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 **FMABC**. 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



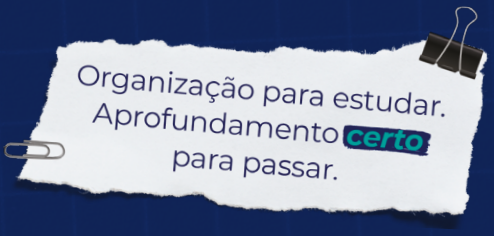
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

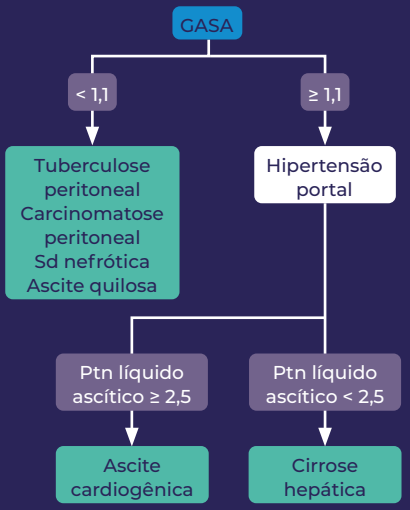
Aposta #1

HAS secundária (estigmas)

Disfunção renal	DRC
Hipocalemia espontânea ou após diuréticos	Hiperaldo. primário
Crises adrenérgicas	Feocromocitoma
Sinais de endocrinopatia	Hipo/ hipertireoidismo Cushing
Roncos e sonolência	SAHOS
Assimetria de pulsos	Coarctação de aorta
Sopro abdominal	Hipertensão renovascular

Aposta #2

Diagnóstico diferencial ascite guiado pelo GASA.



Previsão #1

Diabetes: Tratamento Ambulatorial e Complicações Crônicas

Metformina é a primeira escolha genérica, mas deve ser **evitada se ClCr <30**. Em pacientes com **doença cardiovascular ou renal**, os preferidos são **iSGLT2 e aGLP1**, por reduzir a mortalidade; Escolha iSGLT2 por impacto na redução do RCV e na progressão de nefropatia ou aGLP1 com impacto em sobrepeso/obesidade. **Pioglitazona** é armadilha — causa retenção hídrica e piora IC. Se **HbA1c >9% com sintomas**, inicie **insulina**. Para complicações, **IECA/BRA, iSGLT2 e finerenona** protegem o rim; **duloxetina e gabapentina** aliviam neuropatia dolorosa.

Previsão #2

Síndrome Coronariana e Diagnósticos Diferenciais

Supra difuso de ST + infra de PR? Pericardite. A **troponina** é o marcador mais sensível: sobe em 3–12h, pico em 24–48h, normaliza em até 10 dias; **CK-MB** é útil para re-infarto precoce. O tratamento clínico da DAC que muda a mortalidade é: **AAS, aGLP1** (se sobrepeso/obesidade ou DM + DAC), **Estatina, IECA, iSGLT2** (Se DM, nefropatia ou IC), **Bbloq**. Tratar angina não muda mortalidade (nitratos, Bloqueador de canal de cálcio). A revascularização está indicada para Anatomia grave (TCE > 50%, triarterial) ou disfunção ventricular (FEVE <35-40%).

Previsão #3

Cirrose, Insuficiência Hepática e Complicações

EH tem inversão do sono e *asterixis*; **constipação é um fator precipitante**, tratada com **lactulose até 3 evacuações/dia**. A **ascite** exige **paracentese**: **GASA ≥ 1,1** = hipertensão portal. Na **PBE, PMN ≥ 250/mm³** já indica antibiótico (ceftriaxona) sem esperar cultura, administre **albumina 1,5 g/kg no D1 + 1 g/kg no D3** para prevenir **SHR**. No paciente cirrótico com piora de função renal: Avalie a necessidade de expansão com albumina 1g/kg/dia - 24-48h ou cristaloide. Se confirmar, SHR, trate com expansão volêmica com albumina (25-50g / dia) + vasoconstritor - Terlipressina.

Previsão #4

Ferritina ↑ + Sat. transferrina > 45% / TIBC ↓	Anéis de Kayser-Fleischer	TGO > TGP (2x)
Hemocromatose	Doença de Wilson	Alcoólica
Hepatopatia, Heart, Hipogonadismo, Hiperglicemia, "H"artrite, Hiperpigmentação. HFE mutação C282Y	Anemia hemolítica coombs neg. SNC: parkinsonismo, tremores e distonias Ceruloplasmina ↓ / Cobre Ur 24h ↑	GGT ↑, VCM ↑, etilismo, C. Dupuytren, aumento parótidas, leucocitose, febre, dor em HCD. Tratamento: Avaliar Maddrey > 32 (cort.) + pentoxifilina

Previsão #5

Fase 2

Volume, Insulina e Potássio

- Volume
  - Na corrigido: Na + [1,6 x (glic-100/100)]
    - < 150 → NaCl 0,9%
    - ≥ 150 → NaCl 0,45%
    - → 250-500ml/h
- Potássio
  - < 3,3 → Não dar insulina → KCl
  - 3,3-5,2 → KCl
  - > 5,2 → Não dar K+ → Dar insulina

Regular em BIC 0,1U/kg bolus + 0,1U/Kg/h OU 0,14 U/Kg/h SEM bolus

Previsão #6

FC < 50
M.O.V.E.
Procurar a etiologia
(Ex. Hipoxemia)

Sinais de instabilidade hemodinâmica?
- Não → Observação e consulta ao especialista
- Sim → Atropina EV + 1 mg a cada 3-5min (Máx 3mg) → foi eficaz?
  - Sim → Observação e consulta ao especialista
  - Não → MP transcutâneo ou dopamina (2 a 10 ug/kg/min) ou adrenalina (2 a 10 ug/kg) Foi eficaz?
    - Sim → Observação e consulta ao especialista
    - Não → Marca-passo transvenoso e/ou consulta a especialista

Previsão #7

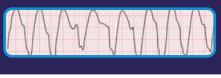
Mulher jovem, FAN+	Mulher, FA/ GGT, fadiga	Homem + Retocolite ulcerativa
Hepatite Autoimune	Colangite Biliar Primária	Colangite Esclerosante Primária
Pseudoroseta s e hepatite de interface Outras doenças autoimunes ↑ TGO/TGP, Albumina ↓, ↑ TP/TTPA FAN + / anti-músculo liso / anti-LMK-1 / ↑ IgG Tratamento: Corticoide + Azatioprina	Outras doenças autoimunes Fadiga, prurido, colestase, CPRE normal Anticorpo anti-mitocôndria (AMA)	Colestase (icterícia, prurido) / CPRE em conta de rosário / p-ANCA +

De olho na imagem

Taquiarritmias e PCR

Na FMABC, o diagnóstico rápido pelo ECG e o raciocínio sobre estabilidade hemodinâmica definem a questão. **Taquiarritmia instável → cardioversão elétrica sincronizada. FV/TV sem pulso → desfibrilação imediata (assim como TV polimórfica e torsades mesmo com pulso).** Em caso de PCR por afogamento / hipertermia: pH < 7,1 e K > 7,0 → pior prognóstico.

Taquicardia ventricular



Fibrilação ventricular



Cirurgia Geral

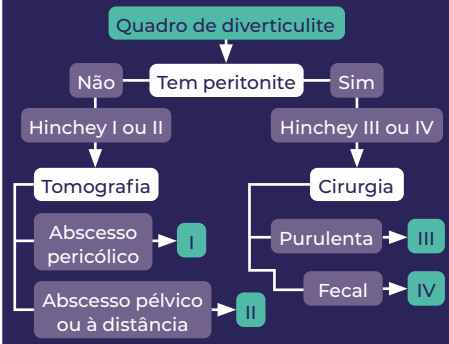
Aposta #1

Principais células da cicatrização

	Função	Principal fase
Neutrófilo	Fagocitose bacteriana	Inflamatória (primeiro a chegar)
Macrófago	Produção de citocinas inflamatórias Ativação de fibroblastos	Inflamatória (**principal** célula)
Fibroblasto	Produção de colágeno Ativação dos queratinócitos	Proliferativa (**principal** célula)
Queratinócitos	Reepitelização (24-48h)	Proliferativa
Miofibroblastos	Contração da ferida	Maturação

Aposta #2

Hinchey e conduta na diverticulite



0: diverticulite clínica e ausência de achados na TC

Ia: inflamação pericólica / Ib: abscesso pericólico

Se abscesso >= 4cm drenagem + ATB, se < apenas ATB.

III e IV = RTS à Hartmann

Previsão #1

Fístulas

Fatores **desfavoráveis** para fechamento espontâneo

- Trajeto curto (<2cm)
- Alto débito
- Fístula terminal (fluxo contínuo e obrigatório pela fístula)
- Obstrução distal (à jusante) - aumenta pressão intraluminal e obriga conteúdo a sair pela fístula
- Fístulas múltiplas
- Trato epitelizado
- Origem: estômago e íleo
- Presença de abscesso adjacente e corpo estranho
- Fístula enteroatmosférica

Pós operatório arrastado com saída de conteúdo incompatível pelo dreno/FO = TC ou fistulografia

Previsão #2

Damage control: evitar hipotermia, acidose, coagulopatia ou instabilidade. Fase 1: laparotomia abreviada, controle de hemorragia/contaminação e fechamento temporário. Fase 2: UTI, ressuscitação hemodinâmica. Fase 3: reoperação 24–48 h e reparo definitivo. **Síndrome compartimental abdominal**: pressão intra-abdominal >20 + disfunção orgânica. TTO: SNG, analgesia, controle hídrico e drenagem; se refratária, laparotomia descompressiva

Previsão #3

Câncer colorretal: rastreio colonoscopia completa. Sem história familiar: 45–75 anos (MS aos 50). Se AF+: 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico do parente de 1° grau. **Diagnóstico:** colonoscopia com biópsia e busca de tumores sincrônicos. Estadiar com CEA e TC TAP; no reto médio/baixo, RNM da pelve. **Cólon e reto alto** = cirurgia com margem de 5 cm e ≥ 12 linfonodos. **Reto médio/baixo T3/T4 ou N+**: neoadjuvância 1o. Sem invasão esfincteriana: RTS e excisão total do mesorreto; com invasão: amputação abdominoperineal.

Previsão #4

x: controle de sangramento exsanguinante (compressão, torniquete, cirurgia precoce). **A:** via aérea com proteção cervical; IOT precoce, retirar prancha/colar. **B:** FR, SpO_2, ofertar O_2 a 100%. **C:** dois acessos calibrosos, reposição volêmica, FAST, avaliar choque hemorrágico - **leve**: FC normal ou ↑; PAS normal; resposta rápida a ressuscitação, hemoderivados e cirurgia improváveis / **moderada**: FC>100, PAS ↓, resposta transitória a ressuscitação, hemoderivados e cirurgia prováveis / **grave**: FC >120, PAS<90, resposta mínima a ressuscitação, protocolo de transfusão maciça e controle cirúrgico da hemorragia extremamente provável. **D**: Glasgow, pupilas. **E**: exposição completa, examinar dorso e períneo, prevenir hipotermia (diamante da morte: acidose, coagulopatia, hipotermia e hipocalcemia).

Previsão #5

Varizes esofágicas: profilaxia primária em Child B/C, varizes médias/grandes ou red spots: betabloqueador ou ligadura. Secundária: betabloqueador + ligadura. **HDA:** estabilizar, jejum, omeprazol EV (80 mg bolus; 40 mg 12/12 h), octreotide, ceftriaxona e EDA em até 12 h. Ressangramento ou falha endoscópica: TIPS; risco: encefalopatia e piora cardíaca. Sem EDA e sangramento ativo: Sengstaken-Blakemore por até 24 h; balão gástrico 200–300 mL e esofágico 30–40 mmHg; risco de isquemia esofágica e necrose nasal.

Previsão #6

Hérnias especiais

Hérnia	Bizus
Amyand	Apêndice cecal na **hérnia inguinal**
Garengeot	Apêndice cecal na **hérnia femoral**
Littré	Presença de **divertículo de Meckel** em qualquer saco herniário.
Richter	Encarceramento apenas da **borda antimesentérica** da alça, sem obstrução completa do lúmen.
Grynfelt	**Triângulo lombar superior:** 12ª costela; quadrado lombar; oblíquo interno.
Petit	**Triângulo lombar inferior:** crista ilíaca; latíssimo do dorso; oblíquo externo.
Spiegel	Defeito na **fáscia de Spiegel**, entre a borda lateral do reto abdominal e a linha semilunar

De olho na imagem



Íleo biliar: tríade de rigler - aerobilia, cálculo ectópico e obstrução intestinal, compatível com síndrome de mirizzi tipo Vb na classificação de Csendes. Complicação de uma colecistite aguda formando uma fístula colecistoduodenal, conduta envolve laparotomia, enterorrafia, retirada do cálculo + enterorrafia e colecistectomia

Pediatria

Previsão #1

Imunizações

Vacinação do prematuro: sempre na idade cronológica

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

Aposta #1

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 #2

Doenças Exantemáticas

	Exantema súbito	Eritema infeccioso
Agente	HHV6 e 7	Parvovírus B19
Quadro clínico	Febre alta por 2 - 3 dias → exantema	Pródromo frustro Exantema
Exantema: ponto-chave	Aparece após o cessar da febre	Face esbofeteada
Fatores associados	Crise convulsiva febril	Recorrência **OBS:** Parvovírus B19 também pode causar crise aplásica e anemia aplásica!

Aposta #2

Pneumonias

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

Previsão #3

Sala de Parto

Avaliação de vitalidade e clampeamento de cordão

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



Previsão #4

Bronquiolite viral aguda

- Lavagem nasal com SF 0,9%
- Repouso
- Oxigênio se necessário
  - Preferência por cateter nasal de alto fluxo
  - Alvo: 90 ou 92%
- Precaução de contato (MS acrescenta gotículas)

Previsão #5

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 #6

Diarreia aguda - Agentes etiológicos

Vírus	Especificidades
Rotavírus	Principal causador de diarreia grave em < 5 anos
Norovírus	+ importante em regiões com vacina contra rotavírus Principal agente de surtos

Bactérias	Especificidades
E. coli	Enterotoxigênica → diarreia do viajante (secretora) Enteroinvasiva → disenteria, similar à Shigella Enterohemorrágica → SHU
Shigella	Febre alta, dor abdominal intensa Diarreia secretora
Cólera	Diarreia líquida em água de arroz, choque hipovolêmico → mediada por toxinas

De olho na imagem

Toxoplasmose e CMV congênitas

	Toxoplasmose	Citomegalovirose
Agente	Toxoplasma gondii	CMV ou HH5
Clínica	Tríade de Sabin • Coriorretinite • Hidrocefalia • Calcificações intracranianas	Maioria assintomática Pode haver hepatoesplenomegalia, aplasia medular e surdez neurossensorial
Diagnóstico	Sinais de infecção materna PCR+ no feto / LA IgM+ no feto USG transfontanela, fundoscopia Atenção: elevada avidez de IgG indica infecção antiga!	• Cultura viral • PCR em amostra clínica (sangue, saliva, urina, líquor, biópsia) • Definitivo: detecção do vírus na urina ou saliva até 3ª semana de vida
Calcificações	Em TOdo o parênquima cerebral	PeriVentriculares
Tratamento	Sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico no 1º ano Se acometimento de SNC ou oftalmológico → prednisona por 4 sem	• 1ª escolha: Valganciclovir VO por 6 meses • Alternativa: Ganciclovir • EV por 6 semanas

Ginecologia e Obstetrícia

Previsão #1

Distocia de ombros é emergência clássica na FMABC!

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)

- Abordagem calma e precisa
- Comando efetivo da equipe
- Tempo de 30 a 60 segundos para cada manobra

Previsão #2

Pré-natal

Primeira consulta: hemograma, glicemia de jejum, TS (com Coombs, se Rh negativo) e ferritina; sorologias (HIV, VDRL, Hep B e C, HTLV e Toxoplasmose); Urina I e Urocultura. Lembrar também do TOTG75g com 24-28 semanas (se uma medida alterada, já é Diabetes Gestacional) e da cultura para Streptococcus agalactiae, que deve ser coletada entre 35-37 semanas!

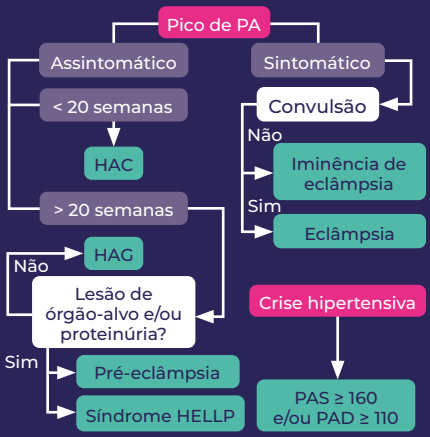
USG de 1° tri (11–13+6s): mede TN, ducto venoso e osso nasal.

USG de 2° tri (20–24s): avalia morfologia.

Quanto às **vacinas**: fazer na gestação: Hep B (completar 3 doses); Influenza (nas campanhas); dTPa (em todas as gestantes, após 20 semanas), COVID-19 (aplicada em cada nova gestação); VSR (entre 24-36 semanas por bula / MS indica entre 28-36 semanas) reduz bronquiolite grave no RN.

Previsão #3

Síndromes Hipertensivas na Gestação



Aposta #1

Doença Inflamatória Pélvica

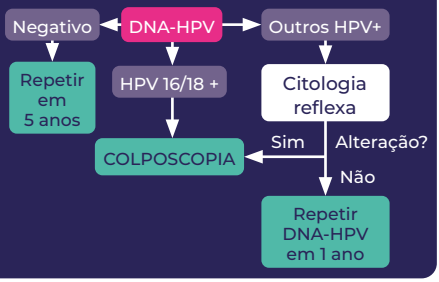
Tratamento	Primeira opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia por 14 dias
Hospitalar	Ceftriaxona 1g, IV, 1x/dia por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia por 14 dias + Metronidazol 400 mg, IV de 12/12h

Não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24 horas do uso de Metronidazol, a fim de evitar efeito dissulfiram (antabuse) símile.

A Doxiciclina é contraindicada durante a gravidez

Aposta #2

Rastreamento CA de colo uterino



Previsão #4

Sangramento uterino anormal

- Fluxograma tratamento
  - Assintomática
    - Não tratar!
    - Sintomas leve/ moderado ou sangramento pequeno: tratamento clínico (progesterona contínua ou AHCO)
  - Sintomática
    - Sintomas intensos:
      - Paciente com prole constituída ou sem desejo reprodutivo: histerectomia
      - Pacientes sem prole constituída ou com desejo reprodutivo: miomectomia
        - Submucosos: via histeroscópica
        - Intramurais e subserosos: laparoscópica ou laparotômica

Previsão #5

Tumores Malignos de Mama

Volume do tumor favorável em relação ao tamanho da mama (<20%)	Cirurgia conservadora (ex: quadrantectomia)
Cirurgia conservadora	Radioterapia adjuvante é OBRIGATÓRIA
Se receptores hormonais positivos (tumores LUMINAIS)	Realizar hormonioterapia (pré-menopausa: tamoxifeno; pós-menopausa: anastrazol)
HER 2 positivo	Terapia-alvo - trastuzumabe
Axila clinicamente positiva ou biópsia de linfonodo sentinela +	Esvaziamento Axilar

Previsão #6

Climatério

NÃO SÃO CONTRAINDICAÇÕES!
História FAMILIAR de câncer de mama NÃO contraindica uso de TRH!

As contraindicações são para TRH SISTÊMICA!
Mesmo com TVP prévia, por exemplo, a paciente pode usar terapia VAGINAL LOCAL se necessário!

SE CONTRAINDICAÇÃO AO USO DE TRH:

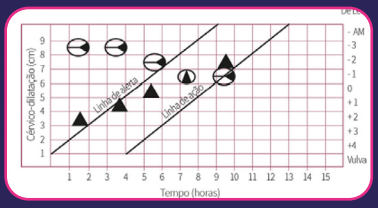
- Pode usar terapia estrogênica TÓPICA VAGINAL!
- Para tratamento de fogachos:
  - ISRS: paroxetina, escitalopram
  - ISRSN: venlafaxina e desvenlafaxina
  - Antagonista NK3: fezolinetanto

Previsão #7

Vulvovaginites

pH < 4,0; prurido, grumos	CANDIDÍASE
Whiff positivo; CLUE CELLS	VAGINOSE BACTERIANA
Colo em framboesa; protozoários móveis	TRICOMONÍASE
Corrimento purulento crônico; perimenopausa; dispareunia	VAGINITE DESCAMATIVA
Candidíase que não melhora	VAGINOSE CITOLÍTICA
Pós-menopausa; dispareunia de penetração	VAGINITE ATRÓFICA

De olho na imagem



Observe o **desvio da curva de dilatação cervical** à direita da linha de alerta → indica **fase ativa prolongada**. Se atingir a linha de ação, há **falha de progressão**.

Conduta: verticalizar, garantir analgesia, e avaliar uso de ocitocina.

Pegadinha: não é cesárea imediata! Sempre tentar corrigir as causas antes da intervenção.

Preventiva

Aposta #1

Tipos de Receituários

Lista	Receita	Exemplos
A	Notificação A (amarela)	Morfina, fentanil, metilfenidato
B	Notificação B (azul)	Diazepam, clonazepam
C	Controle Especial (branca, 2 vias)	Antidepressivos, antipsicóticos, codeína e tramadol ≤100 mg (adendo A)

Atualização 2026: prescrição amarela e azul via digital.

Aposta #2

Modelo Centrado na Doença x Modelo Centrado na Droga

	Centrado na doença	Centrado na droga
Ideia	Droga corrige uma alteração biológica da doença	Droga induz um estado alterado no corpo e na mente
Efeito	Específico para o transtorno	Ocorre em qualquer pessoa, doente ou não
Foco	Diagnóstico	Efeitos psicoativos e experiência do paciente
Exemplo	Insulina no diabetes	Álcool reduzindo ansiedade social

Previsão #1

Método Clínico Centrado na Pessoa

1. **Explorar saúde, doença e experiência da doença**

   Avaliar a doença (anamnese, exame físico e complementares), a percepção de saúde e a vivência da pessoa: sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas (SIFE)

2. **Entender a pessoa como um todo**

   Integrar história de vida, família, trabalho e contexto sociocultural

3. **Elaborar plano conjunto**

   Buscar consenso sobre problemas, prioridades, metas e papéis de cada um

4. **Intensificar a relação médico-pessoa**

   Fortalecer vínculo, empatia, confiança e continuidade do cuidado

Previsão #2

Modelos de Remuneração em Saúde

Fee-for-service: Pagamento por cada consulta, exame ou procedimento

Por pacote: Valor fixo por todo um episódio de cuidado (ex.: cirurgia, do pré ao pós)

Por desempenho: Parte variável atrelada a metas de qualidade e resultado

Capitação: Valor fixo por pessoa cadastrada

Salário: Valor fixo por jornada de trabalho

Orçamento global: Montante fixo anual à instituição

Previsão #3

Indicadores de Morbimortalidade

Prevalência: Casos novos + antigos ÷ população, em dado momento

Incidência: Casos novos ÷ população sob risco, em um período

Mortalidade geral: Óbitos (todas as causas) ÷ população, em certo tempo

Letalidade: Óbitos pela doença ÷ doentes

Swaroop-Uemura: Óbitos em ≥50 anos ÷ total de óbitos

Mortalidade específica: Óbitos por causa, idade ou sexo ÷ população sob risco

Mortalidade proporcional: Óbitos por uma causa ÷ total de óbitos

Previsão #4

Medidas de Efeito

A FMABC adora cobrar cálculos na parte de Estudos Epidemiológicos, principalmente de medidas de efeito. Revisão final:

Redução do Risco Relativo (RRR) - Eficácia	Percentual de redução do risco no grupo tratado em relação ao controle.	RRR = 1 - RR
Redução absoluta do risco (RAR)	Diferença direta entre os riscos dos grupos controle e tratado.	RAR = Rc − Rt
Número necessário para tratar (NNT)	Quantos pacientes precisam ser tratados para evitar 1 evento.	NNT = 1 ÷ RAR

(Rc = risco no controle; Rt = risco no tratado)

Previsão #5

Teste de hipóteses, p-valor, erros tipo I e II

Hipótese nula (H_0): assume que não existe diferença ou efeito entre grupos, é a "situação padrão".

P-valor: probabilidade de obter dados iguais ou mais extremos que os observados se H_0 for verdadeira; $p<0,05$ permite rejeitar H_0 (resultado estatisticamente significativo).

Erro tipo I (α): falso positivo, achar efeito onde não existe.

Erro tipo II (β): falso negativo, não detectar efeito que existe de verdade.

Previsão #6

Conselhos e Conferências de Saúde

Os **Conselhos de Saúde** são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com igualdade de voto. Têm composição paritária (50% usuários) e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das ações, inclusive nos aspectos econômico-financeiros. Deliberações são homologadas pelo chefe do Executivo. Ajudam a elaborar os Planos de Saúde e avaliam relatórios financeiros, mas não executam serviços. As **Conferências de Saúde** ocorrem a cada 4 anos, são consultivas e avaliam a situação de saúde, propondo diretrizes políticas.

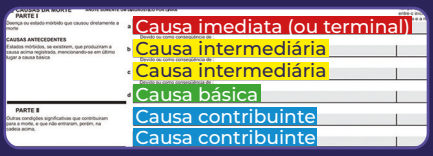
Previsão #7

Princípios do SUS

Universalidade: acesso sem barreiras a todos, inclusive estrangeiros; plano de saúde não reduz acesso. **Integralidade:** todos os níveis de complexidade, cuidado multiprofissional e clínica ampliada. **Equidade:** priorizar quem mais precisa; políticas para vulneráveis. **Descentralização e comando único:** autonomia municipal e gestão local. **Regionalização e hierarquização:** serviços distribuídos por necessidade e complexidade, em Regiões de Saúde. **Participação popular:** usuários em conselhos e conferências, com paridade (50% usuários).

De olho na imagem

Declaração de Óbito



Causa imediata: Último evento que culminou na morte do paciente

Causas intermediárias: Complicações e eventos secundários à causa básica

Causa básica: A causa que iniciou a sucessão de eventos que levou ao óbito do paciente

Causas contribuintes: Condições que tenham influenciado desfavoravelmente, contribuindo para a morte, mas não relacionadas diretamente com a causa básica

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

50% dos **aprovados FMABC** são Medway

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"A Medway foi essencial nessa conquista!! Pra mim, o maior diferencial foi o direcionamento do estudo e a facilidade de planejar as revisões de acordo com a importância dos temas e meu percentual de acertos. Além disso, a didática das aulas, as fichas resumo e o banco de questões comentadas foram fundamentais para um estudo realmente eficiente.
Sou fã demais!!"

Carolina Kakiuthi Martins
Aprovada em **Otorrinolaringologia na FMABC**

"A Medway foi essencial para a minha aprovação porque ofereceu aulas completas e bem direcionadas, suficientes para resolver as questões das provas sem a necessidade de buscar aprendizado extra. Os professores são extremamente didáticos e estiveram presentes de forma ativa durante todo o ano, tirando dúvidas com rapidez e proximidade, inclusive pelas redes sociais."



Eduardo José Pinheiro
Aprovado em **Anestesiologia na FMABC**

Vai prestar R+?

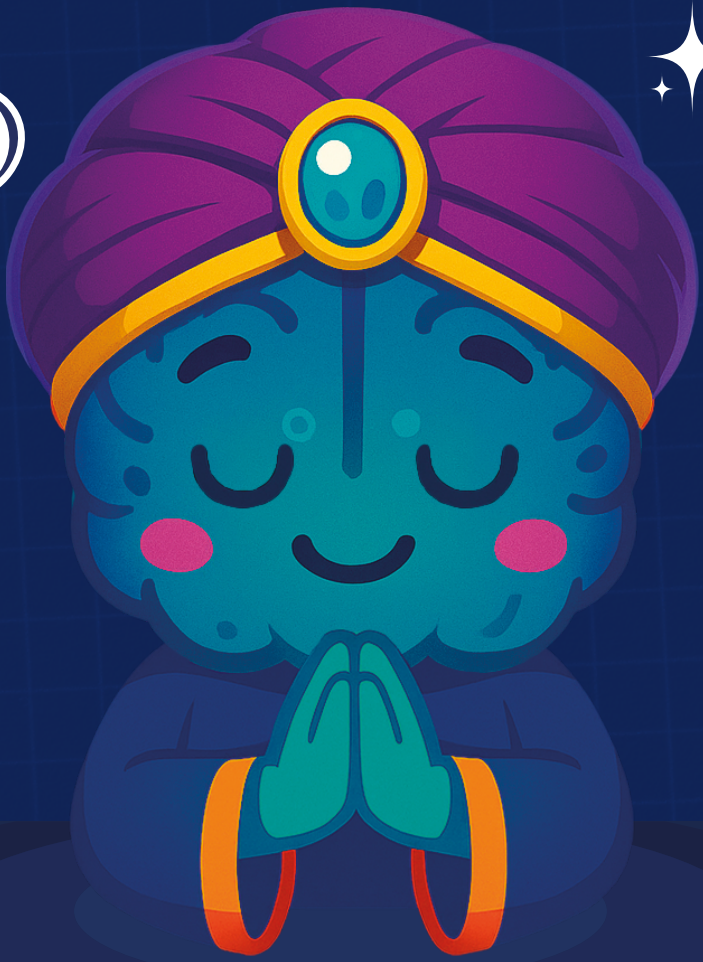
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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