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 **SCM-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



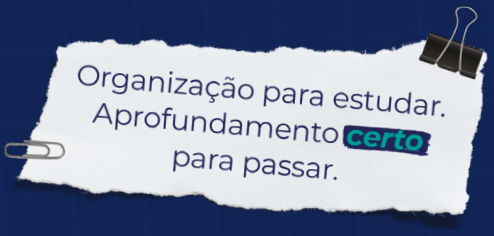
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Diabetes

CAD = glicemia ≥ 200 mg/dL ou DM prévio + β-hidroxibutirato ≥ 3 mmol/L (ou cetonúria ≥ 2+) + pH < 7,3 e/ou HCO_3 < 18; antes, exigia-se glicemia > 250, o que excluía a CAD euglicêmica (iSGLT2, gestação, jejum). EHH: glicemia ≥ 600, osmolalidade efetiva > 300 e cetose discreta. Conduta: SF 0,9% 1–1,5 L na 1ª hora; potássio antes da insulina — K < 3,3 → repor e adiar insulina; 3,3–5,2 → repor junto; > 5,2 → não repor e dosar a cada 2 h. Insulina regular 0,1 U/kg/h. Glicemia < 250 → SG 5% sem desligar a insulina até resolver a acidose. Bicarbonato só se pH < 6,9. Resolução: pH ≥ 7,3, HCO_3 ≥ 18, cetonemia < 0,6.

Aposta #2

Pneumonias

CURB-65: confusão, ureia > 50 mg/dL, FR ≥ 30, PAS < 90 ou PAD ≤ 60, idade ≥ 65. Escore 0–1 → ambulatorial; 2 → internação; ≥ 3 → PAC grave, considerar UTI. Na APS, usa-se o CRB-65, sem ureia. SpO_2 < 92%, comorbidade descompensada e falta de suporte social também internam. PAC grave pela ATS/IDSA: 1 critério maior (choque com vasopressor ou ventilação mecânica) ou ≥ 3 menores (FR ≥ 30, PaO_2/FiO_2 ≤ 250, infiltrado multilobar, confusão, ureia elevada, leucócitos < 4.000, plaquetas < 100.000, temperatura < 36 °C, hipotensão com necessidade de volume) → UTI. Na internação grave: hemoculturas, escarro e antígenos urinários de pneumococo e Legionella. O RX confirma o diagnóstico.

Previsão #1

Suprarrenal

Insuficiência adrenal: Primária (Addison; no Brasil, autoimune, tuberculose, paracoccidioidomicose): hiponatremia, hipercalemia, hipotensão, hipoglicemia e hiperpigmentação pelo ACTH alto. Secundária (a causa mais comum é a suspensão de corticoide exógeno): sem hipercalemia e sem hiperpigmentação, porque a aldosterona depende do eixo renina-angiotensina. Diagnóstico: cortisol das 8 h < 3–5 µg/dL confirma; valor alto exclui; intermediário → teste da cortrosina (cortisol < 18 após 250 µg). ACTH alto = primária. Crise adrenal → coletar cortisol e ACTH, **mas não esperar o resultado:** hidrocortisona 100 mg EV em bolus e 200 mg/24 h, SF 0,9% e glicose. Doença intercorrente: dobrar ou triplicar a dose. Fludrocortisona só na primária.

Previsão #2

HAS

PA normal < 120/80; pré-hipertensão 120–139 e/ou 80–89; HAS ≥ 140/90 (estágio 1: 140–159/90–99; 2: 160–179/100–109; 3: ≥ 180/110). A categoria "ótima" deixou de existir, e 120–129/80–84, antes normal, virou pré-hipertensão; vale sempre o maior valor. A antiga faixa do MS (121–139/81–89) está superada. Diagnóstico com medidas repetidas e confirmação por MAPA (24 h ≥ 130/80; vigília ≥ 135/85; sono ≥ 120/70) ou MRPA (≥ 130/80). MAPA/MRPA identificam avental branco (consultório alto, fora normal) e HAS mascarada (o inverso); no pré-hipertenso, recomenda-se MAPA ou MRPA pela chance de HAS mascarada. Lesão de órgão-alvo não é requisito diagnóstico.

Previsão #3

Asma

Crise grave: fala entrecortada, musculatura acessória, FC > 120, SpO_2 < 90%, PFE ≤ 50%. Conduta: SABA a cada 20 min na 1ª hora + ipratrópio + corticoide sistêmico na 1ª hora (prednisona 40–50 mg por 5–7 dias) + O_2 para SpO_2 93–95%. Refratária → sulfato de magnésio 2 g EV. Risco de vida: tórax silencioso, cianose, confusão e $PaCO_2$ normal ou alta (fadiga) → UTI e preparo para IOT. Não usar antibiótico de rotina, sedativo, betabloqueador nem aminofilina como 1ª linha. Manutenção (GINA): SABA isolado não é mais recomendado; a via preferencial é budesonida-formoterol sob demanda nas etapas 1–2 e como manutenção e resgate (MART) nas etapas 3–5. Toda alta de crise sai com corticoide inalatório.

Previsão #4

DPOC

Diagnóstico: $VEF_1/CVF < 0,70$ pós-broncodilatador com sintomas e exposição. GOLD ABE: grupo E = ≥ 2 exacerbações moderadas ou ≥ 1 internação no ano. Tratamento inicial: A → um broncodilatador; B e E → LAMA + LABA; associar corticoide inalatório no E com eosinófilos ≥ 300; corticoide inalatório isolado não. Exacerbação: SABA ± ipratrópio, prednisona 40 mg por 5 dias, antibiótico se escarro purulento com aumento de dispneia ou volume, O_2 para SpO_2 88–92% e VNI se pH ≤ 7,35 com $PaCO_2 > 45$. Oxigênio domiciliar (≥ 15 h/dia): $PaO_2 \leq 55$ ou $SpO_2 \leq 88\%$ em repouso; ou PaO_2 56–59 com cor pulmonale, edema ou hematócrito > 55%. Cessar tabagismo e O_2 domiciliar reduzem mortalidade.

Previsão #5

Insuficiência cardíaca

BNP ou NT-proBNP normais praticamente excluem IC, pelo alto valor preditivo negativo; cortes ambulatoriais: BNP ≥ 35 e NT-proBNP ≥ 125 pg/mL. Obesidade reduz os peptídeos; DRC, FA e idade os elevam; sacubitril-valsartana eleva o BNP (usar NT-proBNP). O ecocardiograma classifica a FE: reduzida < 50% e preservada ≥ 50%. FE reduzida: 4 pilares que reduzem mortalidade, iniciados em sequência rápida — sacubitril-valsartana (ou IECA/BRA), betabloqueador (carvedilol, bisoprolol, succinato de metoprolol), espironolactona e iSGLT2. Diurético alivia congestão, sem efeito em mortalidade. FE preservada: iSGLT2 + diurético. B3 indica disfunção ventricular e é o maior preditor clínico de risco no perioperatório.

Previsão #6

Distúrbios hidroeletrolíticos

Hipocalemia: ECG com achatamento de T, onda U, infra de ST e QU longo; repor KCl (periférico até 10–20 mEq/h) e corrigir magnésio, sem o qual a hipocalemia é refratária. Hipercalemia: T apiculada → PR longo e P achatada → QRS largo → padrão sinusoidal. Com alteração no ECG ou K ≥ 6,5: gluconato de cálcio 10% EV (estabiliza a membrana sem baixar o K) → insulina regular 10 U + glicose 25 g, β2-agonista inalatório, bicarbonato se acidose → remoção com diurético de alça, quelante (ciclossilicato de zircônio, poliestirenossulfonato) ou diálise. IRA pré-renal: FeNa < 1%, Uosm > 500, Na urinário < 20 e sedimento brando. NTA: FeNa > 2%, Uosm < 350 e cilindros granulosos. Em uso de diurético, FeUreia < 35% indica pré-renal.

Previsão #7

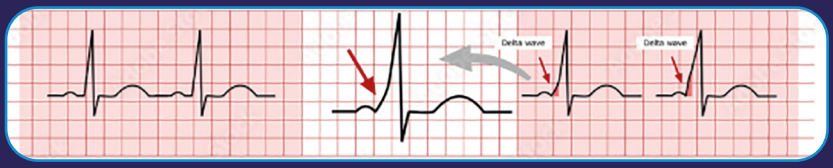
AVC

Glicemia capilar primeiro (hipoglicemia simula AVC); TC sem contraste exclui sangramento. NEW AHA/ASA 2026: trombólise EV em até 4,5 h para déficit incapacitante, com qualquer NIHSS, com alteplase 0,9 mg/kg (10% em bolus, máx. 90 mg) ou tenecteplase 0,25 mg/kg em bolus único (máx. 25 mg), agora no mesmo nível de recomendação. Entre 4,5 e 9 h, ou AVC ao acordar, só com imagem avançada mostrando tecido salvável. Oclusão de grande vaso (ACI, M1) → trombectomia em até 24 h, sem esperar resposta ao trombolítico; a elegibilidade se ampliou para core isquêmico grande. PA < 185/110 antes e < 180/105 nas 24 h após trombólise, sem reduzir a PAS para < 140; sem trombólise, tratar só acima de 220/120. Déficit leve não incapacitante → dupla antiagregação, não trombólise

De olho na imagem

FA pré-excitada (WPW) → nada de adenosina, BCC, betabloqueador ou digoxina; usar procainamida ou cardioversão.

Como identificar? Presença de onda delta!



Cirurgia Geral

Aposta #1

Fios Cirúrgicos

Categute	TGI, vias urinárias
PDS	Fechamento de aponeurose, anastomoses vasculares / TGI / vias urinárias
Vicryl	Cirurgias ginecológicas, urológicas, TGI
Náilon	Pele
Monocryl	Tecido celular subcutaneo
Prolene	Vasculares, TGI, fixação de dreno de torax
Algodão	Ligaduras vasculares

Aposta #2

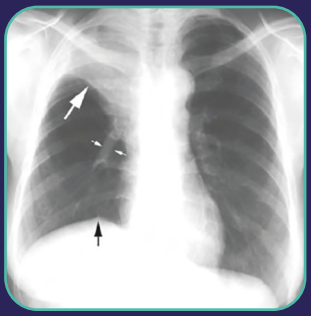
Tratamento conservador de Abdome Agudo Perfurativo (exceção)

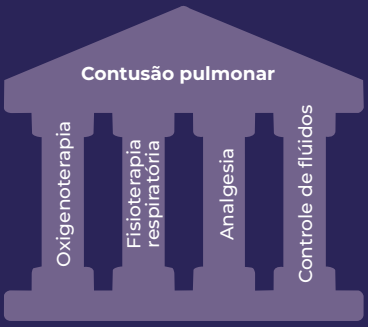
- Ausência de peritonite
- Controle clínico da dor
- Ar localizado
- Perfuração já tamponada
  - Sinal na TC (densificação próxima a perfuração)
- Estabilidade hemodinâmica

Previsão #1

Contusão Pulmonar

Parece Pneumonia, mas não é





Previsão #2

Cuidados Pós-Operatórios

PROJETO ACERTO
1. Abreviação do jejum pré-operatório
2. Realimentação precoce no pós-operatório
3. Terapia nutricional pré-operatória
4. Antibioticoprofilaxia racional
5. Abolição do preparo de cólon de rotina em cirurgias eletivas colorretais
6. Diminuição do uso de fluidos EV no perioperatório
7. Uso racional de sondas e drenos abdominais
8. Analgesia pós-operatória
9. Mobilização precoce no pós-operatório

Previsão #3

Hérnias Especiais

- Hérnia de Spiegel
  - Se pronuncia pela linha semilunar
  - Sobre a linha arqueada de Douglas
- Hérnia de Amyand
  - Apêndice na hérnia inguinal
- Hérnia de Garengeot
  - Apêndice na hérnia femoral
- Hérnia de Littré
  - Divertículo de Meckel no saco herniário
- Hérnia de Richter
  - Pinçamento da borda antimesentérica
- Hérnias Lombares
  - Grynfeltt (superior)
  - Petit (inferior)

Previsão #4

Trauma Abdominal

Trauma abdominal por FAB

↓

Trauma em flanco/dorso

↓

TC Abdome e pelve com triplo contraste (endovenoso, oral e retal)

- **Normal** → ALTA (considerar observação clínica por 24h se > 65 anos, uso de anticoagulantes ou antiagregantes, presença de comorbidades ou outras lesões associadas)
- **Alterada** → Tratar com o tipo de lesão (tratamento órgão específico)

Previsão #5

Tumores Neuroendócrinos de Apêndice

Tratamento

- Tumores < 1cm: apendicectomia
- Tumores > 2cm: Hemicolectomia direita
- Tumores entre 1 e 2 cm: Hemicolectomia direita se sinais de maior risco
  - Invasão de mesoapêndice
  - Margens comprometidas
  - Invasão linfovascular
  - Grau histológico maior (G >=2)
  - Histologia mista

Previsão #6

Acalásia - tratamento segundo classificação

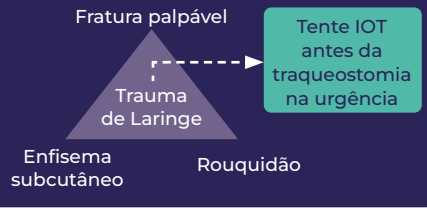
I	1 a 4 cm	Dilatação endoscópica OU **Cardiomiotomia a Heller + Válvula antirrefluxo** OU Toxina botulínica / medicamentoso
II	4 a 7 cm	
III	7 a 10 cm	**Cardiomiotomia à Heller + Válvula antirrefluxo** OU POEM
IV	> 10 cm	**Esofagectomia*** Cardiomiotomia à Heller + Válvula antirrefluxo?

Previsão #7

Abordagem inicial ao Trauma

Via aérea

- Cricotireoidostomia cirúrgica
  - Falha na IOT
  - Contraindicada em:
    - Crianças
    - Fraturas de laringe



De olho na imagem

Pneumotórax Hipertensivo



Reconhecer a clínica	Desvio da traqueia, timpanismo à percussão, turgência jugular, hipotensão, ausência de MV
Tipo de choque	Obstrutivo
Achados radiológicos	Desvio de mediastino + Hemitórax preto
Conduta imediata	Punção de alívio no 2 ou no 5 EIC
Conduta definitiva	Drenagem em selo d'água

Pediatria

Aposta #1

Bronquiolite: quando escalar o suporte?

O tratamento é de suporte, sem broncodilatadores ou corticoides de rotina. A oxigenoterapia depende da hipoxemia persistente, considerando idade, comorbidades e protocolo. Apneia, exaustão e desconforto respiratório grave indicam risco de insuficiência respiratória. O alto fluxo pode ser considerado diante de falha do oxigênio convencional e necessidade crescente de suporte. Atenção: a SpO_2 isolada não determina a gravidade!

Aposta #2

CAD: a sequência terapêutica importa!

A CAD associa hiperglicemia, cetose e acidose metabólica (pH < 7,3 ou HCO_3 < 18 mEq/L). Iniciar hidratação isotônica e avaliar o potássio. A insulina IV contínua (0,05–0,1 U/kg/h) começa pelo menos 1 hora após o início dos fluidos, desde que não haja hipocalemia significativa. Não administrar bolus de insulina. Cefaleia progressiva, bradicardia e alteração da consciência sugerem lesão cerebral e exigem tratamento imediato.

Previsão #1

Calendário vacinal 2026: fique atento às mudanças!

A poliomielite utiliza exclusivamente VIP, aos 2, 4 e 6 meses, com reforços aos 15 meses e 4 anos. A VPC20 foi incorporada ao PNI: durante a transição, esquema aos 2 meses (VPC20), 4 meses (VPC10) e 12 meses (VPC20). A meningocócica ACWY substituiu o reforço da meningocócica C aos 12 meses. HPV4: dose única dos 9 aos 14 anos. Rotavírus: primeira dose até 11 meses e 29 dias; segunda até 23 meses e 29 dias. Atenção aos esquemas de transição!

Previsão #2

Baixa estatura: quando investigar?

Baixa estatura é definida por estatura/idade inferior a −2 escores Z. Avalie velocidade de crescimento, estatura-alvo familiar e estágio puberal. Na baixa estatura familiar, a velocidade costuma ser preservada e a idade óssea próxima da cronológica. No atraso constitucional do crescimento e da puberdade, a idade óssea geralmente está atrasada. Desaceleração do crescimento, queda de canais percentílicos ou sinais de doença sistêmica exigem investigação, mesmo com estatura ainda dentro da normalidade.

Previsão #3

Reanimação neonatal 2026: atenção à oferta de oxigênio!

Em RN ≥34 semanas, apneia, respiração irregular ou FC <100 bpm indicam VPP no primeiro minuto, iniciada com O_2 a 21% e frequência de 30–60/min. Se houver necessidade de intubação, a VPP por cânula traqueal inicia com O_2 a 60%, ajustado pela SpO_2 pré-ductal. Persistindo FC <60 bpm após 30 segundos de VPP efetiva por cânula, iniciar compressões 3:1 com O_2 a 100%. Se FC <60 bpm após 60 segundos de compressões e ventilação efetivas, administrar adrenalina intravascular.

Previsão #4

Anemia ferropriva: diagnóstico e tratamento

A anemia ferropriva costuma apresentar microcitose, hipocromia e RDW aumentado. Ferritina baixa sugere depleção dos estoques, mas valores normais não excluem deficiência na presença de inflamação. O tratamento utiliza ferro elementar por via oral, geralmente 3–6 mg/kg/dia, conforme gravidade e protocolo. Espera-se resposta reticulocitária inicial, seguida de elevação da hemoglobina. A reposição deve continuar após a normalização da Hb para recuperar os estoques. Não confunda suplementação preventiva com tratamento!

Previsão #5

Síndrome nefrítica ou nefrótica?

A síndrome nefrítica apresenta hematúria glomerular, hipertensão, edema e possível redução da função renal. Na glomerulonefrite pós-estreptocócica, são típicos C3 reduzido e evidência de infecção estreptocócica recente. A síndrome nefrótica caracteriza-se por proteinúria intensa, hipoalbuminemia e edema. A doença de lesões mínimas é a principal causa de síndrome nefrótica idiopática na infância. Atenção: hematúria e hipertensão também podem ocorrer na síndrome nefrótica!

Previsão #6

Exantemas: reconheça as pistas clínicas!

Sarampo: febre alta, tosse, coriza, conjuntivite, manchas de Koplik e exantema cefalocaudal. Rubéola: exantema e linfadenopatia retroauricular e occipital. Eritema infeccioso: face esbofeteada e exantema rendilhado. Exantema súbito: febre alta seguida de exantema após a defervescência. Escarlatina: faringite, exantema áspero, linhas de Pastia e língua em framboesa. A relação temporal entre febre e exantema é uma pista diagnóstica fundamental!

Previsão #7

Diarreia aguda: a hidratação define a conduta!

Plano A: sem desidratação, com líquidos, SRO após evacuações e manutenção da alimentação. Plano B: desidratação, com SRO supervisionada até reidratação. Plano C: desidratação grave, com reposição intravenosa imediata. O zinco pode ser indicado conforme faixa etária e protocolo. Antibióticos não são recomendados rotineiramente. Diarreia crônica associada a distensão abdominal, perda ponderal e déficit de crescimento exige investigação de má absorção, incluindo doença celíaca.

De olho na imagem

Eritema infeccioso: a face esbofeteada

O parvovírus B19 causa eritema malar bilateral, com palidez perioral, seguido de exantema rendilhado no tronco e nos membros. O quadro costuma ser autolimitado. Atenção às crianças com doenças hemolíticas, pelo risco de crise aplástica transitória, e às gestantes expostas, pelo risco de anemia fetal e hidropisia. O exantema pode reaparecer após calor, exercício ou exposição solar.



Fonte: © Dr. H.C. Robinson / Science Source

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Glicemia de jejum na 1ª consulta: <92 = normal → TOTG 75 g com 24–28 sem; 92–125 = DMG, sem repetir o exame e sem solicitar TOTG entre 24-28 sem; ≥126 ou HbA1c ≥6,5% = diabetes prévio (overt). TOTG: jejum ≥92, 1h ≥180, 2h ≥153; um valor alterado basta. Tratamento: dieta + atividade física; sem meta (30% dos controles alterados) em 1–2 sem → insulina (1ª linha). Metas: jejum <95, 1h <140, 2h <120.

Aposta #2

Analgesia é indicada pela dor, sem dilatação mínima. Episiotomia: uso restritivo. Mecanismo: insinuação no cefálico = biparietal (maior diâmetro transverso) passa o estreito superior; plano 0 de DeLee = espinhas isquiáticas; rotação interna leva o occipital ao púbis; rotação externa leva o bisacromial ao diâmetro AP. RPMO < 34 sem sem infecção: conduta expectante (ATB de latência, corticoide) e pesquisa de infecção a cada 48h.

Previsão #1

Naegele = DUM +7d e +9m ou -3m se depois de março (DUM 26/06 = 26/06 + 7 dias = 03/07. Aí sim avaliamos o mês: -3 → DPP 03/04). Na USG TV, a ordem é saco gestacional → vesícula vitelínica → embrião → BCF (~6 sem). Se a CCN do 1° tri divergir da DUM em >7 dias, vale a USG. Toxo IgG+ e IgM+ antes de 16 sem: pedir avidez de IgG; alta = infecção anterior à gestação. Sífilis: teste rápido reagente = tratar na mesma consulta e colher VDRL. Não esperar o título e não rotular "título baixo = cicatriz" sem tratamento prévio documentado.

Previsão #2

SOMP (Rotterdam, 2 de 3): oligo/anovulação + hiperandrogenismo clínico OU laboratorial + morfologia (≥20 folículos/ovário ou volume ≥10 cm³). Hirsutismo com androgênios normais já preenche; microcistos periféricos não são obrigatórios. É diagnóstico de exclusão: TSH, prolactina e 17-OH-progesterona. Até 8 anos pós-menarca, não usar USG. IOP: <40 anos + oligo/amenorreia ≥4 meses + FSH >25 UI/L, com estradiol baixo (hipergonadotrófico); AMH não é o critério diagnóstico. Estrogênio é importante pra reduzir o risco cardiovascular na IOP.

Previsão #3

IECA/BRA são contraindicados na gestação: trocar por metildopa, nifedipino ou labetalol. PE: PA ≥140/90 após 20 sem + proteinúria OU lesão de órgão-alvo; edema saiu do critério e o volume de proteinúria não define gravidade. AAS 100–150 mg à noite ideal iniciar entre 12-16 sem, mas pode iniciar depois. Gravidade (PA ≥160/110, sintomas, HELLP) → MgSO4 (Zuspan: 4 g + 1 g/h). Toxicidade: reflexo patelar abolido, FR <16, diurese <25 mL/h → gluconato de cálcio. Parto (via obstétrica se estável): PE sem gravidade com 37 sem; com gravidade, ≥34 sem.

Previsão #4

Útero maior que a IG, β-hCG muito elevado, hiperêmese e sangramento escuro sugerem mola; a USG mostra padrão em "flocos de neve". Conduta: vácuo-aspiração e β-hCG semanal até 3 negativos, depois mensal; platô ou ascensão indicam neoplasia trofoblástica. Na ectópica, β-hCG acima da zona discriminatória sem saco intrauterino. Metotrexato se estável, sem BCF, massa <3,5 cm e β-hCG <5.000. No aborto, colo aberto = inevitável ou incompleto. Colo fechado = completo (sangramento aumentado), ameaça ou retido.

Previsão #5

TH é o tratamento mais eficaz dos fogachos. Contraindicações: câncer de mama ou endométrio, TEV, sangramento sem diagnóstico, hepatopatia grave e doença cardiovascular estabelecida. Iniciar antes dos 60 anos ou dos 10 anos de menopausa. Com útero, associar progestagênio; histerectomizada usa estrogênio isolado. Hipertrigliceridemia, enxaqueca ou risco de TEV favorecem a via transdérmica. Só queixa vaginal: estrogênio local.

Previsão #6

PBF: 5 parâmetros × 2 pontos (CTG, movimentos respiratórios, movimentos corporais, tônus e LA com MBV >2 cm); todos normais = 10. Na hipóxia aguda, some primeiro a CTG/respiratórios e por último o tônus; LA reflete hipóxia crônica. RCF: PFE ou CA <p3 = RCF mesmo com Doppler nl; ≥32 sem = tardia, <32 = precoce (maior associação com SHEG). RCF tardia com Doppler normal: parto a partir de 37 sem; colo desfavorável → preferir preparo mecânico (Foley). CTG: DIP III = oligoâmnio; DIP II = insuficiência placentária; DIP I = compressão cefálica.

Previsão #7

LARC = DIU de cobre, DIU-LNG e implante de etonogestrel; injetável trimestral NÃO é LARC. DIU-LNG reduz fluxo, gera amenorreia com frequência (é anovulatório em algumas pacientes) e também trata SUA. Trimestral: retorno da fertilidade atrasado (até ~10 meses) e spotting. Desogestrel 75 µg inibe ovulação; noretisterona 0,35 mg age sobretudo no muco e é considerado minipílula. Critério 4 da OMS para combinados: enxaqueca com aura, ≥35 anos fumando ≥15 cig/dia, PA ≥160/100, TEV atual/prévio, <6 sem pós-parto amamentando.

De olho na imagem

Resumo dos sinais esperados no diagnóstico da gestação

Presunção	Probabilidade	Certeza
Náuseas e vômitos	Atraso menstrual > 14 dias	Ausculta dos batimentos fetais
Polaciúria	Sinal de Piskacek	Percepção de partes e movimentos fetais
Atraso menstrual < 14 dias	Sinal de Hegar	Sinal de Puzos
Aumento da sensibilidade mamária	Amolecimento do colo do útero	
Cloasma gravídico	Sinal de Nobile Budin	
Linha Nigra	Sinal de Osiander	
Sinal de Halban	Sinal de Jacquemier	
Tubérculos de Montgomery	Alterações do muco cervical	
Rede de Haller	Sinal de Kluge	
Sinal de Hunter	Aumento do volume do útero	

Sinais de presunção = Sinais sistêmicos.

De probabilidade = genitais.

Certeza = fetais.

Preventiva

Aposta #1

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 24 horas Empresa (mas, qualquer um) 4 vias

Aposta #2

Atribuições exclusivas do médico na APS:

- Realizar **consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos**, atividades em grupo na UBS e no **domicílio** e/ou nos **demais espaços comunitários**;
- **Encaminhar,** quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, **mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento** do plano terapêutico prescrito;
- **Indicar a necessidade de internação** hospitalar ou domiciliar, **mantendo a responsabilização pelo acompanhamento** da pessoa.

Previsão #1

Indicadores de Morbimortalidade

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

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Casos novos da doença}}{\text{População suscetível à doença}} \times 10^n$$

$$\text{Mortalidade} = \frac{\text{Óbitos no período}}{\text{População}} \times 1000$$

$$\text{Letalidade} = \frac{\text{Óbitos pela doença}}{\text{Casos da doença}} \times 100$$

$$\text{Mortalidade Infantil} = \frac{\text{Óbitos de menores de 1 ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 1000$$

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

Previsão #2

Dengue

- **Grupo A:** sem sinais de alarme, comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais. Prova do laço negativa. **Acompanhamento ambulatorial e hidratação oral.** Exames a critério.
- **Grupo B: condições clínicas especiais,** comorbidades ou grupo de risco ou prova do laço positiva. Sem sinais de alarme. **Observação e reavaliação até resultado de exames**, hidratação oral supervisionada. Reavaliação diária, até 48 horas após queda da febre.
- **Grupo C: sinais de alarme. Exames obrigatórios:** função renal, hepática, hemograma, albumina sérica. Imagens recomendadas: RX de tórax e USG para derrames cavitários.
- **Grupo D:** choque. Expansão volêmica, exames obrigatórios, acompanhamento em **leito de terapia intensiva.**

Previsão #3

Níveis de Prevenção

- **Primária:** evitar o início da doença
  - **Prevenção primordial:** evitar surgimento do fator de risco (**cessação de tabagismo**)
  - **Promoção de saúde:** agir no condicionantes e determinantes individuais de saúde (**mudança de estilo de vida**)
  - **Proteção específica:** evitar agravo específico (**vacina**)
- **Secundária:** diagnóstico e tratamentos precoces buscando o melhor desfecho possível (**rastreamentos**)
- **Terciária:** reduzir complicações e melhorar qualidade de vida (**reabilitação**)
- **Quaternária:** evitar excessos e procedimentos desnecessários (**evitar sobrediagnóstico e sobretratamento**)
- **Quiquenária:** prevenir danos ao paciente atuando no profissional de saúde (**prevenir *burnout***)

Previsão #4

Atribuições dos profissionais da APS

Comuns a todos os membros das equipes:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde

Previsão #5

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 #6

Política Nacional de Humanização

Princípios

Transversalidade: não existe hierarquia ou relação de poder

Indissociabilidade entre atenção e gestão: todos devem conhecer a gestão e participar das decisões

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia de sujeitos e coletivos: mudanças são mais concretas quando há vontade dos envolvidos

Diretrizes

Acolhimento: escuta qualificada, vínculo/confiança

Gestão participativa e cogestão: comissões colegiadas, rodas de discussão

Ambiência: espaços saudáveis, confortáveis

Clínica Ampliada e Compartilhada: visão integral do indivíduo, comunicação adequada e compartilhar decisões

Valorização do Trabalhador: incluir na tomada de decisão

Defesa dos Direitos do Usuário: usuário deve conhecer seus direitos

Previsão #7

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:**
  - **Com assistência médica,** Médico preenche (Se não há diagnóstico, SVO); **Sem assistência médica, local com médico**: SVO preenche (sem SVO, qualquer médico preenche); **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

De olho na imagem

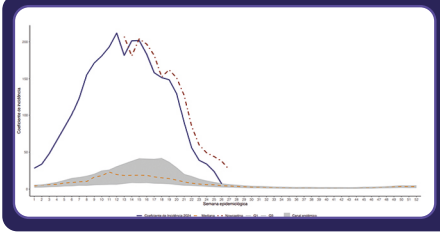


Diagrama de controle é uma ferramenta gráfica cujo objetivo é detectar precocemente aumentos **inesperados** dos números de casos. O eixo **vertical** indica a **incidência** de uma determinada doença e, o eixo **horizontal**, o **tempo**. A linha **superior** é o **limiar endêmico**, a linha inferior é o limite inferior endêmico; o espaço compreendido entre as linhas é chamada de **faixa endêmica**. **Incidências** acima do **limite superior** são consideradas **epidemias.**

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



a “A medway organizou todos os meus estudos, não me preocupei em planejar nada porque o app já fazia tudo pra mim!”

Giovanna Setubal Modesto
Aprovada em **2º lugar em Otorrinolaringologia na SCM-RP**

“O direcionamento do MedBrain me ajudou a saber quais temas priorizar de acordo com meus objetivos. Além disso, a plataforma oferece aulas didáticas e um banco de questões completo com bons comentários, provas na íntegra e a possibilidade de tirar dúvidas com respostas rápidas dos professores.



Maria Eduarda de Almeida
Aprovada em **Clínia Médica na SCM-RP**



“Estudei com a Medway durante todo o internato e foi a melhor decisão que tomei. Aulas didáticas e estudo completo durante o 5º ano e exercícios e intensivão focado no 6º ano fizeram toda a diferença no meu resultado. Recomendo a Medway para todos que buscam a aprovação!”

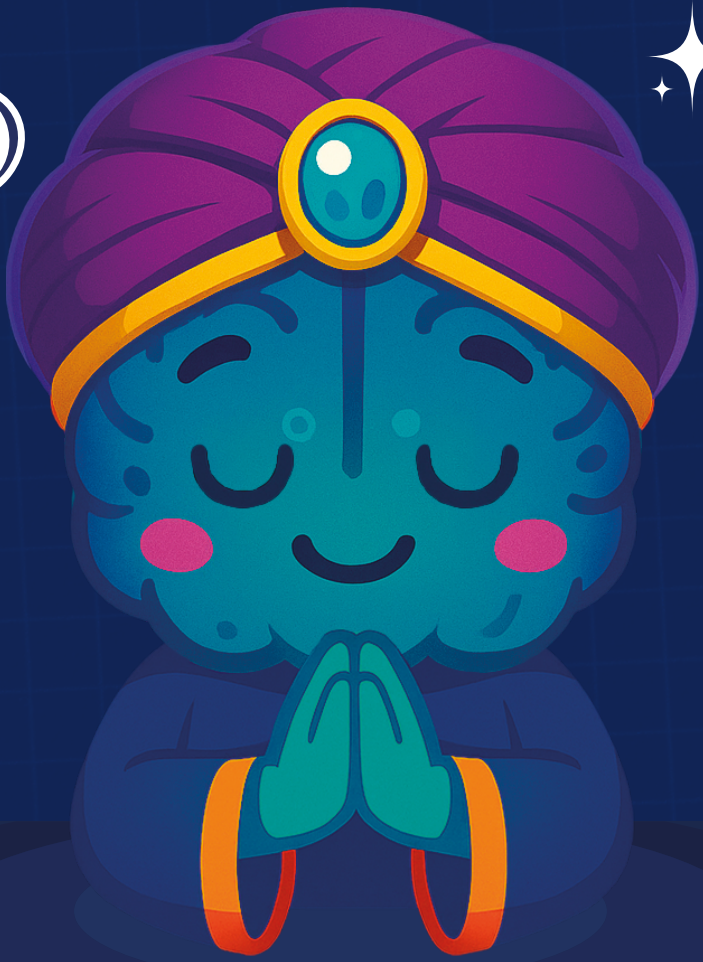
Pedro Paulo Foltran
Aprovado em **2º lugar em Oftalmologia na SCM-RP**

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