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 **SCMBH**. 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



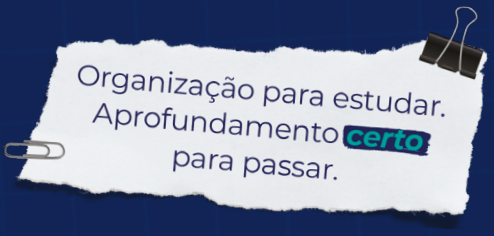
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Meningite bacteriana caiu duas vezes em 2026! Sem imunossupressão, convulsão, papiledema, déficit focal ou rebaixamento importante, puncione **sem TC**. Empírico: **ceftriaxona**, associando **ampicilina** se > 50 anos ou imunossuprimido (Listeria). **Dexametasona** antes ou junto da 1ª dose de ATB. Pneumococo sensível confirmado? Penicilina G cristalina é opção.

Aposta #2

Cuidado com as questões **diferentonas** de síncope! **POTS:** mulher jovem com palpitações, tontura e fadiga ao ficar em pé; a FC sobe ≥ 30 bpm em 10 min de ortostase, **sem hipotensão ortostática**. Trate com água, sal, meias compressivas e exercício; se refratário, betabloqueador em dose baixa, fludrocortisona ou midodrina. E revise as medicações: tiazídicos, iSGLT2, vasodilatadores e drogas que alargam o QT são causas de síncope.

Previsão #1

Em 2026, a SCMBH cobrou **ICS em paciente com cateter de hemodiálise** e S. aureus com febre persistente: a resposta foi **ecocardiograma transesofágico + retirada do cateter**. Então vamos lembrar quando o dispositivo sai:

Quando retirar o cateter?
Sinais de sepse
Instabilidade hemodinâmica
Complicações sistêmica: EI, embolia séptica
Bacteremia persistente (HMC + > 72 horas de ATB)
Sinais flogísticos / secreção purulenta no óstio do cateter
S. aureus **S. lugdunensis** **Pseudomonas aeruginosa** **Candida spp**

No tratamento: MSSA = **oxacilina ou cefazolina** (melhores que vancomicina); MRSA = vancomicina ou daptomicina.

Previsão #2

No protocolo sepse, lembre do pacote da 1ª hora: hemoculturas (e outras culturas conforme o foco), lactato, gasometria, hemograma, função renal, bilirrubinas e eletrólitos; **antibiótico de amplo espectro**; e cristaloide 30 mL/kg se hipotensão ou lactato ≥ 4. Não respondeu a volume? **Noradrenalina** precoce, buscando PAM ≥ 65. Nos refratários: vasopressina como 2ª droga, hidrocortisona, controle do foco e correção de hipocalcemia e acidose; transfundir só se Hb < 7.

Previsão #3

Na **pneumonia**, a decisão de internar sai do **CURB-65** (confusão, ureia ≥ 43, FR ≥ 30, PAS < 90 ou PAD ≤ 60, idade ≥ 65): 0–1 = tratar em casa; 2 = considerar internação; ≥ 3 = internar, avaliando UTI com 4–5. Em casa, monoterapia (amoxicilina ou macrolídeo); com comorbidades ou internado, **betalactâmico + macrolídeo** ou quinolona respiratória. Hiponatremia + ar-condicionado = Legionella. E fique de olho no derrame pleural: critérios de Light (0,5; 0,6; 2/3) definem exsudato e, se complicou, drenou!

Previsão #4

No LES, pense na mulher jovem com artrite não erosiva, rash malar fotossensível que poupa o sulco nasolabial, úlceras orais indolores e citopenias. Nos autoanticorpos: FAN é a triagem, mas não acompanha atividade; **anti-Sm** é o mais específico; **anti-DNAds** se relaciona com nefrite e atividade (junto do consumo de C3/C4); anti-histona = lúpus induzido por drogas; anti-Ro = LES neonatal (BAVT). E a droga principal é a **hidroxicloroquina**, com avaliação oftalmológica periódica!

Previsão #5

Nas taquiarritmias, a 1ª pergunta é: o paciente está **instável** (dor torácica, dispneia, hipotensão, rebaixamento)? Se sim, **cardioversão elétrica sincronizada**; TV sem pulso ou Torsades instável = desfibrilação. Estável? QRS estreito e regular = TSV (manobra vagal → adenosina); irregular = FA (controle de FC + anticoagulação pelo CHA2DS2-VASc); QRS largo = trate como TV (amiodarona). Torsades: sulfato de magnésio. Taquicardia sinusal: trate a causa!

Previsão #6

No **DM2** com doença cardiovascular estabelecida, a escolha é **iSGLT2 e/ou análogo de GLP-1** (ex.: dapagliflozina, liraglutida), que reduzem eventos.
HbA1c ≥ 10% ou sintomas de catabolismo: iniciar **insulina** (NPH bedtime) mantendo a metformina. Cuidado com a **metformina** na disfunção renal pelo risco de acidose lática - com ClCr < 45, precisamos ajustar a dose para 1 g/dia; < 30 significa suspensão. E a lembrem de que a HbA1c fica falsamente alta na anemia ferropriva e falsamente baixa na hemólise e na hemorragia aguda.

Previsão #7

Na **SCA**, saiba o que reduz mortalidade: **reperfusão** no IAM com supra (angioplastia primária ou fibrinólise em até 30 min se não houver ICP a tempo), **AAS + inibidor de P2Y12**, anticoagulação e estatina de alta potência. Oxigênio só se SatO2 < 90%; morfina e nitrato aliviam sintomas, mas não reduzem mortalidade. E **não** confunda com **pericardite**: dor que piora ao deitar, supra difuso e infra de PR; tratamento com AINE + colchicina, corticoide só nos refratários.

De olho na imagem



Na **esclerose sistêmica**, o Raynaud pode ser o 1º achado. Lembrem das diferentes apresentações - forma **limitada**: extremidades e face, CREST (calcinose, Raynaud, esofagopatia, esclerodactilia, telangiectasias), anticentrômero e hipertensão pulmonar. Forma **difusa:** tronco, fibrose pulmonar (anti-Scl-70) e **crise renal** (anti-RNA polimerase III; risco maior com corticoide em dose alta), tratada com **IECA (captopril).**

Cirurgia Geral

Aposta #1

Tumores do aparelho digestivo

- **Câncer gástrico:** Helicobacter pylori é fator de risco; sinal de Troisier deve motivar investigação.
- **CEC de esôfago:** tabagismo + etilismo são fatores de risco clássicos.
- **TNE de apêndice** <1 cm bem diferenciado, sem metástases: apendicectomia simples pode ser suficiente.
- **Colorretal:** colonoscopia tem papel central no rastreamento.

Aposta #2

Cuidados e complicações pós-operatórias

- **Realimentação precoce:** integra protocolos multimodais após anastomoses intestinais.
- **Hipoperfusão:** hipotensão, oligúria, cianose e alteração da consciência são sinais de alerta.
- **Fístula bem drenada:** sem coleção e com paciente estável pode permitir tratamento conservador.
- **Deiscência cervical:** drenagem adequada é fundamental.

Previsão #1

Abdome agudo inflamatório

- **Apendicite:** diagnóstico-chave entre as causas de abdome agudo inflamatório.
- **Diverticulite com abscesso:** antibioticoterapia + drenagem percutânea podem ser a conduta inicial.
- **Neutropênico/imunossuprimido:** tratamento clínico com antibiótico IV de amplo espectro pode ser indicado.
- **Colecistite:** dor em hipocôndrio direito + febre sugere processo inflamatório.

Previsão #2

Hérnias

- **Inguinal indireta:** lateral aos vasos epigástricos inferiores.
- **Estrangulamento:** a complicação mais temida é a necrose intestinal.
- **Spiegel:** a imagem ajuda a demonstrar o defeito e seu conteúdo quando o exame clínico é difícil.
- **Epigástrica:** defeito da linha média acima da cicatriz umbilical, excluindo incisional.

Previsão #3

Hemorragia digestiva

- **HDA:** úlcera péptica, angiodisplasia e neoplasia gástrica estão entre as causas cobradas.
- **HDB:** doença diverticular é causa importante e muitos episódios cessam espontaneamente.
- **Boerhaave:** vômitos intensos + dor toracoabdominal + enfisema cervical sugerem ruptura do esôfago.

Previsão #4

Cirurgia da obesidade

- **Técnicas:** diferencie gastrectomia vertical, Scopinaro e duodenal switch.
- **Refluxo/hérnia hiatal:** o bypass gástrico pode ser uma opção em obesidade grave.
- **Bypass em Y de Roux:** atenção para deficiência de vitamina B12.
- **Reganho de peso:** baixa adesão ao estilo de vida aparece como fator relevante.

Previsão #5

Trauma abdominal

- **Estômago:** lesões traumáticas podem permitir fechamento primário.
- **Trauma hepático:** hemobilia tardia pode ser tratada com embolização arterial seletiva.
- **Baço:** lembre sua importância no trauma abdominal fechado e no sangramento intra-abdominal.
- **Conduta:** integre mecanismo, estabilidade e órgão lesionado.

Previsão #6

Abdome agudo obstrutivo

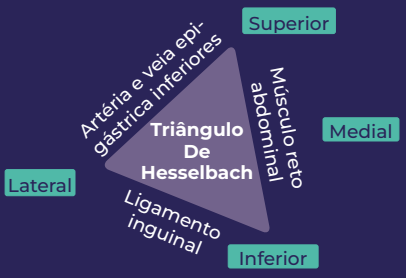
- **Adultos:** aderências intestinais são causa frequente de obstrução.
- **Pós-operatório:** distensão + ruídos diminuídos sem peritonite podem sugerir pseudo-obstrução aguda do cólon.
- **Saída gástrica:** vômitos prolongados podem causar alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica.
- **Atenção:** diferencie causa mecânica de distúrbio funcional.

Previsão #7

Cuidados pré-operatórios

- **Risco cardiovascular:** o índice de Lee é uma ferramenta de estratificação.
- **Exames:** evite rotina sem indicação clínica; nem todo paciente precisa de radiografia de tórax.
- **Nutrição:** inclua avaliação do risco nutricional no preparo.

De olho na imagem



O ligamento inguinal é uma faixa de tecido conjuntivo que se estende da espinha ilíaca anterossuperior até o tubérculo púbico, serve como o assoalho do canal inguinal e um marco anatômico crucial. A relação das hérnias com os vasos epigástricos inferiores é fundamental para sua classificação: hérnias inguinais diretas emergem medialmente a esses vasos, através de uma fraqueza na fáscia da parede posterior (Triângulo de Hesselbach), enquanto as hérnias inguinais indiretas ocorrem lateralmente aos mesmos vasos, entrando no canal inguinal através do anel inguinal profundo.

Pediatria

Aposta #1

Doença de Kawasaki - macete dos critérios diagnósticos (FEBRÃO)

- **F - Febre** por pelo menos 5 dias (obrigatório)
- **E - Eritema** nas extremidades (inchaço, vermelhidão ou descamação)
- **B - Boca** e lábios alterados (língua em framboesa, rachaduras nos lábios)
- **R - Rash** (exantema ou erupção cutânea)
- **A - Adenomegalia** (linfonodo cervical aumentado, >1,5 cm unilateral)
- **O - Olho Hiperemia conjuntival não purulenta bilateral**

Tratamento: IGIV (prevenção de aneurisma coronariano)+ AAS

Aposta #2

Tratamento da desidratação

Plano A	Em casa: zinco + aumentar ingesta hídrica
Plano B	Na UBS: TRO 50-100 ml/kg em 4-6 horas
Plano C	Na UBS / hospital: expansão volêmica com SF 0,9% ou RL

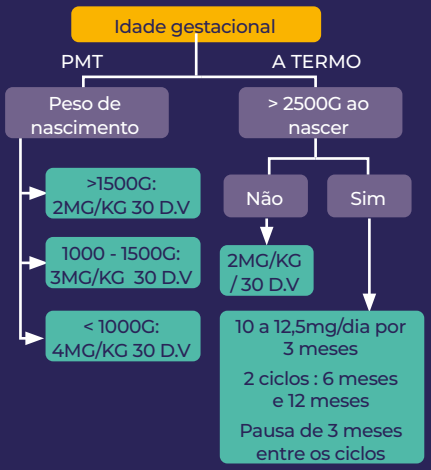
Previsão #1

Imunizações

Calendário Vacinal pelo PNI	
Ao nascer	BCG + hepatite B
2 meses	Pentavalente + VIP + Pneumo 20 + Rotavírus
3 meses	Meningo C
4 meses	Pentavalente + VIP + Pneumo10 + Rotavírus
5 meses	Meningo C
6 meses	Pentavalente + VIP Influenza COVID-19 (1ª dose)
7 meses	Influenza (2ª dose na primovacinação) COVID-19 (2ª dose)
9 meses	Febre amarela
12 meses	Tríplice viral (SCR) + Pneumo 20 + Meningo ACWY
15 meses	Hepatite A + DTP + VIP + Tetra viral
4 anos	Varicela + VIP + DTP + Febre amarela
9 a 14 anos	HPV
10 a 14 anos	Dengue
11 a 14 anos	Meningo ACWY

Previsão #2

Suplementação de ferro



Previsão #3

Intercorrências na amamentação

Fissuras mamilares e traumas	Ajustar a pega, ordenhar se necessário
Candidíase	Antifúngico: pomada na mãe + nistatina VO no bebê **DICA: fisgadas na mama!**
Mastite	Manter amamentação ATB materno
Abscesso mamário	Drenagem ATB materno Suspender aleitamento **só se drenar pus** pelos ductos

Previsão #4

Crescimento e Desenvolvimento

- **Marcos do DNPM:**
  - 2 meses: reage a sons
  - 4 meses: sustento cefálico e segue com o olhar até 180°
  - 6 meses: rola no leito e procura objetos fora do alcance
  - 9 meses: estranhamento social e senta sem apoio
  - 12 meses: fica em pé, bate palmas, acena, pinça completa
  - 15 meses: primeiras palavras, primeiros passos (sem apoio)
  - 18 meses: anda sem apoio e nomeia objetos
  - 24 meses: corre, sobe escadas, tira uma vestimenta

Previsão #5

Cardiopatias Congênitas

Acianóticas	Cianóticas
Sem shunt ou shunt E → D	**Shunt D → E**
CIV	Tetralogia de Fallot
CIA	Transposição de grandes vasos
PCA	Atresia tricúspide
DSAVT	-

Previsão #6

Pneumonias

PNM típica	PNM atípica
Evolução rápida	Evolução arrastada
Estertoração	Sibilos
Padrão lobar	Padrão intersticial
Derrame pleural, bronquiectasias, pneumatoceles	Efeitos sistêmicos (artralgia, anemia hemolítica, neurológicos)
S. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae	Vírus, *Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae*

De olho na imagem

Diagnóstico de Asma em menores de 5 anos:

1

Recorrência de episódios agudos de sibilância
OU
Pelo menos 1 episódio de sibilância, com sintomas parecidos com os de asma entre os episódios

+

2

Ausência de outras causas para os sintomas respiratórios

+

3

Resposta ao tratamento de curto ou longo prazo para asma:
Melhora após uso de SABA (20-60min)
ou
SABA+corticoide oral (3-4h)
Melhora após início de tratamento de manutenção com corticoide inalatório e SABA sob demanda (após 2-3 meses)

1 ou 2 critérios preenchidos → registrar como “asma suspeita” e reavaliar

Sibilância confirmada por profissional de saúde ou descrita convincentemente pelos cuidadores

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Febre puerperal: ≥38 °C entre 2-10° dia; a endometrite é a principal causa, mais comum após cesárea: tratamento = clindamicina + gentamicina. Febre persistente sem melhora apesar do ATB sugere tromboflebite séptica: associar heparina. Mastite surge após a 3-4ª semana (ingurgitamento aparece antes), ligada a fissuras; manter amamentação. Lóquios: rubros (3–4 dias), serosos e brancos (~10° dia). Atonia é a 1ª causa de hemorragia.

Aposta #2

Câncer de endométrio: a hiperplasia com atipia (NIE) é a lesão precursora. Tipo I (endometrioide) depende de estrogênio sem oposição: obesidade, nuliparidade, anovulação/SOP, tamoxifeno e Lynch. Tipo II (seroso, células claras) é de idosas, agressivo, sem relação com estrogênio. ACO combinado protege. Não há rastreio populacional: sangramento pós-menopausa com eco >4 mm pede biópsia ou histeroscopia. O estadiamento é cirúrgico.

Previsão #1

A transição começa com queda da inibina B e do AMH e aumento do FSH, com estradiol ainda normal ou até elevado e ciclos que encurtam; só depois vêm anovulação e irregularidade. Após: E2: 10–20 pg/mL e estrona predomina. Fogachos atingem até 75% e tendem a melhorar com o tempo. TH: sintomas vasomotores, prevenção da perda óssea e SGM (fazer local). Contraindicações: ca mama ou endométrio, TEV, sangramento inexplicado, hepatopatia grave e doença cardiovascular. Alternativas não hormonais: Fezolinetanto e ISRS/IRSN (paroxetina, venlafaxina).

Previsão #2

Malformações e abortamento são do diabetes prévio e acompanham a HbA1c periconcepcional (cardíacas -> mais comum, regressão caudal -> mais específica); no DMG, o risco de malformação é pouco aumentado. No DMG: macrossomia, distócia de ombro e hipoglicemia neonatal. A glicose cruza a placenta por difusão facilitada; a insulina materna, não. Feto fica macrossômico por hiperinsulinemia fetal. Diagnóstico: jejum na 1ª consulta 92–125 = DMG (≥126 = DM prévio); TOTG 75 g com 24–28 sem: 92/180/153 (1 valor alterado basta). Dieta primeiro; ≥30% das glicemias fora da meta → insulina.

Previsão #3

PE = PA ≥140/90 após 20 sem + proteinúria (≥300 mg/24h ou RPC ≥0,3) OU lesão de órgão-alvo: plaquetas <100 mil, creatinina >1,1, transaminases ≥2x, edema pulmonar ou sintomas cerebrais/visuais. Sem proteinúria e sem lesão = hipertensão gestacional. A HELLP pode surgir sem piora da proteinúria. Fisiopatologia: falha da 2ª onda de invasão trofoblástica das artérias espiraladas → isquemia placentária → disfunção endotelial. Fatores de risco: primeira exposição às vilosidades, excesso delas (gemelar, mola), doença endotelial prévia e genética.. IECA/BRA são contraindicados. PE grave ≥34 sem: $MgSO_4$ e interrupção. PE leve: 37 sem. PE **não** indica cesariana (contanto que paciente estável).

Previsão #4

Ectópica: ampola é mais comum; a intersticial (cornual) rompe mais tarde e sangra maciçamente. Principais fatores de risco: ectópica prévia, cirurgia tubária e DIP; o DIU não é o principal. Diagnóstico: β-hCG seriado com curva atípica + USG TV sem gestação intrauterina e com massa anexial. Metotrexato: estável, íntegra, massa <3,5 cm, β-hCG <5.000 e SEM BCF; BCF presente contraindica. Abortamento de repetição: SAF, alterações cromossômicas, malformações müllerianas, além de IIC (partos rápidos, indolores e progressivamente prematuros).

Previsão #5

Armazenamento da urina é simpático (β3 relaxa o detrusor) e esvaziamento é parassimpático (S2–S4). IUE é a mais comum; o defeito esfincteriano intrínseco é mais grave que a hipermobilidade. Obesidade é fator de risco independente. Bexiga hiperativa: urgência ± frequência, noctúria e incontinência, sem ITU; tratar com antimuscarínico ou mirabegrona. Conservador é 1ª linha. POP-Q: I < −1; II de −1 a +1; III > +1 e < CVT−2; IV ≥ CVT−2. Colpocleise: alto risco cirúrgico (pode considerar pessário), sem desejo de função vaginal.

Previsão #6

CTG: linha de base 110–160 bpm (170 já é taquicardia); variabilidade normal 6–25 bpm; reativa = ≥2 acelerações em 20 min (≥32 sem: 15 bpm por 15 s), podendo estender até 40 min. DIP II (tardia) = hipoxemia por insuficiência placentária; DIP umbilical = compressão de cordão. PBF: CTG, movimentos respiratórios, movimentos corporais, tônus e LA (MBV >2 cm). Os testes têm alto VPN e baixo VPP. Diástole zero ou reversa na artéria umbilical sinaliza acidemia e destruição da microcirculação placentária (não tolera via vaginal).

Previsão #7

Turner (45,X): disgenesia gonadal, FSH alto, baixa estatura, mamas hipodesenvolvidas e ausência de puberdade. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (46,XX): ovários normais, caracteres sexuais normais, útero ausente ou rudimentar, vagina curta e anomalias renais/esqueléticas. Morris (46,XY): mamas presentes, pelos escassos e sem útero; testículos retirados após a puberdade. Swyer (46,XY): gônadas em fita, retiradas pelo risco de gonadoblastoma. Hiperplasia adrenal congênita (defeito na 21-hidroxilase) é a principal causa de virilização 46,XX.

De olho na imagem

	TURNER disgenesia gonadal	MRKH agenesia mülleriana	MORRIS insensibilidade androgênica	SWYER disgenesia gonadal XY
Cariótipo	45,X (ou mosaico)	46,XX	46,XY	46,XY
Mamas	Ausentes	Normais	Presentes	Ausentes
Útero	Presente (infantil)	Ausente ou rudimentar	Ausente	Presente
Gônada	Em fita	Ovários normais	**Testículos**	**Em fita (com Y)**
Pelos	Escassos	Normais	Escassos ou ausentes	Escassos
FSH	Alto	Normal	Normal	Alto
Conduta	Estrogênio p/ puberdade; GH na infância	Neovagina; avaliar rins	**Gonadectomia após a puberdade**	**Gonadectomia ao diagnóstico**

Gônada com Y = gonadectomia (risco de gonadoblastoma): Swyer ao diagnóstico; Morris após a puberdade

HAC (hiperplasia adrenal congênita) = principal causa de virilização 46,XX

Preventiva

Aposta #1

População indígena

1. Territórios demarcados ou reivindicados; relação sagrada e econômica com o território. **2.** Organização social hierarquizada respeitando lideranças tradicionais. **3.** Organização em Distrito Sanitário Especial Indígena. **4.** Perfil de morbimortalidade com doenças infecciosas, desnutrição e problemas emergentes (depressão, suicídio, DCNTs). **5.** Incorporação formal de xamãs, pajés e curandeiros no cuidado. **6.** Respeito à cultura e à concepção de saúde-doença.

Aposta #2

Acidentes de trabalho	**Típico:** durante o trabalho **Trajeto:** habitual **Doença ocupacional:** nexo causal
Notificação	**Acidente de trabalho:** imediata **Acidente com exposição a material biológico:** semanal **Doenças relacionadas ao trabalho:** semanal
CAT	**Trabalhador formal (INSS)** Até o 1° dia útil seguinte ao acidente, e imediatamente em caso de óbito Empresa (mas, qualquer um) 4 vias

Previsão #1

Declaração de Óbito

Quem preenche?

- **Causas naturais no estabelecimento de saúde**, Médico preenche (Se não há diagnóstico, SVO).
- **Causas naturais fora do estabelecimento de saúde:**
  1. **Com assistência médica,** Médico preenche (Se não há diagnóstico, SVO);
  2. **Sem assistência médica, local com médico**: SVO; sem SVO, médico do serviço público mais próximo; na falta, qualquer médico.
  3. **Sem médico**, o cartório preenche (Responsável pelo falecido e 2 testemunhas comparecem ao Cartório).
- **Causas acidentais e/ou violentas**, o IML preenche (sem IML, perito designado para preencher).

Como preencher?

- **Causa imediata:** imediatamente na primeira linha
- **Causa básica:** vai na base da lista
- **Causa intermediária:** no máximo 2, mas pode não existir

Previsão #2

Estudo	Delineamento
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 #3

Indicadores de Morbimortalidade

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

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

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

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

Previsão #4

Medidas de Tendência Central	
Moda	O valor que **mais aparece**
Média	**Soma** de todos os elementos **dividida pela quantidade** de elementos
Mediana	Valor central da série ordenada (se n for par, a média dos dois valores centrais)
Medidas de Dispersão	
Amplitude	**Diferença** entre o valor **máximo** e o valor **mínimo** da amostra
Desvio padrão	Raiz quadrada da variância: medida que indica **quão uniformes são os dados** do conjunto
Variância	Mostra o **quão distante** cada valor desse conjunto está **do valor central** (média).

Previsão #5

Vigilância	Onde atua?
Sanitária	Problemas sanitários decorrentes do: Meio ambiente; Produção e circulação de bens e serviços; Prestação de serviços à população
Epidemiológica	Prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde (no nível individual e coletivo)
Ambiental	Monitora mudanças no meio ambiente que possam interferir na saúde humana
Saúde do Trabalhador	Atua na Saúde do Trabalhador: Promoção e prevenção; Redução de riscos e vulnerabilidades

Previsão #6

	Desfecho +	Desfecho -	Total
Exposição +	a	b	a + b
Exposição -	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a+b+c+d

Risco do evento
- No grupo tratado = RT = a / (a+b)
- No grupo controle = RC = c / (c+d)

Na análise de estudos epidemiológicos, nem sempre os termos são claros e diretos. Precisamos "traduzir" os enunciados. Desfechos podem ser: doenças, eventos adversos, resultados esperados, etc. Exposições podem ser: um novo tratamento comparado com o já estabelecido ou com placebo, um fator de risco, um procedimento, etc.

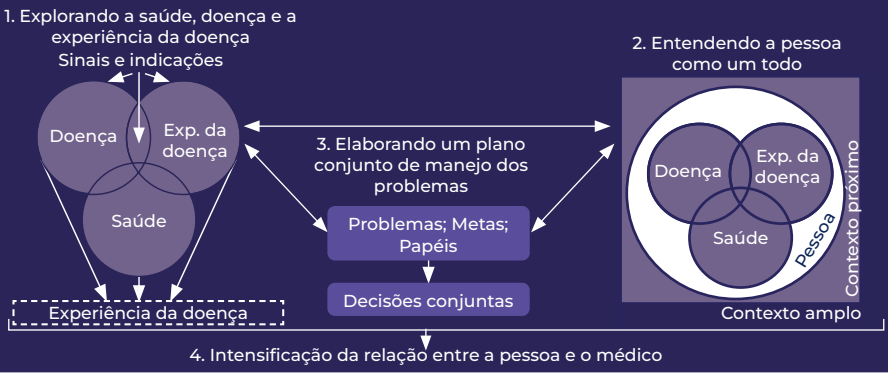
Previsão #7

Coqueluche

- **Quimioprofilaxia:** Grupos Prioritários contatos de casos suspeitos ou confirmados
  - **Grupo 1:** Crianças < 1 ano e pessoas com condições pré-existentes que possam ser agravadas com coqueluche (imunossupressão, asma moderada ou grave, etc)
  - **Grupo 2:** Contatos domiciliares de um vulnerável (Grupo 1)
  - **Grupo 3:** Contatos de alto risco de transmissão para vulneráveis (gestantes, profissionais da saúde ou trabalhadores que tenham contato com vulneráveis)
- Grupos 1 e 2: independentemente da situação vacinal. Gestantes do Grupo 3: só se não vacinadas na gestação atual.

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*

Primeiros lugares em
Medicina Intensiva, Neurologia e Ortopedia e Traumatologia

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"Cara, a Medway me ensinou acima de tudo que é possível APRENDER de fato no caminho de preparação para a residência médica. Contando com um time de professores que serve de inspiração tanto antes quanto depois da aprovação, plantão tira dúvidas sempre ali pronto para ajudar, plataforma ultra completa com questões e provas passadas, além da orientação direcionada para a instituição da sua escolha... gratidão imensa por tudo isso que me ajudou a chegar até aqui! Um grande abraço para todo o time e sempre pra cima!"

João Victor Lobato Mota
Aprovado em **1º lugar em Medicina Intensiva no PSU-MG**

"Com a plataforma da Medway, foquei apenas no que importa: estudar. O sistema organizava o que eu deveria fazer com base nas instituições que eu queria passar e na carga horária. Ter essa metodologia bem definida e professores didáticos nas aulas e nas correções de questões facilitou muito o aprendizado. Destaco também os simulados presenciais, que me deram mais segurança para o dia das provas."



Gabriel Eduardo Coelho Pinto
Aprovado em **2º lugar em Neurologia no PSU-MG**

Vai prestar R+?

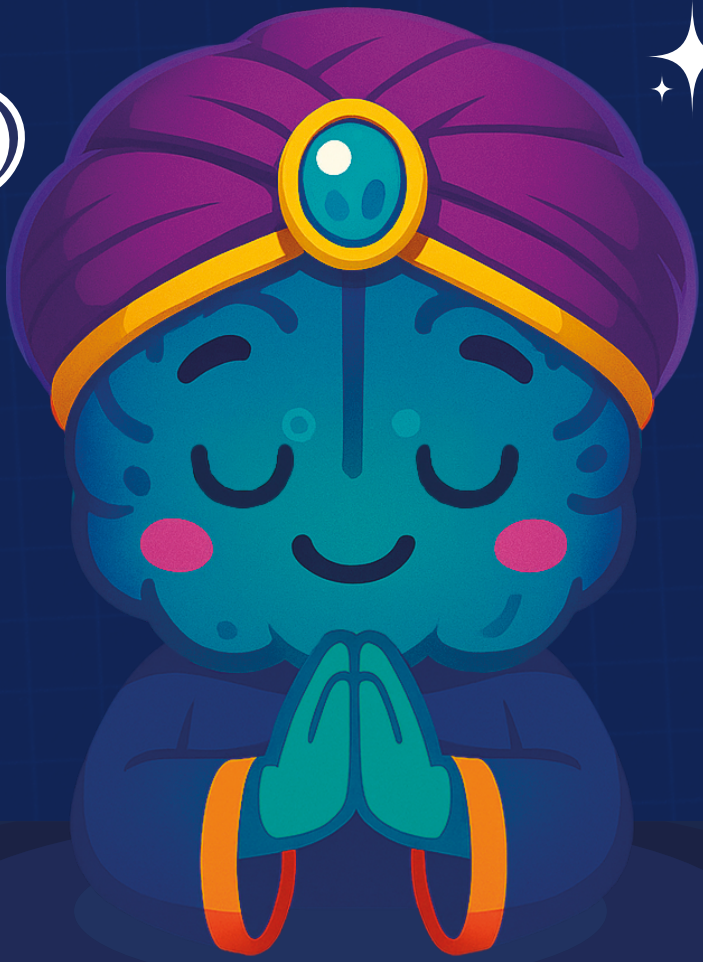
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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