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 **Famerp**. 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



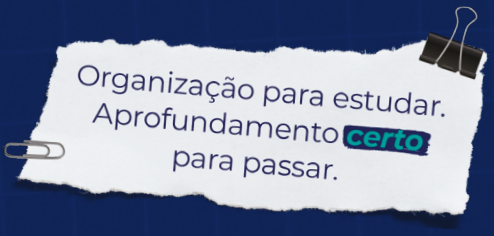
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Previsão #1

HAS é o foco mais cobrado da FAMERP em Clínica Médica (7 questões de 2022 a 2026)!

- **Diagnóstico:** PA de consultório ≥ 140/90 confirmada em duas ocasiões; pode usar MAPA (média de 24 h ≥ 130/80) ou MRPA (≥ 130/80); a MAPA também flagra o jaleco branco e a HAS mascarada.
- **HAS resistente:** PA fora da meta com 3 classes em dose máxima, incluindo tiazídico → a 4ª droga é a espironolactona. **Refratária:** fora da meta com ≥ 5 drogas, incluindo espironolactona e tiazídico.
- **Antes de rotular:** revise adesão, técnica de medida e uso de AINE, descongestionante e álcool; investigue causas secundárias: SAOS, DRC, **hiperaldosteronismo primário** (hipocalemia + relação aldosterona/renina ↑) e estenose de artéria renal (piora da creatinina com IECA/BRA).

Previsão #2

- **Hiponatremia aguda (< 48 h) ou sintomática grave:** bolus de 100–150 mL de NaCl 3% em 10 min (até 3×), dosando o Na após cada bolus. Sem NaCl 3% pronto: 10 mL de NaCl 20% + 90 mL de SF 0,9% (caiu em 2023!).
- **Teto de correção:** 8–10 mEq/L em 24 h e 18 mEq/L em 48 h (risco de mielinólise pontina).
- **Crônica e assintomática:** hipovolêmica = SF 0,9%; euvolêmica ou hipervolêmica = restrição hídrica ± furosemida.
- **HipoK refratária**? Dose o **magnésio**: sem corrigir a hipoMg, o K não sobe. Sulfato de Mg 10%: 1–2 g EV, em bolus se instável ou Torsades.

Previsão #3

- **Linfomas:** adenomegalia → biópsia EXCISIONAL; PET-CT no estadiamento ou TC de tórax, abdome e pelve. A hipercalcemia do linfoma responde a corticoide!
- **Mieloma múltiplo:** idoso + CRAB (hiperCa, IRA, anemia, lesões líticas) → eletroforese com pico monoclonal + biópsia de MO com ≥ 10% de plasmócitos. SLiM também fecha: ≥ 60% de plasmócitos, relação de cadeias leves ≥ 100 ou > 1 lesão focal na RM.
- **LMC:** cromossomo Philadelphia (BCR-ABL) → imatinibe.
- **Lise tumoral:** hiperK, hiperP, hipoCa e hiperuricemia → hidratação vigorosa + alopurinol (prevenção) ou rasburicase (alto risco ou estabelecida).
- **Neutropenia febril:** febre + neutrófilos < 500 (ou queda prevista para < 500) → ATB antipseudomonas na 1ª hora (cefepime, piperacilina-tazobactam ou meropenem).

Aposta #1

A FAMERP adora e já cobrou várias vezes alguns distúrbios carenciais que podem ter apresentações bem floridas!

Deficiência de B12: anemia macrocítica + neutrófilos hipersegmentados + alterações neurológicas (degeneração combinada subaguda da medula); ↑ homocisteína e ↑ ácido metilmalônico (no folato, só a homocisteína sobe). Causas: anemia perniciosa, metformina, IBP, gastrectomia e dieta vegana.

Déficit de tiamina: Wernicke = confusão + ataxia + oftalmoplegia (etilista, desnutrido, pós-bariátrica) → tiamina EV ANTES da glicose; beribéri úmido = IC de alto débito.

Aposta #2

Eles adoram cobrar análise de gasometria e aqui pode ser mais aprofundado! Lembrem-se de como calcular AG e delta-delta.

Gasometria: compensação esperada (acidose metabólica: $pCO2 = 1{,}5 \times HCO3 + 8 \pm 2$) e **ânion gap = Na − (Cl + HCO3)**, normal 8–12.

Delta-delta (AG - 12)/(24 - HCO3) na acidose com AG ↑: < 1 = acidose hiperclorêmica associada; 1–2 = acidose com AG ↑ isolada; > 2 = alcalose metabólica associada (ex.: CAD com vômitos).

Previsão #4

- **DM2:** DCV aterosclerótica, IC ou DRC → **iSGLT2 e/ou aGLP-1** com benefício comprovado, independentemente da HbA1c; HbA1c ≥ 7,5% → terapia combinada desde o início.
- **CAD = 3 pilares:** volume (SF 0,9% 15–20 mL/kg na 1ª hora), insulina e potássio. K < 3,5 → repor K e adiar a insulina; 3,5–5,0 → insulina + K; > 5,0 → insulina sem K. Insulina regular 0,1 U/kg/h, buscando queda de 50–70 mg/dL/h; glicemia ≤ 250 → SG 5% e reduzir a insulina.

Previsão #5

Colagenoses – foco no LES:

- **ACR/EULAR 2019:** FAN ≥ 1:80 obrigatório + ≥ 10 pontos, com pelo menos 1 critério clínico.
- **Autoanticorpos:** anti-Sm = mais específico; anti-DNAds = atividade e nefrite (com ↓ C3/C4); anti-histona = induzido por droga.
- **Nefrite lúpica** (edema, proteinúria, hematúria, ↑ creatinina): pulso de metilprednisolona por 3 dias + indução com ciclofosfamida ou micofenolato; antes de imunossuprimir, trate empiricamente estrongiloidíase.

Previsão #6

Sepse e choque:

- Triagem (NEWS, SIRS) → SOFA ≥ 2 = sepse. **Choque séptico:** DVA para PAM ≥ 65 + lactato > 2 após volume.
- **1ª hora:** culturas, ATB de amplo espectro, cristaloide 30 mL/kg e noradrenalina se PAM < 65 (pode ser 60 para idosos); lactato seriado.
- **Swan-Ganz (caiu em 2026):** distributivo = RVS ↓, PVC e POAP ↓, DC normal ou ↑; hipovolêmico = PVC e POAP ↓, DC ↓, RVS ↑; cardiogênico = POAP ↑, DC ↓, RVS ↑; obstrutivo = PVC ↑, DC ↓, RVS ↑.

Previsão #7

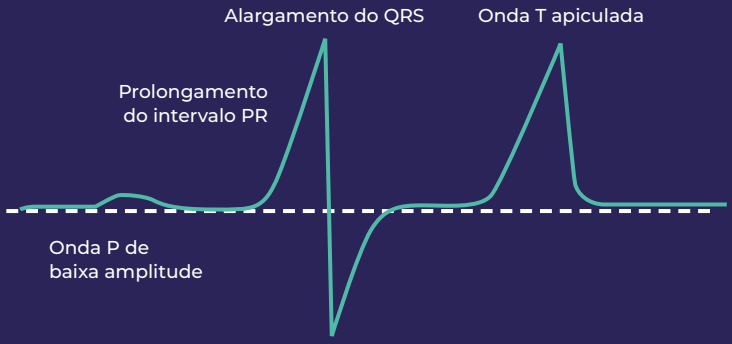
Cirrose:

- **Encefalopatia hepática:** procure o precipitante: hipocalemia e alcalose por diuréticos (caiu em 2026!), infecção, sangramento, constipação, desidratação e sedativos. Tratamento: lactulose ± rifaximina.
- **PBE:** ≥ 250 PMN no líquido ascítico → ceftriaxona + albumina (1,5 g/kg no D1 e 1 g/kg no D3).
- **Paracentese > 5 L:** albumina 6–8 g por litro retirado.
- **Síndrome hepatorrenal:** suspender diuréticos, albumina + terlipressina.

De olho na imagem

Hipercalemia no ECG, em ordem de gravidade: onda T apiculada → onda P de baixa amplitude e PR longo → QRS alargado → padrão sinusoidal → FV/assistolia.

- Alterou o ECG? 1ª medida: **gluconato de cálcio 10% EV**, que estabiliza a membrana, mas não reduz o K!
- Depois: shift (insulina + glicose, β2-agonista, bicarbonato se acidose) e remoção (diurético, resinas, diálise).



Cirurgia Geral

Aposta #1

Lesões císticas de pâncreas: colangio-RNM ou Eco-EDA. **Neoplasia Cística Serosa:** Senhora, "Sicatriz Sentral", Sem CEA, Sem tumor, Sem cirurgia. **Neoplasia Cística Mucinosa**: mulher, muito CEA, maligniza, cirurgia. **Tumor de Frantz:** sólido cística, mulher jovem, cresce rápido, cirurgia. **IPNM:** acomete ducto principal ou secundário, assintomático, TC com atrofia de parênquima, ↑ CEA e amilase no líquido do cisto - Critérios de Fukuoka para cirurgia: nódulo mural captante > 5 mm, dilatação do ducto de Wirsung > 1 cm e icterícia obstrutiva.

Aposta #2

Lesão de árvore traqueobrônquica

Reconhecer o mecanismo: Trauma de grande energia. 80% óbito em cena ou até 2h. **Clínica:** Dispnéia, enfisema subcutâneo, disfonia, hemoptise, insuficiência respiratória. Lesão cervical penetrante ou com fuga aérea. **Outros achados:** Pneumotórax: drenagem importante e persistente. piora ventilatória após aspiração do dreno, ausência de expansão pulmonar pós drenagem, escape aéreo. IOT: dificuldade de progredir o tubo, vazamento persistente com balonete hiperinsulflado . **Diagnóstico:** Padrão ouro: broncoscopia. RX de tórax: pneumotórax. **Conduta imediata:** Garantir via aérea: IOT guiada por broncoscopia. Tratar PTX: 2o dreno apenas em casos de exceção (obstrução, ponte para broncoscopia). **Conduta definitiva:** Cirurgia (cervicotomia ou toracotomia).

Previsão #1

Hérnias Inguinocrurais

Indireta: atravessa o anel inguinal profundo, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Mais comum na infância, pode atingir o escroto e apresenta maior risco de encarceramento que a direta. À semiologia, impulsiona a ponta do dedo. **Direta:** protrui pela parede posterior do canal inguinal, no triângulo de Hesselbach, medialmente aos vasos epigástricos inferiores. Geralmente adquirida, impulsiona a polpa do dedo e apresenta menor risco de encarceramento. **Femoral**: protrui pelo canal femoral, abaixo do ligamento inguinal, medialmente à veia femoral. Mais frequente em mulheres idosas e com maior risco de estrangulamento. **Diagnóstico:** predominantemente clínico. **Tratamento:** correção com tela por via anterior ou posterior nas inguinais; preferência pela via posterior nas femorais.

Previsão #2

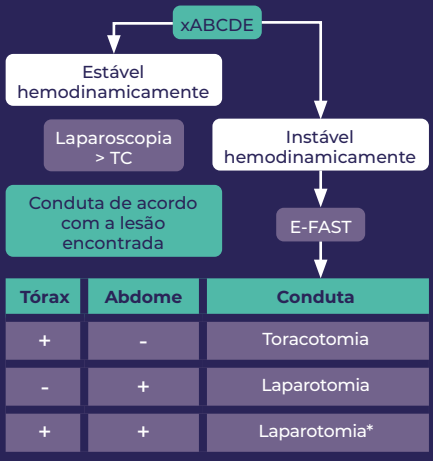
Câncer Gástrico

Mais comum: **adenocarcinoma**, classificado por **Lauren** em **intestinal** (idosos, distal, melhor prognóstico) e **difuso** (jovens, proximal, pior prognóstico, mutação E-caderina). Diagnóstico: **EDA + biópsia**, sendo a **classificação de Bormann III** a mais comum. **Estadiamento: TC de tórax, abdome e pelve** e **ecoendoscopia** (avalia T e N). **TNM**: T1a mucosa, T1b submucosa, T2 muscular, T3 subserosa, T4a serosa, T4b estruturas adjacentes.**Tratamento: Ressecção endoscópica:** tumor <2 cm, bem diferenciado, T1a, não ulcerado, sem invasão linfática. **Gastrectomia subtotal ou total + linfadenectomia D2 (≥15 linfonodos)** conforme localização.

GIST: tumor mesenquimal das células de Cajal, mais comum no estômago; CD117 e DOG1 positivos. Dissemina para fígado e peritônio; linfonodos raramente. Tratamento: ressecção R0, sem ruptura e sem linfadenectomia de rotina. Alto risco: >10 cm OU >10 mitoses/5 mm² OU >5 cm com >5 mitoses/5 mm². Ruptura também define alto risco; sítio não gástrico pode elevar a categoria mesmo abaixo desses cortes. Imatinibe na doença avançada e adjuvância de alto risco com mutação sensível; pode ser neoadjuvante.

Previsão #3

Trauma de Transição Toracoabdominal



Tórax	Abdome	Conduta
+	-	Toracotomia
-	+	Laparotomia
+	+	Laparotomia*

Se estabilidade hemodinâmica, após TC: ferimento à esquerda possibilidade de hérnia traumática = laparoscopia / se ferimento à direita com tórax sem lesões ameaçadoras e abdome sem lesões cirúrgicas = tratamento conservador.

Previsão #4

REMIT - Gatilhos: trauma, sepse, dor, choque, hipóxia, acidose e hipotermia. Objetivo: garantir glicose e energia aos tecidos nobres por hormônios contrarreguladores e resistência à insulina.

- **Catecolaminas (adrenalina/noradrenalina):** vasoconstrição, ↑ FC e PA, ↑ lipólise, ↓ insulina e ↑ glucagon.
- **Cortisol:** ↑ gliconeogênese, proteólise muscular e lipólise; potencializa resposta inflamatória.
- **ADH:** retenção hídrica e vasoconstrição.
- **Aldosterona:** retenção de sódio e água, ↑ excreção de potássio.
- **GH:** resistência à insulina e lipólise.
- **Citocinas pró-inflamatórias:** TNF-α, IL-1, IL-6 e IL-8

Resultado: hiperglicemia, hipercatabolismo, resistência insulínica e retenção hídrica.

Previsão #5

xABCDE

C: circulation

Protocolo de transfusão maciça

Indicar se: Shock Index (FC/PAS) > 1.0, ABC Score à partir de 2 pontos

ABC Score:	Não	Sim
Mecanismo de Trauma Penetrante	0	1
FAST+	0	1
FC > 120 bpm	0	1
PAS < 90 mmHg	0	1

Transamin

Indicação: Hemorragia não compressível,hemotransfusões, Choques grau III e IV

Adm: Bolus 1g em 10min, idealmente nos 1°s 10min de trauma, até 3h do trauma. Repetir 1g ao longo de 8h. É possível 2g em bolus (ATLS 11ªEd)

ROTEM

R longo Demora pra iniciar → P.F.C

AM baixa → Coágulo "mole" → Plaquetas

Hiperfibrinólise → Transamin

Previsão #6

Colecistite - gravidade (Tokyo)	**Grau II:** leuco >18.000, dor >72 h, massa QSD/complicação local. **Grau III:** disfunção orgânica (CV, neuro, resp P/F<300, renal Cr>2,0, hepática INR>1,5, hemo PLQ<100.000).
Colecistite - tratamento (ASA)	**1. Grau I:** ASA I–II → VLP; ASA III–IV → ATB+suporte. **2. Grau II: ATB+suporte;** se não melhora → colecistostomia; se ASA I–II e melhora → VLP urgente; se ASA III–IV e melhora → eletiva. **3. Grau III: ATB+suporte + colecistostomia;** VLP urgente só se ASA I–II + disfunção favorável/transitória em centro especializado.

De olho na imagem

Trauma Abdominal Contuso → **Lesões órgão-específico**

Órgão	Divisão	Tratamento / Conceitos na Estabilidade clínica
Fígado	Presença de Blush / Fístula A-V / Pseudoaneurisma	Arteriografia + Embolização
	Instabilidade Hemodinâmica	Controle de Danos: • Compressão "sanduíche" com compressas (Packing) • Manobra de Pringle: diferencia de sangramento cava retro-hepático (clamp. artéria hepática, colédoco e veia porta)
	Maioria dos casos	Conduta conservadora

Pediatria

Aposta #1

Suplementação de Ferro

ATUALIZAÇÃO 2026:

- RN termo + peso adequado → 10–12,5 mg/dia de ferro elementar, dos 6 aos 24 meses →
  - 2 ciclos de 3 meses, preferencialmente iniciados aos 6 e 12 meses.
  - Prematuro e/ou baixo peso: iniciar aos 30 dias:
    - 1.500–2.500 g → 2 mg/kg/dia
    - 1.000–1.500 g → 3 mg/kg/dia
    - <1.000 g → 4 mg/kg/dia
    - Durante o 1º ano; entre 12–24 meses → 1 mg/kg/dia contínuo.

Aposta #2

PALS

1. Lembrar do algoritmo → Ritmo chocável ou não chocável?
2. Detalhes no atendimento:
   - 100 a 120 por minuto.
   - 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax
   - Retorno completo do tórax entre as compressões.
   - Evitar interrupções desnecessárias.
3. Técnica
   - Usar a de uma mão ou dos dois polegares. Não usar técnica dos 2 dedos!
   - <1 ano:
     - Socorrista único: 30 compressões : 2 ventilações.
     - Dois socorristas: 15 compressões : 2 ventilações.
     - Se via aérea avançada: compressões contínuas a 100–120/min + 1 ventilação a cada 2–3 s (20–30/min).

Previsão #1

Imunizações

- **VIVAS:** BCG · Rotavírus · FA · SCR · SCRV · Varicela
  - Imunossupressão + vacina viva: pare e avalie antes de vacinar
- **ATUALIZAÇÕES:**
  - POLIO → VIP aos 2, 4, 15 meses e 4 anos
  - ROTAVÍRUS → novos limites: D1 até 11m29d | D2 até 23m29d
  - MENINGO → reforço aos 12 meses = ACWY
  - PNEUMO → PCV20 incorporada ao PNI

Previsão #2

- **"TORCHS":** principais conceitos cobrados:
- **HIV:** Indicação de quimioprofilaxia de acordo com o risco.
- **Sífilis:** A mãe foi tratada de forma adequada durante a gestação? → norte inicial de raciocínio. Seguir passo a passo o fluxograma!
  - Notificar para sífilis congênita!
- **Hepatite B:** Se HbsAg reagente ao nascimento
  - Imunoglobulina anti-HepB até 12 horas de vida
  - Vacina contra a hepatite B até 24 horas de vida
- **Toxoplasmose:** Hidrocefalia e calcificações intracranianas em todo o parênquima, hepatoesplenomegalia, coriorretinite
- **CMV:** Microcefalia, petéquias, calcificações periventriculares

Previsão #3

Distúrbios Obstrutivos

ASMA

Sintomatologia + confirmação de variabilidade de fluxo expiratório

EXACERBAÇÃO → Classificar se leve, moderado ou grave.

- SABA, O2 S/N, ipratrópio, prednisolona ou metilprednisolona, sulfato de Mg (escolhas a depender da sintomatologia e gravidade)

AMBULATÓRIO → Controle com as 4 perguntas

0: controlada

1-2: parcialmente controlada

3-4: mal controlada

- <5 anos:
  - STEP 1: Sem evidências para uso de medicação de controle
  - STEP 2: CI dose baixa
  - STEP 3: Dobrar dose do CI
  - STEP 4: Especialista
- 6-11 anos:
  - STEP 1: CI quando SABA
  - STEP 2: CI dose baixa
  - STEP 3: CI dose moderada / MART
  - STEP 4: CI dose moderada + LABA / MART
  - STEP 5: Especialista

Previsão #4

Crescimento e Desenvolvimento na Infância e Adolescência

Marcos do DNPM - Saber os marcos de um bebê →

- Adequado? Provável atraso? Alerta para desenvolvimento?
- Saber marcos do DNPM para um bebê de "X" meses

Antropometria

- Lembrar que até 5 anos → +1 a +2 risco de sobrepeso
- A partir de 5 anos → +1 a +2 sobrepeso

Estágios de Tanner

- Ordem dos eventos puberais
  - Menina: Telarca → pubarca → estirão → menarca.
  - Menino: Aumento testicular → pubarca →crescimento peniano → estirão.

Previsão #5

Sala de Parto

Reanimação neonatal

- Cordão: boa vitalidade → clampear ≥60 s
- Sem boa vitalidade: estímulo tátil ~15 s antes do clampeamento
  - Não mais 3 estímulos! → **ATUALIZAÇÃO 2026**!
- Ordenha: considerar se ≥28 sem; contraindicada <28 sem
  - Cerca de 20 cm ao longo de 2 segundos e fazer 3 movimentos → **ATUALIZAÇÃO 2026**!
- VPP: apneia/respiração irregular/FC <100 → iniciar no 1° minuto
- VPP ineficaz: corrigir técnica antes de aumentar O_2!
- Em <34 semanas, iniciar FiO2 com 60% (não mais 30%). Em >=34 semanas, segue sendo 21% → **ATUALIZAÇÃO 2026**!
- **MEMORIZAR FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO!**

Previsão #6

Nutrição na Pediatria

Amamentação

Conceitos gerais → 1. Livre demanda / 2. Esvaziar a mama antes de trocar para a outra / 3. Se precisar voltar a trabalhar → leite ordenhado / 4. Respeitar o tempo de armazenamento / 5. Descongelar em banho maria

Armazenamento:

- Geladeira - 12 horas
- Freezer - 15 dias

DICA: A resposta correta quase sempre é:

- Manter aleitamento
- Corrigir técnica
- Orientar mãe
- Evitar fórmula
- Evitar suspensão desnecessária

Previsão #7

Alojamento Conjunto e Testes de Triagem Neonatal

Teste do Coraçãozinho

- Apenas em RNs com 35 semanas ou mais
- Entre 24 e 48 horas de vida
- Oxímetro no MSD e um dos MII
- Se <=89: Teste positivo
- Se >=95 e diferença entre MSD e MII <=3: Teste negativo
- Se meio termo: Repete → mantido? Repete → mantido? → Teste positivo

De olho na imagem

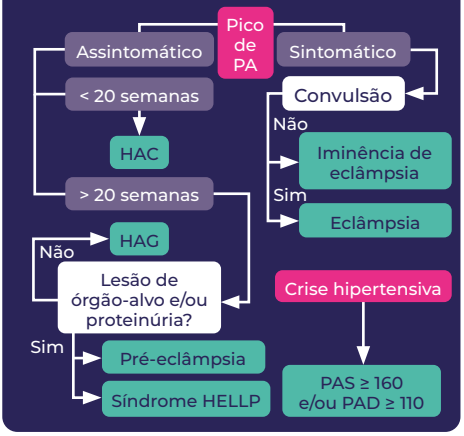


Manchas de Koplik: pequenos pontos brancos, branco-azulados ou acinzentados, com o centro brilhante tipicamente na parte interna da bochecha (mucosa jugal), geralmente na altura dos primeiros ou segundos molares superiores. → SARAMPO

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Síndromes Hipertensivas na Gestação



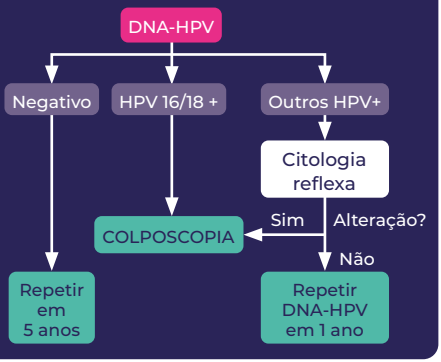
Aposta #2

Gestação ectópica

	Critérios	
Conduta expectante	• Gestação ectópica íntegra • Estabilidade hemodinâmica • Desejo de gestação no futuro • Ausência de BCF	• Massa anexial com diâmetro < 5 cm • βhCG em queda e com nível inicial menor que < 2.000 mUI/mL
Conduta medicamentosa		• Massa anexial com diâmetro < 3,5 cm • βhCG < 5.000 mUI/ml e em ascensão ou platô • Ausência de disfunção hepática, disfunção renal, trombocitopenia, leucopenia, imunodeficiências
Conduta cirúrgica	• Gestação ectópica rota • Instabilidade hemodinâmica • BCF presente • βhCG > 5.000 mUI/mL • Recorrência de ectópica na mesma tuba	

Previsão #1

Rastreamento CA de colo uterino



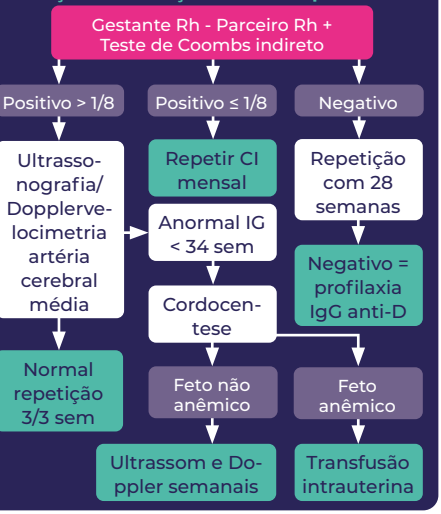
Previsão #2

Cardiotocografia

Categoria 1	Variabilidade Adequada e Sem Desaceleração Suspeita	Segue o jogo
Categoria 2	Variabilidade Inadequada ou Desaceleração Suspeita	Reanimação + Repetição
Categoria 3	Os Dois Juntos Ou Bradicardia Ou Sinusoidal	Parto!

Previsão #3

Avaliação da doença hemolítica perinatal



Previsão #4

Resumão da esterilização cirúrgica no Brasil

Indicações	Observações
Maiores de 21 anos OU Pelo menos 2 filhos vivos OU Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto. É necessário relatório escrito e assinado por dois médicos	Capacidade civil plena Aconselhamento por equipe multidisciplinar Prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico Laqueadura pós-parto autorizada, desde que também se cumpra o prazo de 60 dias supracitado Não é necessário autorização do parceiro(a) e/ou cônjuge!

Previsão #5

Propedêutica da infertilidade conjugal

OVULAÇÃO
Padrão de ciclos menstruais
Dosagem FSH: Dosagem de progesterona (21° e 24°d do ciclo)
Dosagem AMH: Contagem de folículos antrais no 1°d do ciclo (CFA)

TUBAS
Histerossalpingografia
Cotte

ÚTERO
USTV

ESPERMATOZÓIDE
Espermograma

Previsão #6

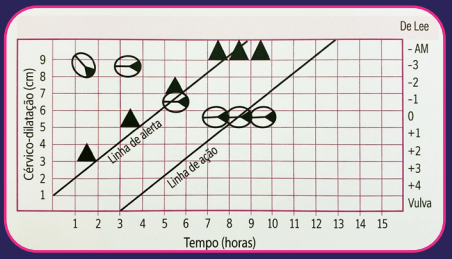
Síndrome de Rokitansky - Kuster - Hauser (46, XX)	Sd. Morris (insensibilidade aos androgênios) (46, XY)
Ausência de útero, trompas e porção superior da vagina	Vigilância semanal
Genitália externa feminina e interna ausente	Genitália externa feminina e interna ausente
Há desenvolvimento de todos os caracteres sexuais secundários	Desenvolvimento das mamas mas **não dos pelos**
Pode haver anormalidades renais em 1/3 dos casos	-

Previsão #7

Distócia de ombros

A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesista a postos
L	Levantar os membros inferiores em hiperflexão (manobra de McRoberts)
E	Pressão suprapubica externa (manobra de Rubin I)
E	Considerar episiotomia
R	Remover o braço posterior
T	Toque para manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)

De olho na imagem



As distocias do trabalho de parto devem ser diferenciadas a partir do triângulo da dilatação. Se houver dilatação total, estamos frente às distocias do expulsivo.

Ao lado, vemos um parada secundária da descida, em que não há progressão da altura da apresentação em toques sucessivos. Tenta-se verticalização, amniotomia, ocitocina e rotação manual.

Na presença de contrações efetivas, diagnosticamos uma desproporção cefalopélvica, sendo indicação de parto cesariano.

Preventiva

Aposta #1

- **NR-1:** Gerenciamento de Riscos (GRO/PGR).
- **NR-4:** Dimensionamento e atuação do SESMT.
- **NR-5:** Atuação da CIPA (acidentes e assédio).
- **NR-6:** Regras e uso obrigatório de EPI.
- **NR-7:** Diretrizes do PCMSO e exames (ASO).
- **NR-9:** Avaliação de riscos físicos, químicos e biológicos.
- **NR-15:** Critérios para adicional de Insalubridade.
- **NR-16:** Critérios para adicional de Periculosidade.
- **NR-17:** Ergonomia no trabalho.
- **NR-32:** Segurança e saúde nos Serviços de Saúde.

Aposta #2

Verticalização na saúde suplementar: é a compra e fusão de hospitais, laboratórios e clínicas pelas operadoras de convênio para atuar com rede própria. Para o usuário, isso pode ser prejudicial por restringir sua liberdade de escolha de médicos e locais de atendimento. Além disso, cria um conflito de interesses: com o objetivo de conter custos, a operadora pode burocratizar ou negar exames, procedimentos e internações, afetando a qualidade e a agilidade do cuidado.

Previsão #2

Princípios do SUS

- Éticos / Doutrinários terminam em "IDADE"
  - Universal**idade**
  - Integral**idade**
  - Equ**idade**
- Organizativos terminam em "AÇÃO"
  - Descentraliz**ação**
  - Regionaliz**ação**
  - Hierarquiz**ação**
  - Particip**ação** social

Previsão #1

NR-1 foi atualizada

Gerenciamento de riscos ocupacionais: deve abranger os riscos que decorrem dos agentes físicos, químicos, biológicos, riscos de acidentes e riscos relacionados aos fatores ergonômicos, incluindo os fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho.

A organização deve:

a. evitar ou eliminar os perigos ocupacionais que possam ser originados no trabalho;

b. identificar os perigos e possíveis lesões ou agravos à saúde;

c. avaliar os riscos ocupacionais indicando o nível de risco;

d. classificar os riscos ocupacionais para determinar a necessidade de adoção de medidas de prevenção;

e. implementar medidas de prevenção, de acordo com a classificação de risco e na ordem de prioridade; e

f. acompanhar o controle dos riscos ocupacionais.

Previsão #3

Medidas de associação

Exposição presente	Exposição ausente	Total
Coorte ou ensaio clínico	Caso controle	Transversal
Chance de um indivíduo exposto desenvolver a doença	Chance de um indivíduo doente ter sido exposto	Relação da prevalência da doença entre expostos e não expostos
$RR = \frac{IE}{I\bar{E}} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$	$OR = \frac{IE}{I\bar{E}} = \frac{a \times d}{b \times c}$	$RR = \frac{PE}{P\bar{E}} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$

Previsão #4

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 próximo dia útil (imediato em caso de óbito) Empresa (mas, qualquer um) 4 vias

Previsão #5

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 #6

Quem preenche a DO?

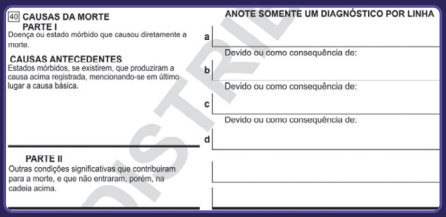
Situação		Quem preenche
Causas naturais no estabelecimento de saúde		Médico assistente
Causas naturais fora do estabelecimento de saúde	Com assistência médica	Médico assistente
	Sem assistência médica, em local com médico	SVO
	Sem médico	Cartório do registro civil
Causas acidentais e/ou violentas		IML

Previsão #7

Profilaxia da Raiva

Animal	Indireto	Leve	Grave
Cão ou gato (sem suspeita)	x	x	x
Cão ou gato (com suspeita)	x	Vacina	Sorovacinação
De interesse econômico	x	Vacina	Sorovacinação
Silvestre	x	Sorovacinação	Sorovacinação
Morcego	Sorovacinação	Sorovacinação	Sorovacinação

De olho na imagem


40 CAUSAS DA MORTE — ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.
a
Devido ou como consequência de:

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.
b
Devido ou como consequência de:
c
Devido ou como consequência de:
d

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Parte I: indica a sucessão de eventos (causas) que levaram à morte

Causa imediata: vai sempre na **primeira linha (a)**

Causa básica: vai sempre na **base** da lista (**não quer dizer a última linha**)

Causa intermediária: pode existir duas, uma ou nenhuma, vão sempre nas linhas **b** e **c**.

Parte II: Condições que contribuíram para a morte mas não fazem parte da sucessão de eventos. **Não inserir doenças aleatórias só porque foram mencionadas no enunciado**.

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

25 **primeiros lugares** da **Famerp** são Medway

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"Ultradirecionamento!!! Foi essa a grande contribuição da Medway na minha preparação. Poder focar nos pontos fracos e estar cada vez mais adaptado às provas que desejo prestar. Todos os professores super acessíveis e parceiros. Sou muito grato a toda essa parceria com a Medway. Recomendo de olhos fechados!!!"

Luis Othavio da Rocha Pavaneli
Aprovado em **1º lugar em Clínica Médica na FAMERP**

"A minha preparação para as provas de residência foi longa, cansativa e exigente, demandando direcionamento nos estudos, algo que a Medway me proporcionou durante o ano. Por meio do MedBrain, foquei intensamente nos assuntos prioritários e de alta prevalência e programei inúmeras revisões espaçadas que me ajudaram a consolidar os assuntos em 2025."

Luiz Fernando Leite da Silva Neto
Aprovado em **Clínica Médica na FAMERP**





"A Medway foi fundamental, com a atualização da plataforma e as sugestões diárias de temas prioritários ajudou demais para realizar mais de 15 mil questões nessa preparação"

Gustavo Queiroz Telles
Aprovado em **2º lugar em Medicina Física e Reabilitação na FAMERP**

Vai prestar R+?

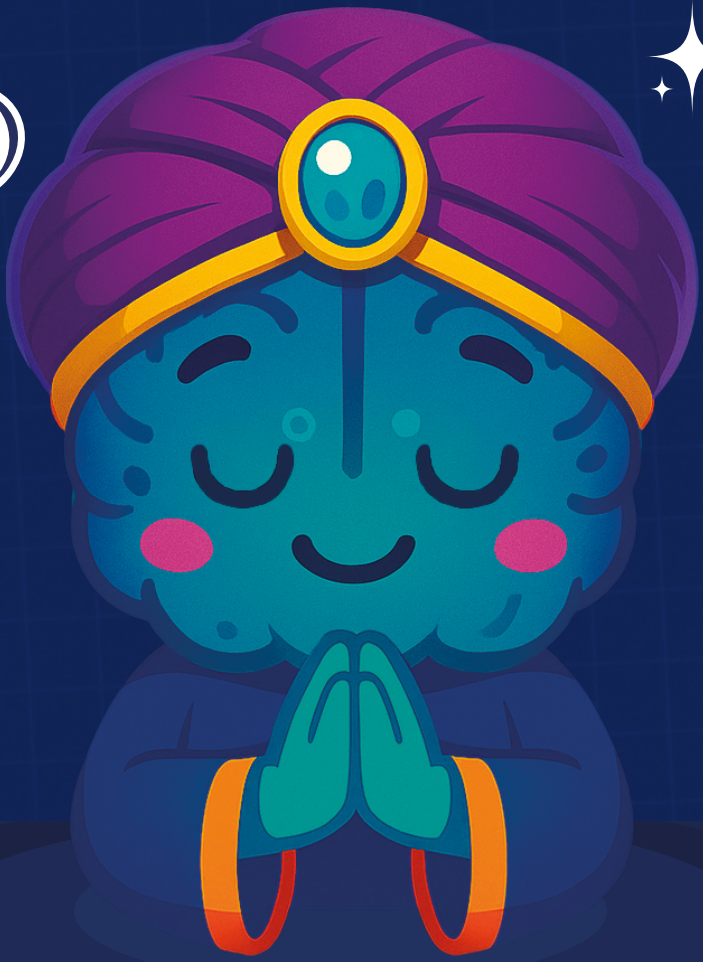
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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