores mais baixos; ou em dois tempos / após aplicação de medicação (análogo de GnRH), para valores mais altos.

Previsão #1

Rastreamento de Câncer de Colo Uterino

- Rastreamento do câncer de colo uterino: população-alvo de 25 a 64 anos.
- **Citologia oncótica:** repetição anual até 2 exames negativos consecutivos, depois 3/3 anos. ASC-US repete em 12 meses se 25-29 anos, ou em 6 meses se ≥ 30 anos. LSIL repete em 6 meses se ≥ 25 anos. ASC-H, AGC, HSIL, carcinoma e AOI = colposcopia.
- **DNA-HPV:** repetição a cada 5 anos, se negativo. Se 16/18 positivo: colposcopia direta (maior risco oncogênico, ~70% das lesões precursoras). Se outros oncogênicos (não-16/18): citologia reflexa na mesma amostra → se alterada, colposcopia; se normal, repetir DNA-HPV em 1 ano.
- **Populações especiais:** imunossuprimidas (HIV, transplantadas, oncológicas) iniciam na sexarca, independente da idade. Qualquer DNA-HPV+ nessa população = colposcopia. Se negativo, seguimento de 3/3 anos.
- **Vacinação HPV** (PNI): 9-14 anos, dose única. Imunocomprometidos/PVHIV: 9-45 anos, 3 doses (0-2-6 meses). Violência sexual: dose única 2-9 anos (não considerar para PNI); 9 a 14 anos: duas doses (0 e 6m); 15 a 45 anos: 3 doses (0, 2 e 6m). NIC2+: 3 doses, até um ano após EZT.

Previsão #2

Assistência ao Parto

- **Índice de Bishop:** avalia a maturidade cervical antes da indução — dilatação, apagamento, consistência, posição do colo e altura da apresentação (escore 0-13). Bishop ≥ 9 (colo favorável): indução com ocitocina. Bishop ≤ 6 (desfavorável): preparo cervical prévio com misoprostol (contraindicado em cesárea anterior/cicatriz não-segmentar) ou método mecânico (balão de Krause/Foley), só então ocitocina.
- **Fórceps:** exige dilatação total, insinuação (plano ≥+2 De Lee), bolsa rota e sem desproporção céfalo-pélvica; indicado em expulsivo prolongado ou sofrimento fetal agudo — via mais rápida que a cesárea nesse cenário (fetos baixos); risco de laceração perineal e lesão de nervo facial no RN.
- **Partograma:** fase ativa com dilatação ≥ 4-5 cm e contrações regulares; distócias (fase ativa prolongada, parada de dilatação/descida) exigem avaliar bem-estar fetal e DU antes de ocitocina/cesárea.
- **3º/4º períodos:** manejo ativo e vigilância de Greenberg reduzem hemorragia pós-parto. Ocitocina 10UI profilática

Previsão #3

Contracepção

- **LARCs** (implante e DIU de cobre/LNG): maior eficácia, sem depender de adesão diária, indicados como 1ª linha na maioria dos cenários.
- **Hormonais combinados** — Categoria 4 (contraindicação absoluta): enxaqueca com aura, tabagismo ≥ 35 anos, TEV prévio/atual, HAS descontrolada com múltiplas classes, câncer de mama. Alternativa (exceto para câncer): progestagênio isolado (injetável, implante) ou LARC. SOMP + HAS descontrolada: priorizar progestagênio isolado com efeito antiandrogênico (ex. drospirenona) ou DIU-LNG.
- **Pós-parto:** progestágenos (compatíveis com lactação) e DIU de cobre.
- **Emergência:** levonorgestrel até 72h ou DIU de cobre até 5 dias.
- **Anticonvulsivantes:** único seguro com todos os métodos é o ácido valpróico (não é indutor enzimático).
- **Agonistas GLP-1** (ex. tirzepatida): lentificam o esvaziamento gástrico, reduzindo em até 20% a absorção de contraceptivos orais — preferir métodos não orais (injetável, implante, DIU, adesivo).

Previsão #4

Síndromes Hipertensivas na Gravidez

HAC (PA elevada antes de 20 semanas), hipertensão gestacional (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). HELLP (LDH > 600, esquizócitos+, AST/ALT ≥ 70, PLT < 100.000) e eclâmpsia (convulsão), crise hipertensiva (PAS≥160 e/ou PAD≥110) e iminência de eclâmpsia são as formas mais graves (PE com sinais de gravidade) → sulfato de magnésio! Prevenção: AAS 100mg/d, da 12-36ª semana; atividade física (≥140min/semana) e dieta também reduzem o risco. PlGF isolado baixo OU relação sFLt-1/PlGF alta = alto risco!

Previsão #5

Climatério

TH: indicada para fogachos moderados/intensos, em mulheres <60 anos OU até 10 anos da menopausa (janela de oportunidade). Pacientes com útero precisam de progestágeno associado (proteção endometrial); histerectomizadas podem usar estrogênio isolado — exceto se histerectomia por endometriose, quando se mantém a TH combinada. Contraindicações absolutas: CA de mama atual, TEV, AVC/IAM, sangramento genital não investigado, doença hepática ativa. Lúpus deixou de ser contraindicação absoluta. DIU-LNG (Mirena) pode compor a proteção endometrial da TH. Fezolinetanto: antagonista NK3, não hormonal, alternativa para fogachos quando há contraindicação à TH — não trata atrofia vaginal/síndrome genitourinária (estrogênio tópico) nem perda óssea.

Previsão #6

Amenorreias e SOMP

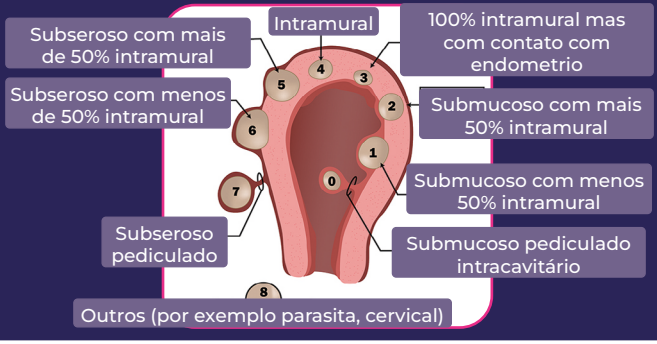
Amenorreia primária: 13 anos sem caracteres OU 15 anos com caracteres sexuais secundários. Sem útero: agenesia mülleriana (cariótipo XX) ou insensibilidade androgênica (XY). Com útero: dosar FSH — FSH alto indica causa gonadal (disgenesia gonadal, ex. Turner); FSH baixo indica causa central. Secundária: FSH, PRL, TSH, 17OHP. FSH baixo: hipotalâmica/hipofisária (ex. Kallmann, amenorreia hipotalâmica funcional); PRL alta: hiperprolactinemia (adenoma, drogas, hipotireoidismo); FSH normal: SOMP → critérios de Rotterdam (2 de 3: anovulação/oligoanovulação, hiperandrogenismo clínico/laboratorial, ovários policísticos à USG - >20 folículos ou volume >10cm³), sempre excluindo outras causas antes de fechar; é diagnóstico de exclusão.

Previsão #7

Sangramentos da Segunda Metade da Gravidez

Placenta prévia: recobre total/parcialmente o OI do colo (só definida ≥28 semanas); sangramento indolor, recorrente, vermelho vivo. Jamais fazer toque vaginal na suspeita — USTV: diagnóstico. DPP: descolamento antes da expulsão fetal e após 20 semanas; dor, hipertonia uterina, sangramento escuro, SFA; associado a hipertensão, drogas (cocaína) e trauma. Acretismo placentário: acreta (adere ao miométrio sem invadir), increta (invade o miométrio) e percreta (ultrapassa a serosa/invade órgãos adjacentes) — fatores de risco: cesárea anterior, cirurgias uterinas prévias. Diagnóstico é clínico/USG; conduta prioriza estabilidade materna, com histerectomia.

De olho na imagem



Miomas submucosos — elegíveis à miomectomia histeroscópica e, portanto, candidatos ao score STEP-W (*size, topography, extension, penetration - wall*)

Preventiva

Aposta #1

4 etapas do PTS

- **Diagnóstico:** Identificação dos problemas e riscos, avaliando o indivíduo como um todo
- **Definição de metas:** Propostas que devem ser negociadas com o paciente
- **Divisão de responsabilidade:** Cada envolvido no caso recebe as tarefas correspondentes a sua área de atuação
- **Reavaliação:** Um profissional é nomeado como coordenador do PTS. Ele convoca a reavaliação do caso e, se necessário, muda a estratégia

Aposta #2

Suspeita de tuberculose

- Sintomático respiratório: tosse a pelo menos 3 semanas. Para alguns grupos (HIV / Situação de Rua / Privação de Liberdade), tosse por qualquer tempo
- Conduta: Solicitar baciloscopia de escarro

Previsão #1

Silicoses

Doença	Composto	Ocupação
Asbestose	Asbesto ou amianto	Telhas, caixa d'água etc
Silicose	Sílica	Mineração, construção civil, cerâmica, jateamento de areia
Antracose	Poeira do carvão mineral	Mineração de carvão
Siderose	Poeira de óxido de ferro	Solda
Beriliose	Berílio	Indústria aeroespacial Reatores nucleares
Bissinose	Fibras de algodão e linho	Indústria têxtil

Previsão #2

Princípios do SUS

- **Universalidade:** todos têm direito à assistência à saúde
- **Equidade:** priorizar os mais vulneráveis, para garantir igualdade
- **Integralidade:** ofertar cuidado integral em todos os níveis de atenção
- **Descentralização e comando único:** retirar o poder da União e distribuir para estados e municípios
- **Regionalização:** organização dos serviços a partir do território
- **Hierarquização:** rede deve se organizar em níveis crescentes de complexidade
- **Participação popular:** participação da população na formulação da política, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde

Previsão #3

Intoxicação por carbamatos e organofosforados

- **Quadro agudo:** Síndrome colinérgica com efeitos muscarínicos (aumento de secreções glandulares e brônquicas) se sobrepondo aos nicotínicos (fraqueza muscular, paralisia, insuficiência respiratória)
- **Quadro crônico:** Neuropatia periférica e distúrbios neuropsiquiátricos
- **Biomarcador (organofosforado)**
  - **Contato a longo prazo:** Cholinesterase verdadeira / Cholinesterase eritrocitária / Dosagem de acetilcolinesterase
  - **Contato a curto prazo:** Butilcolinesterase / pseudocolinesterase / colinesterase plasmática ou sérica
- **Antídoto** específico para efeitos muscarínicos graves: atropina

Previsão #4

Diretrizes da PNH

- **Acolhimento:** Escuta qualificada, estratificação de risco, vínculo/confiança
- **Gestão participativa e cogestão:** Comissões colegiadas
- **Ambiência:** Espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis
- **Clínica Ampliada e Compartilhada:** Visão integral do indivíduo, estimulando a decisão compartilhada
- **Valorização do Trabalhador:** Incluí-los na tomada de decisões
- **Defesa dos Direitos do Usuário:** Os serviços devem incentivar o conhecimento pelos usuários e assegurar que sejam cumpridos

Previsão #5

Delineamento dos estudos

Ecológico	Observacional - Agregada - Transversal
Série temporal	Observacional - Agregada - Longitudinal
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 #6

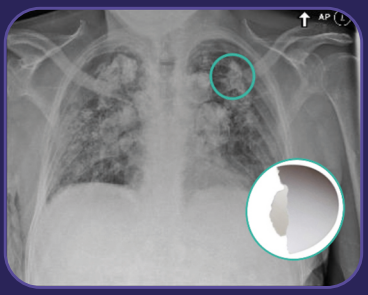
Níveis de prevenção

- **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 #7

Média	Soma de todos os valores dividido pela quantidade de valores na sequência Muito afetada por valores extremos
Moda	O valor que mais aparece Não é afetada por valores extremos
Mediana	É o valor mais central da sequência Não é afetada por valores extremos

De olho na imagem



Pneumoconioses

Imagem com padrão fibrótico e retículo-nodular, compatível com Silicose e Asbestose. Na imagem, há a presença de linfonodo em casca de ovo, padrão comum da Silicose

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

57% dos **aprovados Unicamp** são Medway

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"Conquistar a aprovação em Genética Médica em 1° lugar na Unicamp e USP-RP foi fruto de muito esforço através de um direcionamento padrão-ouro. A Medway fez algo que parecia tão distante ser possível. Todo o meu agradecimento aos professores, sempre tão presentes e atenciosos!"

Beatriz Carvalho de Oliveira
Aprovada em **1° lugar em Genética Médica na Unicamp**

"Hoje eu comemoro uma conquista enorme e a Medway foi parte fundamental desse processo. A plataforma, as aulas, o banco de questões e a forma objetiva de direcionar o estudo fizeram muita diferença na minha evolução ao longo do ano. Obrigada por entregarem um preparo consistente e por ajudarem a transformar esforço em resultado!"

Sarah Domingos de Oliveira
Aprovada em **1° lugar em Clínica Médica na Unicamp**





"A Medway me ajudou muito ao longo de toda a trajetória, desde a aquisição de conhecimento detalhado pelas aulas e flashcards, até a prática orientada por ordem de prioridade de acordo com minhas instituições de interesse, de forma altamente direcionada e eficiente."

Eduardo Cavicchioli Serra
Aprovado em **1° lugar em Neurocirurgia na Unicamp**

Vai prestar R+?

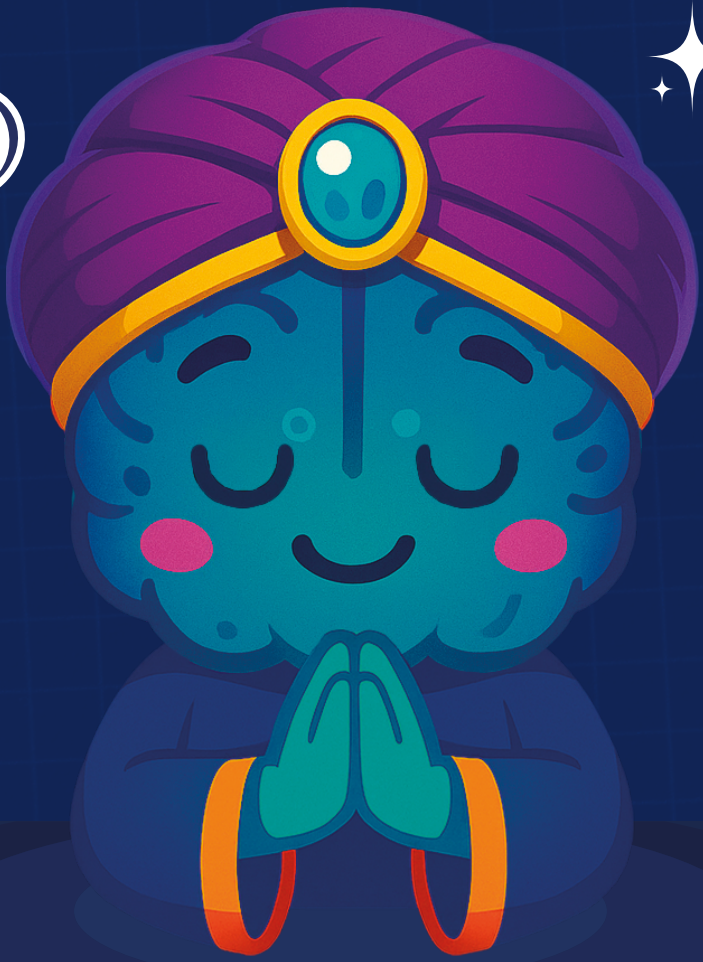
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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