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 **USP-RP**. 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**



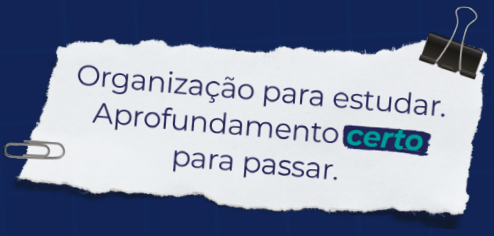
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

**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

**Zóster**

- **Complicações de zóster**
  - **Síndrome de Ramsay-Hunt** = comprometimento do gânglio geniculado do nervo facial = paralisia facial + vesículas + sintomas auditivos




## Aposta #2

**ICFEP**

Manejo dos pacientes com ICFEp

| Diuréticos | iSGLT2 dapagliflozina ou empagliflozina | ARM: Finerenona ou espironolactona | Manejar comorbidades Obesidade: tirzepatida ou semaglutida |
|---|---|---|---|

## Previsão #1

**IC**

- **IC direita:** lembrar de pericardite!

| | |
|---|---|
| **Pericardite constritiva transitória** | Padrão reversível de constrição<br>**Tratamento: espontâneo ou AINEs** |
| **Pericardite efusivo constritiva** | Derrame pericárdico + pericardite constritiva. Falha da pressão atrial direita em cair 50% ou atingir <10 mmHg após pericardiocentese.<br>**Tratamento: pericardiocentese - Cirurgia se casos persistentes** |
| **Pericardite constritiva crônica** | Constrição persistente após 3–6 meses.<br>**Tratamento: pericardiectomia** |

## Previsão #2

**Artrites**

- **Osteoartrite: dor mecânica**
  - **Clínica:** > 45 anos + dor mecânica (± rigidez < 30 min)
    - Rx: redução assimétrica de espaço articular, osteófitos, cistos subcondrais
    - OA mãos: Rizartrose, Heberden, Bouchard
    - OA joelhos: obesidade
  - **Tratamento**
    - MEV (↓peso, musculação, alinhamento articular)
    - AINE (sistêmico, tópico)
    - Cirurgia

## Previsão #3

**Distúrbios obstrutivos**

| Indicações de O2 domiciliar no DPOC |
|---|
| SatO2 ≤ 88% |
| ou |
| PaO2 ≤ 55 mmHg |
| ou |
| PaO2 56-59 ou SatO2 89%<br>+<br>Cor pulmonale ou hematócrito > 55% |

## Previsão #4

### Infectoparasitárias

| 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) |

## Previsão #5

### Anemias

| | |
|---|---|
| Anemia macrocítica | Se pancitopenia = lembrar de em B12, SMD e anemia aplástica (jovem, sem displasia, causa idiopática/imune) |
| Ferropriva | IST < 15% é a chave → ferropenia |
| STA | Evitar hiperhidratação<br>Analgesia potente |

## Previsão #6

### Diabetes

| CAD euglicêmica | Inibidores do SGLT2 |
|---|---|
| Mecanismo | ↑ glicosúria → ↓ excreção insulina ↑ ácidos graxos livres e corpos cetônicos |
| Características | Pessoas com DM 1 ou 2 + fatores precipitantes: Doença aguda, cirurgia, desidratação, ingestão de álcool |
| Tratamento | Suspender ISGLT2<br>Reposição de fluido<br>Insulina IV<br>Glicose IV |

## Previsão #7

### Oncohemato

- **Tratamento neutropenia febril:**
  - MASSC escore ≥ 21pt → baixo risco: 1ª dose ATB IV intrahospitalar + alta com amoxicilina-clavulanato e ciprofloxacino (opções: levofloxacino ou clindamicina) + retorno em hospital-dia
  - MASSC escore < 21pt → alto risco: cefepime/meropenem/piperacilina-tazobactam (não indicar ertapenem de rotina!)

## De olho na imagem

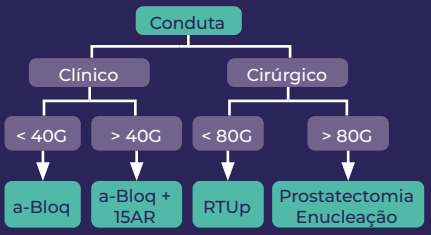
**Esporotricose = nódulos ulcerativos + linfangite em rosário → tratamento = itraconazol 12-18 meses**



# Cirurgia Geral

## Aposta #1

### Hiperplasia Prostática Benigna




## Aposta #2

### Massas cervicais

**Achei o sítio primário**
Cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, entre outros ...

→ Biopsia incisional do tumor primário

**Não achei o sítio primário**

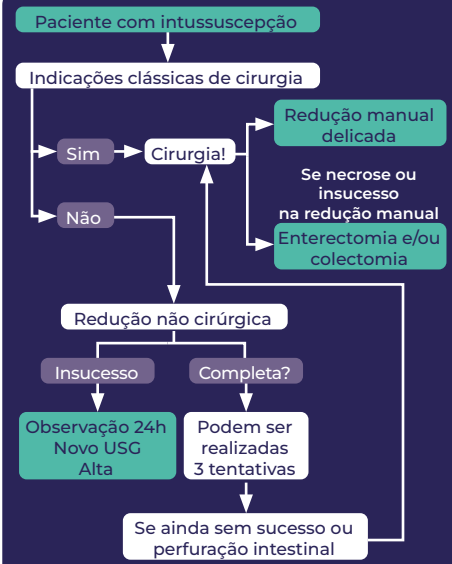
→ Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) da massa cervical

Biópsia aberta da massa cervical é sempre a **última** opção !!!

## Previsão #1

| Doença | Clínica | Tratamento | Vínculo mental |
|---|---|---|---|
| Atresia de esôfago | Polidrâmnio (antenatal)<br>**Hipersalivação,** desconforto respiratório (pós-natal)<br>Tipo C (fístula distal) + comum | Investigação de anomalias associadas (VACTERL)<br>Esofagoplastia + Ligadura da fístula<br>Se não for possível, esofagostomia + gastrostomia e posterior esofagocoloplastia | SNG não progride |
| Estenose Hipertrófica de Piloro (EHP) | **Vômitos em jato, não biliosos**<br>Oliva palpável na região epigástrica | Piloromiotomia a Fredet-Ramsted | Vômitos em jato |
| Atresia Duodenal | Polidrâmnio (antenatal)<br>Obstrução alta (pós-natal)<br>- **vômitos geralmente biliosos**<br>Sinal da dupla bolha (Rx, EED, USG...) | Duodeno-duodenostomia em diamante | DUOdenal = DUAS bolhas |

## Previsão #2




## Previsão #3

### Escroto agudo

| | Torção testicular | Orquiepididimite |
|---|---|---|
| Clínica | Pacientes jovens; Dor súbita; Ausência de reflexo cremastérico; Sinais: Angel: testículo horizontalizado; Brunzel: testículo elevado | Dor, edema, hiperemia testicular; Sinal de Prehn + → alívio da dor com elevação testicular; Adultos: N. gonorrhoeae e C. trachomatis; Idoso: E. coli |
| Diagnóstico | USG Doppler de bolsa escrotal → sem fluxo; Idealmente em até 6h!; Não atrasar tratamento definitivo; Lesão testicular depende do tempo e grau da torção | USG Doppler testicular: aumento de fluxo; Urocultura / swab uretral |
| Tratamento | Exploração testicular → distorcer, aquecer e avaliar viabilidade; Viável: orquidopexia bilateral; Inviável: orquiectomia + orquidopexia contralateral | ATB: Ceftriaxona D.U. + doxiciclina 10-14d; Suspensório ("Prehn"); AINEs |

## Previsão #4

**Enxerto x Retalho**

| | Enxerto | Retalho |
|---|---|---|
| Vascularização | Dependente do leito receptor | Própria |
| Exemplo clássico | Queimados | Úlcera de pressão |
| Causas de falha | Hematoma (principal); Cisalhamento; Infecção; Vascularização insuficiente; Comorbidades | Comprometimento vascular |
| Limitações | Leito receptor desvascularizado; Exposição de estruturas nobres; Áreas de apoio | Maior dificuldade técnica; Maior tempo operatório |
| Vantagem | Simplicidade; Baixa morbidade de área doadora | Variabilidade |

## Previsão #5

**Massas inguinais na infância:**

- **Hérnia Inguinal:** Apresenta-se como um abaulamento inguinal redutível à manobra manual ou que surge/aumenta quando a criança chora ou faz esforço
- **Hidrocele Comunicante:** O volume costuma variar ao longo do dia (menor pela manhã e maior após períodos de atividade), pois o líquido flui através do conduto peritônio-vaginal patente
- **Hidrocele Não Comunicante:** Caracteriza-se por um aumento de volume de consistência cística que não apresenta variação de volume ao longo do dia

## Previsão #6

**Melanoma**

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



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

## Previsão #7

**Úlceras vasculares**

Antes de desbridar, sempre **assegurar uma perfusão adequada!**

Membro com comprometimento arterial → Aguardar pela revascularização, se indicada

Membro vascularizado → Esperar a necrose se delimitar naturalmente

Se sinais de infecção = desbridamento e controle da infecção

## De olho na imagem

**Intussuscepção intestinal**

Dor no quadrante inferior direito

Estratificação de risco por escores → Baixo risco de acordo com AIR, AAS ou PAS

Diagnóstico provável de apendicite aguda de acordo com AIR, AAS ou PAS

Imagem: US (jovens) vs tomografia de baixa dose (adultos, obesos) vs US/RM (gestantes)* → Outras causas de dor no quadrante inferior direito

- Apendicite aguda não complicada → Decisão compartilhada
  - Manejo não operatório → Sem apendicectomia de intervalo
  - Apendicectomia laparoscópica (imediata se perfuração) → Não complicada: antibióticos em dose única
- Gangrena/perfuração → Apendicectomia laparoscópica (imediata se perfuração) → Complicada: antibióticos de curta duração (2-3 dias)
- Abscesso
  - Idade < 35 anos → Apendicectomia laparoscópica (imediata se perfuração)
  - Idade ≥ 35 anos → Manejo não operatório seguido de apendicectomia de intervalo (6-12 semanas)

# Pediatria

## Aposta #1

**Prevenção do VSR**

- **Abrysvo:** vacina → imunização ativa materna, 1 dose em cada gestação, SUS: a partir da 28° semana de gestação (atenção: pela bula é liberada de 24-36 semanas)
- **Nirsevimabe:** anticorpo monoclonal → imunização passiva do bebê, dose única; no SUS direcionado aos grupos pediátricos elegíveis.

## Aposta #2

**Baixa Estatura:**

1. É Baixa estatura mesmo? (<p3)
2. Avaliar VC
3. VC Normal - BE Familiar (IO = IC, estatura alvo baixa) x RCCP (IO < IC)
4. VC Baixa - Desproporcional (Displasia óssea) x Proporcional (Endocrinopatia, genético)

## Previsão #1

**Os dez sinais de alerta para erros inatos da imunidade**

1. História familiar de erro inato da imunidade ou consanguinidade;
2. Infecções com frequência aumentada para a faixa etária e/ou de curso prolongado ou não esperado e/ ou por microrganismos não usuais ou oportunistas;
3. Diarreia crônica de início precoce;
4. Quadros alérgicos graves;
5. Eventos adversos não usuais a vacinas atenuadas (BCG, febre amarela, rotavírus, tetra viral);
6. Características sindrômicas;
7. Déficit do crescimento;
8. Febre recorrente ou persistente, sem identificação de agente infeccioso ou malignidade;
9. Manifestações precoces e/ou combinadas de autoimunidade, em especial citopenias ou endocrinopatias;
10. Malignidades precoces, incomuns e/ou recorrentes.

## Previsão #2

**Contraindicações a imunizantes específicos**

| Vacina | Contraindicar |
|---|---|
| BCG | Peso <2 kg; RN contactante de TB bacilífera; imunodeficiência |
| Febre amarela | <6 meses; imunossuprimidos; História pregressa de doenças do timo |
| DTP | Eventos adversos graves: Episódio hipotônico-hiporresponsivo (substituir pela DTPa), convulsões (substituir pela DTPa) e encefalopatia aguda nos primeiros sete dias após a vacinação (substituir pela DT) |
| Vacinas vivas | Tratamento imunossupressor (Corticoide dose ≥ 20mg/dia ou > 2 mg/kg/dia por ≥ 14 dias), Erro inato da imunidade, Administração de imunoglobulina ou sangue e derivados, Gestante |

## Previsão #3

**Crescimento e Desenvolvimento**

- **2 meses** - Sorriso social, segue objetos com os olhos
- **4 meses** - Sustenta a cabeça sem apoio, segura objetos
- **6 meses** - Rola no leito com facilidade, senta com apoio
- **9 meses** - Senta sem apoio, transmite objetos de uma mão para outra
- **12 meses** - Bate palmas, caminha com apoio
- **15 meses** - Primeiras palavras, 1° passos sem apoio
- **18 meses** - Anda sem apoio
- **24 meses** - Corre, sobe escada, formula frases

## Previsão #4

### Ataque de Asma no PS

| Gravidade | Conduta Imediata |
|---|---|
| Leve | SABA inalatório; reavaliar em 30–60 min. |
| Moderada | SABA a cada 20–30 min (até 3 doses) + ipratrópio + corticoide sistêmico. |
| Grave | SABA + ipratrópio + $O_2$ + corticoide sistêmico; considerar $MgSO_4$ IV se refratária. |

Obs.: $SatO_2$ alvo $SpO_2$ 92–95% (> 6 anos) e ≥92% (≤ 5 anos).

## Previsão #5

### Nutrição

- **Aleitamento Materno:** Exclusivo até 6 meses; manter até 2 anos ou mais
- **Introdução Alimentar:** Aos 6 meses, considerando prontidão do desenvolvimento
- **Prematuridade:** Avaliar idade corrigida e prontidão para introdução alimentar.
- **Fórmula infantil:** Necessidade energética aproximada de 100 kcal/kg/dia nos primeiros meses.

## Previsão #6

### Doenças Exantemáticas

Kawasaki:

- **Diagnóstico:** Febre ≥5 dias + ≥4 critérios: conjuntivite bilateral não purulenta, alterações orais, exantema, alterações de extremidades e linfonodomegalia cervical
- Sempre solicitar Ecocardiograma
- **Tratamento:** Imunoglobulina 2g/Kg + AAS (dose moderada-alta durante fase febril > após 48hrs afebril dose baixa)

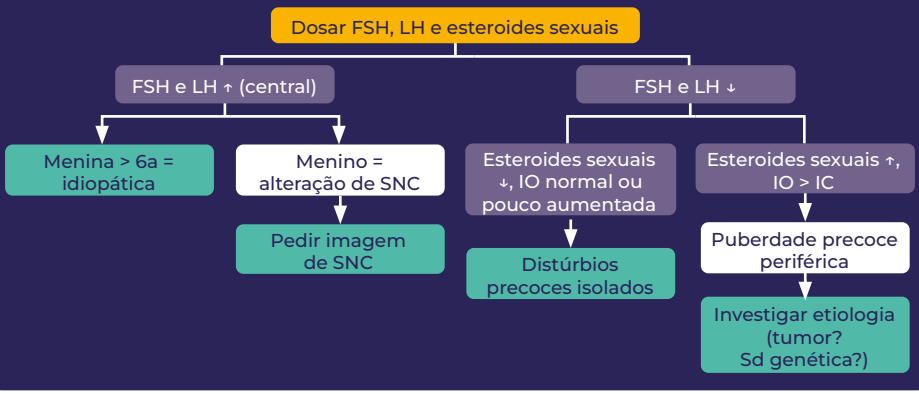
## Previsão #7

### Variantes da Normalidade - Puberdade

- **Telarca Precoce:** Desenvolvimento mamário M2 na ausência de outros sinais de puberdade em meninas < 8 anos | Sem aceleração da VC | Exames: LH, FSH e esteróides sexuais ↓
- **Pubarca Precoce:** Aparecimento isolado de pelos (P2/P3) na ausência de outros sinais de puberdade ou virilização (< 8a em meninas e < 9a em meninos) | Ativação adrenal --> Aumento do S-DHEA | Sem aceleração de VC

## De olho na imagem

### Puberdade Precoce



# Ginecologia e Obstetrícia

## Aposta #1

### PALM-COEIN

SUA agudo: 1ª linha é tripé com estrogênio (reepitelização), ácido tranexâmico (hemostasia) e/ou AINEs (vasoconstrição). Classificação de Lasmar (STEP-W) → complexidade da miomectomia histeroscópica de submucosos: baixa (score 0-4) → histeroscopia em tempo único; moderada (5-6) → dois tempos cirúrgicos ou pré-tratamento com GnRH; alta (7-9) → considerar via alternativa (laparotomia/laparoscopia).

## Aposta #2

### Climatério

TH: sintomas climatéricos, como fogachos moderados/intensos; janela de oportunidade → mulheres <60 anos ou até 10 anos da menopausa. Avaliar contraindicações (CA de mama, TEV, AVC/IAM, sangramento genital não investigado). Fezolinetanto (Veoza, ANVISA 2026): antagonista do receptor de neurocinina-3, ação hipotalâmica; alternativa não hormonal em quem tem contraindicação à TH — não trata perda óssea nem atrofia vaginal.

## Previsão #1

### Assistência ao Parto

- 1o período: fase ativa; dilatação com contrações regulares.
- 2o período: expulsivo → avaliação de distocias (alterações de partograma: atenção às paradas de dilatação e descida).
  - Fórceps: dilatação total, insinuação (plano ≥+2 De Lee), bolsa rota feto vivo, bexiga vazia, analgesia, prova de tração positiva;
  - Simpson → tração e rotação até 45o; Kielland → rotações até 135o; Piper → pélvico.
- 3o período: dequitação – profilaxia de hemorragia (ocitocina, tração controlada do cordão).
- 4o período: Greenberg → vigilância de sangramentos.

## Previsão #2

### Contracepção

Hormonais combinados são categoria 4: enxaqueca com aura, tabagismo ≥ 35 anos, TEV prévio — trocar para progestagênio isolado (injetável trimestral, implante) ou LARC (DIU de cobre/LNG) → assim como na transição menopausal (maior perfil de segurança). Em uso de anticonvulsivantes? Único que pode com tudo → ácido valpróico. Se uso de “canetas emagrecedoras” (agonistas GLP-1) → evitar VO (adesivo, anel, injetável, implante ou DIU). Sangramento desfavorável: EE 30mcg ou noretisterona 10mg por alguns dias.

## Previsão #3

### Amenorreias e SOP/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 #4

### Rastreamento de Câncer de Colo Uterino

- Coletar de 25 a 64 anos.
  - Citologia oncótica: trienal. 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: 5/5 anos. 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.
- Imunossuprimidas: iniciar na sexarca. Qualquer DNA-HPV+ = colposcopia!

## Previsão #5

### Sangramento da Primeira Metade da Gestação

| Mola completa | Mola incompleta |
|---|---|
| 1 espermatozoide + 1 óvulo **vazio** | 2 espermatozóides + 1 óvulo **normal** |
| Diploide 46 XX ou 46 XY (duplicação do material paterno) | Triploide (69 cromossomos) |
| Material genético apenas **paterno** | Material genético materno E paterno |
| Sem embrião ou anexos | Formação de tecido fetal incompatível com vida |
| Risco de 15–20% de malignização | Menor risco de malignização (5%) |

## Previsão #6

### Incontinência Urinária Pélvica e Prolapso de Órgãos Pélvicos

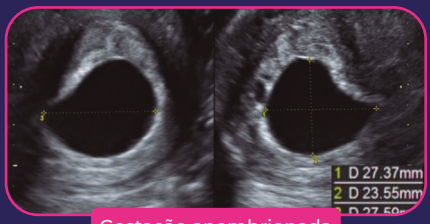
IUE é a mais comum — perda ao esforço, por hipermobilidade uretral (>90cm$H_2O$)/ deficiência esfincteriana (<60cm$H_2O$); de urgência (bexiga hiperativa) tem perda precedida por urgência. Pedir URI/URO. Urodinâmica é padrão-ouro pré-cirúrgico. Tratamento IUE: fisioterapia (Kegel) e sling (TVT/TOT); urgência: anticolinérgicos ou mirabegrona. POP-Q por estágios, ponto mais distal x hímen: 0 (sem descenso), I (> 1cm acima), II (-1 a +1cm), III (>1cm abaixo, sem eversão total), IV (eversão completa). Tratamento: pessário ou cirurgia.

## Previsão #7

### Síndromes Hipertensivas na Gestação

Classificação: hipertensão crônica (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). 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. AAS profilático entre 12-36 sem!

## De olho na imagem



Gestação anembrionada

### Critérios de gestação não evolutiva:

- Saco gestacional sem vesícula vitelínica ou embrião e com diâmetro médio ≥ 25 mm
- Embrião com CCN ≥ 7 mm e sem atividade cardíaca
- Ausência de embrião com BCF 2 semanas após um exame demonstrando saco gestacional vazio
- Ausência de embrião com BCF 11 ou mais dias após exame demonstrando o SG com VV

# Preventiva

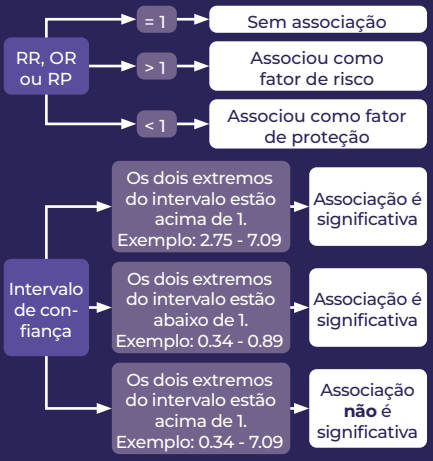
## Aposta #1

**Rede Alyne:**

- Pré-natal: mínimo de 7 consultas, com captação até a 12ª semana.
- Exames: sífilis, HIV, hepatites B/C e **HTLV.**
- Ultrassom obstétrico: oferta para 100% das gestantes.
- Parto: vinculação prévia à maternidade e acompanhante de livre escolha.
- Puerpério/RN: cuidado na 1ª semana.
- Criança: acompanhamento de 0 a 24 meses.
- 2026: inclusão da humanização do luto materno e parental.

## Aposta #2

### Medidas de associação e significância




## Previsão #1

### Indicadores de Morbimortalidade

**Prevalência** = $\frac{\text{Total de casos da doença}}{\text{População suscetível à doença}}$ x$10^n$

**Incidência** = $\frac{\text{Casos novo da doença}}{\text{População suscetível à doença}}$ x$10^n$

**Mortalidade** = $\frac{\text{Óbitos no período}}{\text{População}}$ x1000

**Letalidade** = $\frac{\text{Óbitos pela doença}}{\text{Casos da doença}}$ x100

**Mortalidade Infantil** = $\frac{\text{Óbitos de menores de 1 ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos}}$ x1000

Neonatal precoce (0 a 6 dias).
Neonatal tardia (7 a 27 dias).
Pós-neonatal (28 dias a 1 ano)

## Previsão #2

### Delineamento dos estudos

| Características | Delineamentos |
|---|---|
| **Intervencionista ou observacional** | **Intervencionista:** ensaio clínico ou ensaio comunitário<br>**Observacional:** estudo transversal, caso controle, coorte, estudo ecológico, série temporal |
| **Individual ou agregado** | **Individual:** estudo transversal, caso controle, coorte, ensaio clínico<br>**Agregado:** estudo ecológico, ensaio comunitário |
| **Longitudinal ou transversal** | **Longitudinal:** caso controle, coorte, ensaio clínico, série temporal<br>**Transversal:** estudo transversal, estudo ecológico |

## Previsão #3

**Atributos da APS**

- **Atributos Essenciais:**
  1. **Acesso/Primeiro Contato:** Funciona e é reconhecida como porta de entrada?
  2. **Integralidade:** Leque de serviços (pessoais, materiais, procedimentos)
  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 de adoecimento e cura
  2. **Orientação Comunitária:** Contexto amplo: participação comunitária, conhecimento de indicadores, situações e infraestrutura
  3. **Competência Cultural:** Adaptação da unidade à cultura da população a que assiste

## Previsão #4

**Propriedades dos testes diagnósticos**

- **Sensibilidade** = Verdadeiros Positivos / Total de Doentes
  - Capacidade do teste acertar quando um **doente** realiza.
- **Especificidade** = Verdadeiros negativos / Total de saudáveis
  - Capacidade do teste acertar quando um **saudável** realiza.
- **Valor Preditivo Positivo** = Verdadeiros Positivos / Total de Testes Positivos
  - Acertos dos testes **positivos**
- **Valor Preditivo Negativo** = Verdadeiros Negativos / Total de Testes Negativos
  - Acertos dos testes **negativos**
- **Acurácia** = (Verdadeiros Positivos + Verdadeiros Negativos) / Total de Testes
  - Acertos **globais** do teste

## Previsão #5

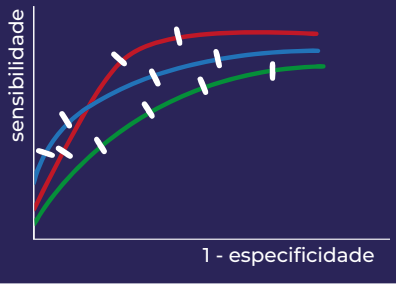
**Infecção Latente por Tuberculose (ILTB)**

- **Tratar sem PT e sem IGRA:**
  - **RN** contato com caso fonte de TB;
  - **PVHIV** contato com caso de TB; CD4+ ≤ 350 células/µl; PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e/ou RX de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.
- **Tratar se PT ≥ 5mm ou IGRA positivo:**
  - Contatos de TB pulmonar ou laríngea;
  - PVHIV com CD4+ > 350 células/µl
  - Imagem sugestiva de sequelas de TB
  - Uso de inibidor de TNF-α ou corticosteróides (>15mg de prednisona por mais de um mês)
  - Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora

## Previsão #6

| Componentes do Financiamento da APS | |
|---|---|
| **Fixo** | Valor **mensal fixo por equipe** transferido para os municípios, referente ao número de eSF e eAP homologadas e válidas. |
| **Vínculo e Acompanhamento territorial** | Critérios:<br>· Demográficos ( <5 anos e >60 anos);<br>· De vulnerabilidade (BPC e Bolsa Família);<br>· Completude do cadastro;<br>· Acompanhamento e atendimento;<br>· Satisfação do usuário |
| **Qualidade** | Considerará o **alcance dos resultados nos indicadores** pactuados e a **classificação da equipe.** |

## De olho na imagem




A curva ROC é a representação gráfica dos valores de sensibilidade e especificidade. Eixos: Y (sensibilidade ou verdadeiros positivos) e X (1 - especificidade ou falsos positivos). Cuidado com inversões do gráfico. Há um ponto de corte em que o teste tem a máxima capacidade diagnóstica ou acuidade, mais próximo do canto superior esquerdo do gráfico. A área sob a curva determina a acurácia do teste: quanto maior a área, maior a acurácia.

# **Eles chegaram lá**. E têm um recado pra você.

**+20.000** aprovações *em todo o Brasil*

**52%** dos **aprovados USP-RP** são Medway

**+3.000** aprovações *em primeiros lugares*



"A plataforma da Medway foi essencial para a minha aprovação. Todos os dias o sistema já programava os conteúdos a serem estudados, assim como as matérias prioritárias para as minhas instituições. Além disso, a proximidade com os professores e a possibilidade de retirada de dúvidas é um grande diferencial. Indico de olhos fechados!"

**Matheus Ribeiro Cesarino**
Aprovado em **2º lugar em Dermatologia na USP-RP**

"A Medway foi um pilar fundamental do meu preparatório para a residência. Um dos maiores desafios do estudo é o direcionamento e a organização, e ter um cronograma bem estruturado, que transmite segurança e constância, fez toda a diferença ao longo dessa jornada."

**Gabriella Mitsue Reis Imanobu**
Aprovada em **2º lugar em Ginecologia e Obstetrícia na USP-RP**





"Eu simplesmente amo a medway! Todo o estudo direcionado ao longo deste ano, as aulas, trilhas, revisões, simulados e o intensivo são muito bem estruturados e te dão segurança de estar no caminho certo. Os professores então, nem sei o que falar, super didáticos, disponíveis, queridos, tornando o estudo mais leve e eficiente. Recomendo a todos!."

**Leticia Scaffi Oliveira**
Aprovada em **2º lugar em Psiquiatria na USP-RP**

## Vai prestar R+?

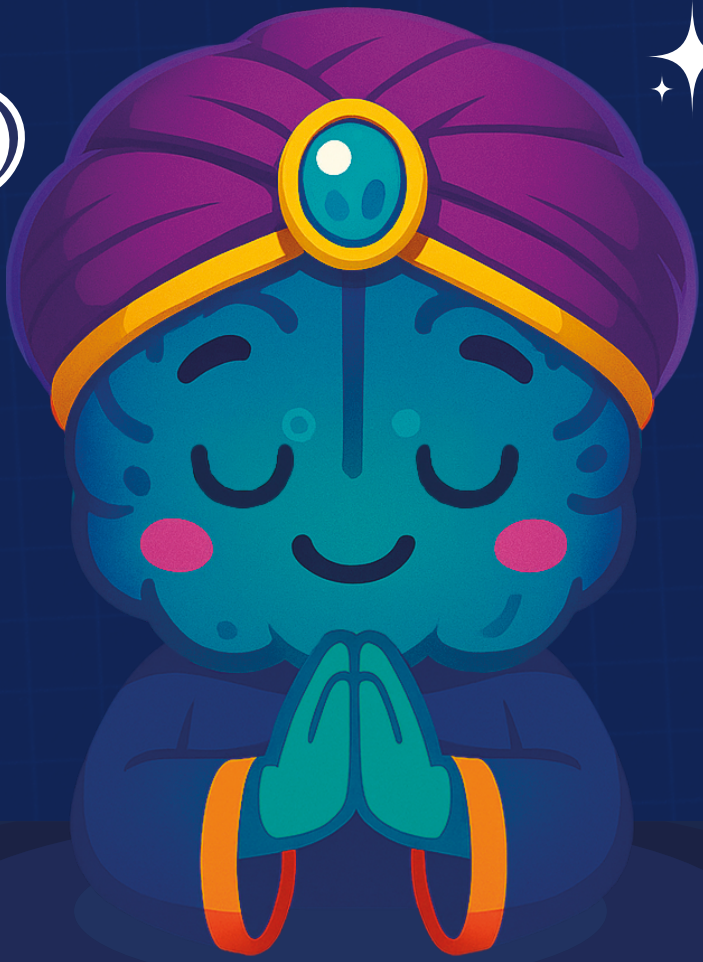
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

## 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