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 **AMRIGS**. 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



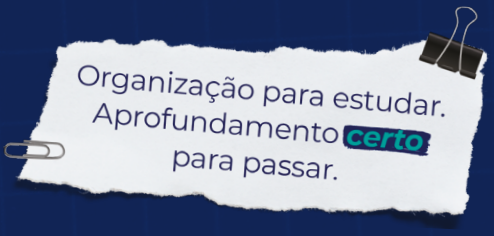
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Transtorno bipolar (caiu em 2024): antes do tratamento, afaste causas orgânicas (hipertireoidismo, esclerose múltipla, drogas). A base é **farmacológica**: lítio ou valproato; **antidepressivo isolado é contraindicado** (risco de virada maníaca).

Lítio: antes, TSH, creatinina e cálcio; nível sérico 0,6–1,2 mEq/L. **Tiazídico, IECA e AINE elevam o lítio** → tremor grosseiro, ataxia e confusão = intoxicação.

Aposta #2

DHGNA, agora MASLD (caiu em 2026): esteatose + fator cardiometabólico, sem álcool relevante. ALT > AST é típico; AST > ALT sugere fibrose avançada ou álcool. Ferritina ↑ e FAN/antimúsculo liso em baixo título são comuns.

Estratifique com **FIB-4** (> 2,67 = alto risco → elastografia). Base: **perda de peso** de 7–10%. Pode evoluir para **CHC mesmo sem cirrose**. Novidade: **semaglutida** aprovada pelo FDA (2025) para MASH com fibrose F2–F3.

Previsão #1

Delirium é o queridinho da AMRIGS: quadro agudo e flutuante, com desatenção e alteração do nível de consciência (CAM). Busque a causa: infecção, distúrbio metabólico, fármacos, abstinência, dor, retenção urinária.

A base do manejo é não farmacológica: reorientação, óculos e aparelho auditivo, sono, mobilização precoce e hidratação. **Antipsicótico não previne delirium**; evite benzodiazepínico, exceto na abstinência de álcool/sedativos.

Corpos de Lewy: flutuação + alucinação visual + parkinsonismo + TCSREM; piora grave com antipsicótico.

Previsão #2

Dengue cai todo ano! NS1/RT-PCR até o 5º dia e sorologia a partir do 6º. **Sinais de alarme (grupo C)**: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural/lipotimia, letargia/irritabilidade, hepatomegalia > 2 cm, sangramento de mucosa e aumento progressivo do Ht. Sintomáticos: dipirona/paracetamol; **nada de AINE, AAS ou antibiótico**.

Febre maculosa: Rickettsia (carrapato-estrela), doxiciclina precoce.

Leptospirose: incubação de 1 a 30 dias, entra por pele lesada, pele íntegra imersa e mucosas.

Previsão #3

Asma: controle pelos 4 itens das últimas 4 semanas (sintoma diurno > 2x/sem, despertar noturno, resgate > 2x/sem, limitação de atividade): 1-2 = parcialmente controlada; 3-4 = não controlada. **SABA isolado não é mais recomendado**: CI é a base e o resgate preferencial é CI-formoterol. Sem controle com CI, associe LABA.

DPOC: VEF1/CVF < 0,70 pós-BD (não 80%!). Carga tabágica = maços/dia x anos. Grupos B e E: LAMA + LABA; CI só se eosinófilos ≥ 300 no grupo E. CI + LABA não substitui LAMA + LABA. Dose alfa-1 antitripsina no DPOC, principalmente jovem, não fumante e enfisema basal.

Previsão #4

A Diretriz Brasileira de HAS 2025 mudou a classificação: normal < 120/80; pré-hipertensão 120-139/80-89; HAS ≥ 140/90. **Meta < 130/80 para todos**. Confirme com MAPA/MRPA ou em 2 consultas; manguito pequeno superestima a PA.

1ª linha: IECA/BRA, BCC e tiazídico, e a maioria já começa com combinação dupla.

Efeitos clássicos: IECA, hiperK e tosse; BCC di-hidropiridínico, edema de MMII; tiazídico, hiperglicemia e hiperuricemia; betabloqueador, broncoespasmo.

Resistente: a 4ª droga é a espironolactona. Pré-eclâmpsia prévia é fator de risco.

Previsão #5

Hidroeletrolíticos caem quase todo ano na AMRIGS! **SIADH** = excesso de ADH → hiponatremia euvolêmica (não hiper); corrija no máximo **10 mEq/L em 24 h**.

DI central = falta de ADH (TCE, morte encefálica) e responde à desmopressina; **DI nefrogênico** = rim resistente (lítio, hipercalcemia). **Ácido úrico > 5 mg/dL** favorece DI sobre polidipsia primária.

ATR tipo IV é a única com hiperK; I e II cursam com hipoK.

Realimentação = hipofosfatemia. Leucocitose > 100 mil = pseudo-hipercalemia. **Hipercalcemia:** o distúrbio paraneoplásico mais frequente.

Previsão #6

A AMRIGS cobra os efeitos dos antipsicóticos: distonia aguda (horas a dias; biperideno), **acatisia** (inquietação e angústia; propranolol ou benzodiazepínico e reduzir a dose), parkinsonismo e síndrome neuroléptica maligna (febre, rigidez, ↑ CPK).

Depressão maior: antidepressivo (ISRS na 1ª linha), resposta em 2-4 semanas e manutenção por 6-12 meses após a remissão.

Cocaína com agitação e hipertensão: benzodiazepínico, evitando betabloqueador.

Antes do lítio: TSH, creatinina e cálcio.

Previsão #7

Ascite nova ou cirrótico descompensado internado: paracentese diagnóstica. GASA ≥ 1,1 g/dL = hipertensão portal. **PMN ≥ 250/mm³ = PBE**: ceftriaxona + albumina 1,5 g/kg no D1 e 1 g/kg no D3.

Ascite: restrição de sódio (não de água, salvo Na < 125) + espironolactona e furosemida (100:40); a espironolactona é a mais eficaz.

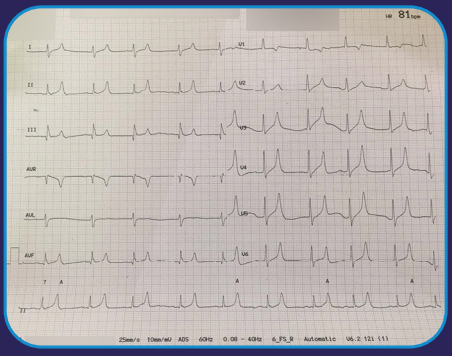
Paracentese > 5 L: albumina 6-8 g por litro retirado (regra da cirrose).

Síndrome hepatorrenal: terlipressina + albumina. **Encefalopatia:** corrija o fator precipitante + lactulose.

De olho na imagem

Hipercalemia no ECG segue uma sequência: **onda T apiculada** → PR longo e perda da onda P → QRS alargado → padrão sinusoidal e FV/assistolia.

Alterou o ECG? **Gluconato de cálcio IV primeiro**: estabiliza a membrana, mas não baixa o K. Depois, desloque o K para dentro da célula (insulina regular 10 UI + glicose 25 g, β2-agonista) e remova do corpo (diurético de alça, quelantes, diálise).



Fonte: Agbayani MJF, Gonzales E. Hyperkalemia ECG (paciente com doença renal, K+ 8,2 mmol/L). Wikimedia Commons, 2016. Licença CC BY 4.0.

Cirurgia Geral

Aposta #1

Repercussões sistêmicas do pneumoperitônio na videocirurgia:

1. Diminuição do retorno venoso
2. Elevação/dificuldade de mobilização do diafragma
3. Difusão do CO_2 --> vai pra corrente sanguínea

Aposta #2

Resposta Endócrina ao Trauma - REMIT:

Resposta Endócrina → Resposta **Contra**insulínica

Elevação	Diminuição
Glucagon	Insulina
ACTH	T3/T4
Cortisol	Testosterona
ADH	
Aldosterona	

Previsão #1

Sinais Semiológicos

Nome	Descrição	Pensar em
Murphy	Interrupção da inspiração à compressão de HCD	Colecistite aguda
Jobert	Percussão timpânica na topografia hepática	Pneumo-peritônio
Cullen	Equimose periumbilical	Sangr. re-troperitônio (pancreatite necrohemor-rágica)
Gray--Turner	Equimose em flancos	
Blum-berg	Dor à descompres-são brusca em ponto de McBurney	Apendicite aguda
Ten Horn	Dor FID à palpação testicular	
Rovsing	Dor FID à palpação de FIE	
Dunphy	Dor FID após tosse	
Kehr	Dor referida em ombro E	Hemoperi-tônio (lesão/ ruptura esplênica)
Cour-voisier	Vesícula indolor e palpável	Tumor periampular
Chan-delier	Dor intensa à mobilização do colo uterino	Doença inflamatória pélvica (DIP).

Previsão #2

Câncer de Esôfago

Caracterís-tica	Adenocarcinoma	CEC
Localização	⅓ inferior (distal)	⅔ superiores (proximal)
Fatores de risco principal	DRGE e esôfago de Barrett	Tabagismo e etilismo
Epidemio-logia	Incidência em **ascensão** nos países ocidentais	Incidência em **queda**
Histologia	Células glandulares	Células escamosas
Associação com HPV	Não	Pode estar presente
Doenças associadas	Esôfago de Barrett	Leucoplasia, estenose cáustica, acalásia

Previsão #3

Caracterís-ticas	RCU	DC
Localização	Reto e cólon	Boca ao ânus - 80% acomete o delgado
Padrão de acometi-mento	Contínuo e ascendente	Descontínuo e salteado
Profundida-de da lesão	Superficial	Transmural
Complica-ções	Megacólon tóxico, colite fulminante... Câncer colorretal*	Estenoses, fístulas, per-furações...
Achados na biópsia	Criptite	Granulomas não caseosos
Tabagismo	Proteção	Risco
Marcadores	p-ANCA	ASCA

Previsão #4

	Indireta	Direta
Local	Anel Inguinal Interno	Parede posterior
Semiologia (Landivar)	Ponta do dedo	Polpa do dedo
Vasos epigástricos inferiores	Lateral	Medial Hesselbach
Características	+ comum **IN**fância "**IN**carcera"	Defeito adquirido

Hérnias **IN**diretas são as da **IN**fância, no anel inguinal **IN**terno, sentidas no limite do dedo (Landivar), laterais aos vasos epigastricos inferiores

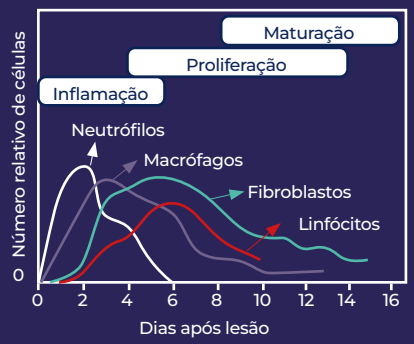
Previsão #5

GIST - Tumor Estromal GastroIntestinal

- Derivado das células intersticiais de Cajal
- Mais comum no estômago
- EDA: **lesão subepitelial/submucosa**
- Imuno-histoquímica: **CD117 (KIT) e DOG1**
- Tratamento:
  - Ressecção completa, evitando ruptura tumoral
  - **Sem linfadenectomia de rotina**
  - Irressecável/metastático → imatinib se mutação sensível
  - Alto risco de recorrência → imatinib adjuvante

Previsão #6

Fases da Cicatrização



Previsão #7

Protocolo de Transfusão Maciça:

- Shock Index > 1: menos usado

$$\frac{\text{Frequencia Cardíaca (FC)}}{\text{Pressão arterial sistólica (PAS)}} = \text{Shock Index (SI)}$$

- 2 ou mais pontos no escore ABC:

Mecanismo de trauma penetrante	1 ponto
FAST +	1 ponto
FC ≥ 120 bpm	1 ponto
PAS ≤ 90 mmHg	1 ponto

De olho na imagem

Fatores de bom prognóstico para fechamento de fístulas pós-operatórias:

	Fator	Justificativa
Anatômicos	Trajeto **longo (>2 cm)**	Menor fluxo de débito, facilita granulação e fechamento
	Fístula **única**	Múltiplas indicam doença de base complexa
	Localização **lateral** (não terminal)	Maior área de mucosa disponível para cicatrização
	Não epitelizada	Epitelização impede fechamento
	Segmento **jejunal, colônico, duodenal, pancreaticobiliar**	Geralmente têm débito menor que fístulas ileais
Clínicos	**Ausência de abscesso** adjacente	Infecção impede cicatrização
	Sem obstrução distal	Evita aumento de pressão intraluminal
	Defeito pequeno (<1 cm)	Facilita aproximação das bordas
	Ausência de sepse ou desnutrição	Condições sistêmicas adequadas para cicatrização

Pediatria

Aposta #1

Calendário vacinal 2026: atenção às mudanças!

A VPC20 foi incorporada ao PNI em 2026. Durante a transição, o esquema é VPC20 aos 2 meses, VPC10 aos 4 meses e reforço com VPC20 aos 12 meses, enquanto houver estoques de VPC10. A meningocócica ACWY é utilizada no reforço aos 12 meses. Na poliomielite, o reforço aos 15 meses é feito com VIP, não VOP. Para rotavírus, os limites foram ampliados: primeira dose até 11 meses e 29 dias e segunda até 23 meses e 29 dias. Na prova, diferencie o calendário do PNI das recomendações da SBP!

Aposta #2

Bronquiolite: suporte é o tratamento!

Lactente com pródromo viral seguido de taquipneia, retrações, sibilos e/ou estertores sugere bronquiolite. Apneia, hipoxemia persistente, exaustão, desidratação e dificuldade alimentar indicam maior gravidade. O tratamento é de suporte: higiene nasal, hidratação e oxigênio quando indicado. Broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos não são recomendados rotineiramente. Falha do suporte convencional exige escalonamento de suporte respiratório

Previsão #1

Crise febril: simples ou complexa?

A crise febril ocorre tipicamente entre 6 meses e 5 anos, na ausência de infecção do sistema nervoso central, distúrbio metabólico agudo ou história de crises não provocadas. É simples quando generalizada, dura menos de 15 minutos e não recorre em 24 horas. É complexa se houver focalidade, duracão ≥15 minutos ou recorrencia em 24 horas. Na forma simples típica, com recuperação clínica adequada, não são necessários exames complementares de rotina; investigue a causa da febre. Atenção aos menores de 12 meses: sinais meníngeos podem estar ausentes! O risco de recorrência é maior quando a primeira crise ocorre antes dos 12 meses, há história familiar de crise febril, febre baixa ou intervalo curto entre início da febre e crise. Crise febril não significa epilepsia!

Previsão #2

Amamentação: o que mais cai?

Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementado até 2 anos ou mais. Boa pega: boca bem aberta, lábios evertidos, queixo tocando a mama e maior porção da aréola visível acima da boca. Dor persistente e fissuras exigem avaliação da pega. Ingurgitamento: manter remoção efetiva do leite e utilizar medidas de conforto. Mastite inflamatória não exige antibiótico de rotina. Na mastite bacteriana, avaliar antibioticoterapia conforme quadro clínico.

Previsão #3

Asma: o tratamento mudou!

Em crianças de 6–11 anos, o tratamento da asma deve incluir corticosteroide inalatório (CI); SABA isolado não é a estratégia preferencial. No Step 1, o GINA 2026 inclui CI-formoterol em baixa dose sob demanda ou CI associado ao uso do SABA. Antes de aumentar o tratamento, confirme diagnóstico, adesão, técnica inalatória, fatores de risco e comorbidades. CI-formoterol é a combinação utilizada como manutenção e alívio no esquema MART.

Previsão #4

Sarampo: suspeitou, notifique!

Febre e exantema maculopapular morbiliforme cefalocaudal associados a tosse, coriza e/ou conjuntivite definem caso suspeito, independentemente da situação vacinal. Manchas de Koplik podem preceder o exantema. O caso deve ser notificado em até 24 horas, investigado em até 48 horas e mantido em isolamento. Não aguarde confirmação laboratorial para iniciar as medidas de controle. Em 2026, atenção especial à identificação precoce e ao bloqueio vacinal.

Previsão #5

Escorpionismo: classifique para tratar!

Caso leve: dor, eritema, parestesia e sudorese local, sem indicação de soro. No moderado, surgem manifestações sistêmicas como sudorese, náuseas, vômitos, alterações da FC/PA e agitação: indicar 3 ampolas. No grave, vômitos profusos, sialorreia, convulsões, insuficiência cardíaca ou edema pulmonar: 6 ampolas. Crianças apresentam maior risco e devem ser cuidadosamente monitoradas.

Previsão #6

Meningite bacteriana: não atrase o antibiótico!

Líquor bacteriano típico apresenta pleocitose com predomínio de neutrófilos, proteína elevada e glicose reduzida. Suspeita clínica exige antibioticoterapia imediata: se houver indicação de TC antes da punção lombar ou outra condição que atrase a coleta, obtenha hemoculturas e inicie o antibiótico. Contatos próximos de doença meningocócica necessitam quimioprofilaxia; na meningite pneumocócica, não há profilaxia dos contatos.

Previsão #7

Anafilaxia: adrenalina é a primeira conduta!

Anafilaxia é diagnóstico clínico. Diante de comprometimento respiratório ou cardiovascular após exposição a provável alérgeno, não espere manifestações cutâneas para tratar. A primeira escolha é adrenalina IM 1 mg/mL (1:1.000), 0,01 mg/kg, aplicada na face anterolateral da coxa, podendo ser repetida conforme resposta clínica. Anti-histamínicos e corticosteroides não substituem a adrenalina nem devem atrasar sua administração.

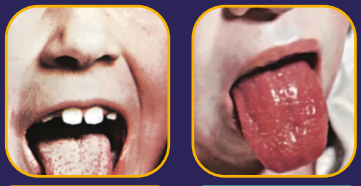
De olho na imagem

Reconheça os achados clássicos!

A escarlatina é causada por Streptococcus pyogenes produtor de exotoxinas. O exantema é eritematoso, micropapular e áspero (“pele em lixa”), inicia-se geralmente no tronco e dissemina-se, com acentuação nas dobras (linhas de Pastia). Na face, pode ocorrer palidez perioral. A língua inicialmente apresenta saburra esbranquiçada e, após descamação, torna-se hiperemiada, com papilas proeminentes: a clássica língua em framboesa.



Sinal de Filatov e Pastia



Língua saburrosa → Língua em framboesa

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Puerpério

- **Hemorragia pós-parto:** profilaxia universal → Ocitocina 10UI. Em caso de diagnóstico: ocitocina 20-40 UI + ác. tranexâmico 1g + massagem uterina bimanual → ergotamina 0,2mg IM (contraindicado em hipertensas) → misoprostol 800mcg VV → balão de Bakri/sutura de B-Lynch/ligadura de hipogástrica → histerectomia puerperal.

Aposta #2

Rastreamento de Câncer de Colo Uterino

Coletar de 25 a 64 anos.

- Citologia oncótica: trienal. ASC-US repete em 12 meses, se entre 25 e 29 anos; repete em 6 meses, se ≥30 anos. LSIL repete em 6 meses, se ≥25 anos. Todos os outros resultados = colposcopia.
- DNA-HPV: a cada 5 anos, se negativo. Se 16/18+: encaminhar direto para colposcopia. Se não-16/18+: citologia reflexa → se alterada, colposcopia; se normal, repete o DNA-HPV em 1 ano novamente.

Previsão #1

Pré-Natal

- Exames 1º tri: hemograma, tipagem sanguínea, glicemia de jejum, sorologias (HIV, sífilis, hepatites B/C, toxoplasmose), urina I/urocultura. Imunização: idem **Aposta de PREV!**
- Ultrassom:
  - Morfo 1º tri (11-13+6 sem): risco de cromossomopatias por TN, DV e osso nasal.
  - Morfo 2º tri (20-24 sem): organogênese.
- Embriologia: período embrionário (3-8 sem) é o de maior risco teratogênico; fetal inicia na 9ª semana.
- Fisiologia: DC e volemia aumentados, anemia dilucional, hidronefrose fisiológica (à direita), hiperventilação com alcalose compensada.

Previsão #2

Assistência ao Parto

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

Previsão #3

Contracepção

Hormonais combinados têm contraindicação absoluta (Categoria 4): enxaqueca com aura, tabagismo ≥ 35 anos, TEV prévio — trocar para progestagênio isolado (injetável trimestral, implante) ou LARC (DIU de cobre/LNG). Contracepção de emergência: levonorgestrel até 72h ou DIU de cobre até 5 dias. Em uso de anticonvulsivantes? Único que pode com tudo → ácido valpróico. Se uso de "canetas emagrecedoras" (agonistas GLP-1) → evitar VO, pois esvaziamento gástrico lentificado reduz absorção; preferir métodos não orais (adesivo, anel, injetável, implante ou DIU).

Previsão #4

Amenorreias e SOP/SOMP

Amenorreia primária (ausência de menarca aos 13 anos sem caracteres ou 15 anos com caracteres sexuais): avaliar caracteres sexuais secundários e US pélvica. Útero ausente aponta para agenesia mülleriana ou insensibilidade androgênica (cariótipo diferencia as duas - avaliar pelos!). Útero presente: eixo hipotálamo-hipófise-ovariano ou causas anatômicas. SOMP: critérios de Rotterdam (2 de 3: oligo/anovulação, hiperandrogenismo, ovários policísticos ao US), excluindo outras causas antes de fechar o diagnóstico.

Previsão #5

Síndromes Hipertensivas na Gravidez

Classificação: hipertensão crônica (PA elevada antes de 20 semanas), hipertensão gestacional (PA elevada após 20 semanas, sem proteinúria/lesão de órgão-alvo) e pré-eclâmpsia (após 20 semanas, com proteinúria e/ou lesão de órgão-alvo: plaquetopenia, transaminases elevadas, creatinina ≥1,0, sintomas neurológicos, edema pulmonar). Síndrome HELLP: hemólise; elevação de enzimas hepáticas, plaquetopenia. Eclâmpsia, iminência de eclâmpsia, HELLP e crise hipertensiva → sulfato de magnésio é a 1a medida!

Previsão #6

Amenorreia Primária

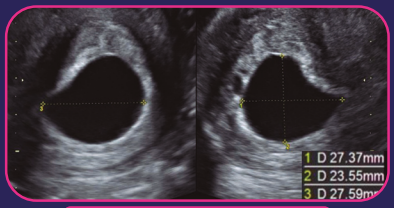
	S. Rokitansky	S. Morris
Fisiopatologia	Agenesia Mulleriana	Insensibilidade androgênica
Cariótipo	46, XX	46, XY
Gônadas	Ovários	Testículos
Pilificação	Normal	Ausente
Genitália externa	Feminina	Feminina
Genitália interna	Ausente	Ausente
Manejo	-	Gonadectomia; apoio psicológico
Fertilidade	Óvulos próprios + útero de substituição	Óvulos doados + útero de substituição

Previsão #7

Avaliação de Birads

Cat.	Significado	Risco de malignidade	Conduta
0	Inconclusivo	—	Avaliação adicional (compressão, outras incidências, USG/RM)
1	Negativo	0%	Rastreio de rotina
2	Achados benignos	0%	Rastreio de rotina
3	Provavelmente benigno	<2%	Controle em 6 meses
4	Suspeito	2–95%	Biópsia
5	Altamente suspeito	>95%	Biópsia
6	Malignidade confirmada	100%	Já biopsiado — conduta terapêutica

De olho na imagem



Gestação anembrionada

O diferencial dos sangramentos da 1a metade é feito com USG.

- Gestação não-evolutiva: SG > 25mm sem embrião; CCN ≥ 7mm sem BCF
- Gestação anembrionada: saco vazio.
- Abortamento inevitável: colo aberto e embrião viável.
- Ectópica: ausência de saco intrauterino + massa anexial/β-hCG desproporcional.

Atenção: o diagnóstico depende da correlação clínico-laboratorial.

Preventiva

Aposta #1

Componentes do Método Clínico Centrado na Pessoal

- Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença
- Entendendo a pessoa como um todo
- Elaboração de um plano conjunto para manejo dos problemas
- Intensificação da relação médico-paciente

Aposta #2

Imunização na gestação (PNI)

- Influenza e covid-19: 1 dose por gestação
- Hepatite B e dT: atualizar carteira se necessário (mesma regra do adulto)
- dTpa: 1 dose a partir das 20 semanas de IG
- VSR: 1 dose a partir das 28 semanas de IG

Previsão #1

Atribuições do médico na APS

1. Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo, em domicílio e/ou nos demais espaços comunitários
2. Doenças crônicas: estratificação de risco e elaboração de plano de cuidado (junto do enfermeiro)
3. Coordenação de cuidado: referência e contrarreferência (junto do enfermeiro)
4. Internação hospitalar ou domiciliar: indicar e acompanhar
5. Gestão e planejamento das atividades dos ACS e ACE, em conjunto com outros membros (junto do enfermeiro)

Previsão #2

Atributos da APS

- **Primeiro contato / Acesso:** Acessibilidade e utilização do serviço como fonte de cuidado a cada novo problema.
- **Longitudinalidade:** Atenção de forma continuada e ao longo do tempo
- **Integralidade:** Ver a pessoa como um todo. Oferecer o leque de serviços disponíveis na APS
- **Coordenação do cuidado:** Coordenação do cuidado do paciente entre os serviços por onde é atendido na rede
- **Orientação familiar:** Contemplar o contexto familiar
- **Orientação comunitária:** Conhecer quais problemas atingem a comunidade
- **Competência cultural:** Se adaptar às características culturais da população

Previsão #3

Princípios do SUS

- **Universalidade:** todos têm direito à assistência à saúde
- **Equidade:** priorizar os mais vulneráveis, para garantir igualdade
- **Integralidade:** ofertar cuidado integral em todos os níveis de atenção
- **Descentralização e comando único:** retirar o poder da União e distribuir para estados e municípios
- **Regionalização:** organização dos serviços a partir do território
- **Hierarquização:** rede deve se organizar em níveis crescentes de complexidade
- **Participação popular:** participação da população na formulação da política, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde

Previsão #4

Testes diagnósticos

Em série	· Se 1° teste vier positivo, é feito o 2° teste · Apenas se 2° teste vier positivo confirmamos o caso · Aumenta especificidade da estratégia
Em paralelo	· 2 testes ao mesmo tempo · Se qualquer um positivar, confirmamos o caso · Aumenta a sensibilidade da estratégia

Previsão #5

Vieses dos estudos

- **Seleção:** Os grupos de participantes comparados podem ser diferentes não só pelas intervenções ou exposições investigadas, mas pela seleção dos participantes para cada grupo
- **Aferição:** Ocorre quando há um problema ou uma imprecisão na coleta de dados
- **Memória:** Ocorre quando um dos grupos estudados não se lembra de eventos ou experiências prévias de forma acurada
- **Confusão:** Ocorre quando vários fatores interferem no desfecho, não sendo possível elencar um único com responsável

Previsão #6

Vantagens e limitações dos estudos

- **Ecológico:** Rápida execução, baixo custo, mas possui baixa evidência
- **Série Temporal:** Base para outros estudos, mas possui baixa evidência
- **Transversal:** Rápida execução, baixo custo, mas é sujeito a vieses
- **Coorte:** Bom para exposições raras, é possível calcular o risco
- **Caso controle:** Bom para desfechos raros
- **Ensaio comunitário:** Boa evidência, mas é demorado e tem alto custo
- **Ensaio clínico:** Evidência muito alta, mas é demorado e tem alto custo

Previsão #7

Propriedades dos testes diagnósticos

- Sensibilidade = verdadeiros positivos / total de doentes
- Especificidade = verdadeiros negativos / total de sadios
- VPP = verdadeiros positivos / total de testes positivos
- VPN = verdadeiros negativos / total de testes negativos

De olho na imagem

Cálculo do número necessário para tratar (NNT)

	Evento de interesse (desfecho)		
	Doente	**Sadio**	**Total**
Intervenção	a	b	a + b
Controle	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)

- NNT = 1/RAR
- RAR = RC - RT

+20.000
aprovações
em todo o Brasil

+7.000
aprovações
em 2026

+3.000
aprovações
em primeiros lugares



Vai prestar R+?

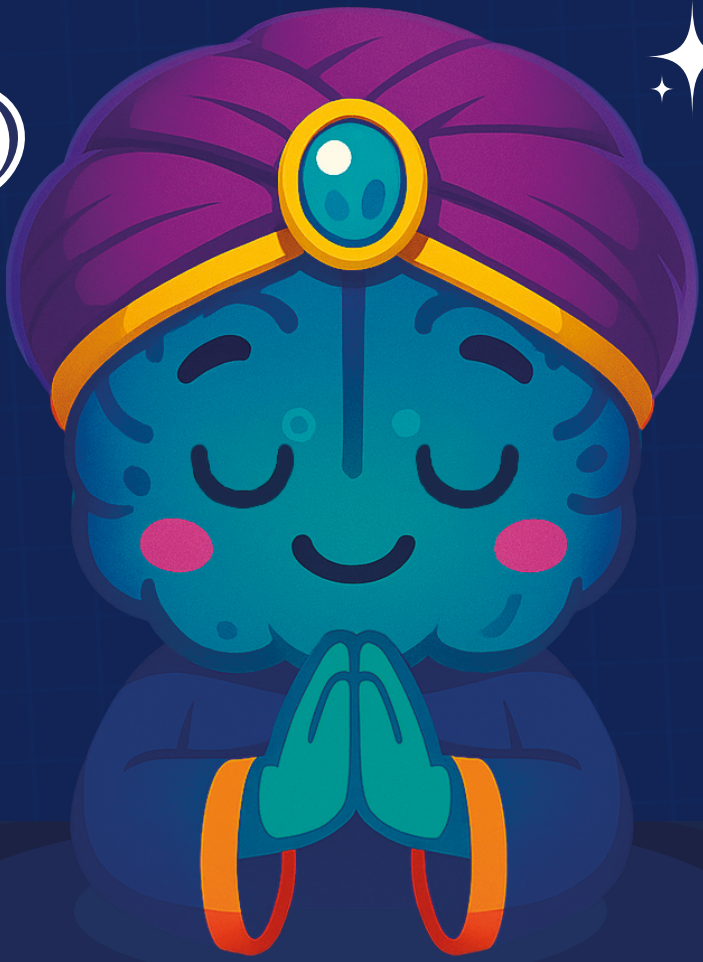
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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