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 **FMJ**. 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



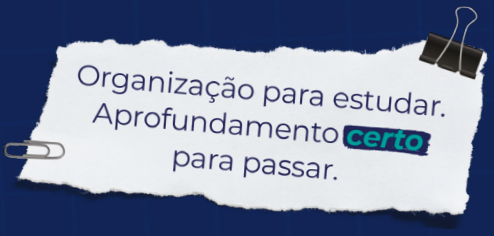
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Indicação de **Anticoagulação na FA, independente de CHA2DS2VA:**

FA valvar, amiloidose, CMH!

Aposta #2

Asma de difícil controle	Asma grave
Necessidade de etapas 4 ou 5 para atingir ou controle ou permanece não controlada devido presença de **fatores que podem estar interferindo com a doença (DRGE, SAHOS, obesidade..)**	Ainda permanece não controlada **apesar de corticoide dose alta, LABA, LAMA, antileucotrienos tendo sidos eliminados ou minimizados fatores** associados ao descontrole da asma, considerando que os sintomas são decorrentes da gravidade intrínseca da asma.

Previsão #1

Tratamento DM:

- **Obesidade:** arGLP1 ou agonista duplo GIP/GLP1
- **Doença renal diabetes:**
  - iECA/BRA
  - iSGLT2
  - Finerenona (avaliar potássio: < 4,8)
  - aGLP1 (RAC > 100)
- **Risco CV alto/muito alto:**
  - iSGLT2 (sem sobrepeso/obesidade)
  - arGLP1 ou tirzepatida (com sobrepeso/obesidade)
- **Sintomas polis:** insulina basal. Considerar co-formulações insulina + GLP1

Previsão #2

Possibilidade de monoterapia inicial na HAS:

- PA 130-139 e/ou 80-89 + alto RCV
- Síndrome de fragilidade
- Idosos ≥ 80 anos
- HAS estágio I + baixo RCV
- Hipotensão ortostática sintomática

Previsão #3

Situação clínica	Anticoagulante sugerido
Idoso	Apixabana ou edoxabana
Múltiplas comorbidades	Apixabana ou edoxabana
Alto risco de AVCi com baixo risco de sangramento	Dabigatrana
Alto risco de sangramento	Apixabana ou edoxabana
Alto risco de sangramento gastrointestinal	Apixabana
Disfunção renal	Apixabana ou edoxabana

Previsão #4

Tratamento PAC

Ambulatorial, sem comorbidades
Amoxicilina OU Doxiciclina OU Macrolídeo* (Boletim SIREVE)

Ambulatorial, com comorbidades
Clavulin/ Cefalosporina + Macrolídeo OU Fluoroquinolona

Internado sem gravidade
Beta-lactâmico EV + Macrolídeo EV OU Fluoroquinolona EV

Internado com gravidade
Beta-lactâmico EV + Macrolídeo/ Fluoroquinolona

Previsão #5

Avaliação de controle: limitação atual e risco futuro

A	**A**tividades diárias limitadas?
S	**S**intomas diurnos (> 2x/semana)?
M	**M**edicação de alívio (> 2x/semana)?
A	**A**corda à noite com sintomas?

0 “sim” → Asma bem controlada
1–2 “sim” → Asma parcialmente controlada
3–4 “sim” → Asma não controlada

Previsão #6

Anemia aguda = hemólise ou sangramento!

Pensar em hemólise na prova:

- Antibioticoterapia recente → **Tazocin e Ceftriaxone**
- Quadro pulmonar → hemólise associada à infecção por Mycoplasma

Previsão #7

Qual antiplaquetário usar em associação com AAS?

- IAM com supra + angioplastia 1ª → Clopidogrel (ataque 600 mg e manutenção 75 mg), **Ticagrelor (ataque 180 mg e manutenção 90 mg 2x/dia) ou Prasugrel (ataque 60 mg e manutenção 10 mg/dia)**
- IAM com supra + trombólise → Clopidogrel + ataque 300 mg e manutenção 75 mg/dia (se > 75 anos = apenas manutençao)

De olho na imagem

CHA2DS2VA → risco de AVC no futuro

C - Congestive Heart Disease	Insuficiência Cardíaca	1 pt
H - Hypertension	Hipertensão	1pt
A - Age ≥ 75 years	Idade ≥ 75 anos	2pt
D - Diabetes	Diabetes	1pt
S - Stroke	AVE	2pt
V - Vascular Disease	IAM, DAOP, placa em aorta	1pt
A - Age 65 - 75 years	Idade 65 - 74 anos	1pt

Pts.	Conduta
0	Não anticoagular
1	Considerar
≥ 2	Anticoagulação

Cirurgia Geral

Aposta #1

Doenças orificiais

	Fissura	Fístula
Sintoma principal	Dor	Secreção
Tratamento	MEVs / Bloq. canal de cálcio / cirurgia	Simples: Fistulotomia Complexa: Sedenho

Aposta #2

Lesões císticas de pâncreas: colangio-RNM ou Eco-EDA. **Neoplasia Cística Serosa:** Senhora, "Sicatriz Central", 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.

Previsão #1

Cuidados e Complicações Pós Operatórios

Deiscência de Anastomose

- Extravasamento de conteúdo na cavidade
  - Conteúdo foi bloqueado? → Coleção Abscesso → Drenar, se possível
  - Conteúdo foi "guiado" ? → Fístula → Conservador?
  - Conteúdo espalhou? → Peritonite → Cirurgia
- Considerar tratamentos menos invasivos (como vácuo endoscópico)

Fatores favoráveis para fechamento espontâneo

- Baixo débito
- Fístula lateral (continuidade intestinal preservada)
- Ausência de obstrução distal (à jusante);
- Fístula única
- Trato não epitelizado
- Origem: jejuno, cólon, coto duodenal, pancreaticobiliar
- Ausência de abscesso adjacente e corpo estranho
- Intestino não irradiado e não inflamado

Previsão #2

Diverticulite: TC x Hinchey

- Quadro de diverticulite
  - Tem peritonite
    - Não → Hinchey I ou II → Tomografia
      - Abscesso pericólico → I
      - Abscesso pélvico ou à distância → II
    - Sim → Hinchey III ou IV → Cirurgia
      - Purulenta → III
      - Fecal → IV

Previsão #3

Câncer Colorretal

Cólon direito → anemia ferropriva, melena e massa; **esquerdo** → constipação, obstrução e hematoquezia; **reto** → tenesmo e fezes em fita. **Rastreio:** 45–75 anos; história familiar: 40 anos ou 10 antes do diagnóstico no parente de 1° grau. **Diagnóstico:** colonoscopia com biópsia; não dispensa toque retal! **Estadiamento:** CEA e TC de tórax/abdome/pelve; reto médio/baixo exige RM pélvica. **Cólon/reto alto:** ressecção, margem de 5 cm e ≥12 linfonodos. **Reto médio/baixo:** até T2N0, cirurgia; T3/T4 ou N+, neoadjuvância seguida de cirurgia. Invasão esfincteriana: amputação abdominoperineal e colostomia definitiva. Obstrução do reto extraperitoneal: colostomia antes da neoadjuvância. **Canal anal:** CEC associado ao HPV; tratamento definitivo com quimiorradioterapia (Nigro). Falha/recidiva: amputação abdominoperineal. **Buschke-Lowenstein: condiloma gigante.**

Previsão #4

Hemorragia Digestiva Alta

Forrest	Lesão	Risco de recidiva	Tratamento endoscópico
IA	Sangramento em jato (arterial)	70%	Combinado 1A e 1B (controverso para 2A)
IB	Sangramento em babação (venoso)	30%	
IIA	Coto visível	55%	
IIB	Coágulo aderido	< 10%	Tentativa de retirada do coágulo
IIC	Presença de hematina	< 10%	Sem conduta
III	Sem sangramento, base com fibrina	< 10%	

Previsão #5

Hérnias Inguinocrurais

Classificação de Nyhus	
Tipo 1	Hérnia indireta com anel inguinal profundo normal (até 2 cm)
Tipo 2	Hérnia indireta com anel inguinal interno alargado (> 2 cm), porém, com parede posterior preservada
Tipo 3	Defeito da parede posterior **3a:** Hérnia direta **3b:** Hérnia indireta com alargamento importante do anel interno ou destruição da parede posterior **3c:** Hérnia femoral (crural)
Tipo 4	Hérnia recidivada **4a:** Direta **4b:** Indireta **4c:** Femoral (crural) **4d:** Mista

Previsão #6

Apendicite

Sinal	Descrição
Blumberg	Dor à descompressão brusca no ponto de McBurney
Rovsing	Dor referida na FID enquanto se palpa a FIE
Dunphy	Dor referida na FID quando o paciente tosse
Lenander	Temperatura retal - Temperatura axilar > 1ºC
Summer	Hiperestesia na FID
Ten Horn	Dor na FID enquanto se traciona o testículo direito
Percussão do calcâneo	Dor referida na FID após um estímulo mecânico ("pancada") no calcâneo direito
Lapinsky	Dor à compressão da FID enquanto se eleva o membro inferior direito esticado

Escore de Alvarado		Pts
Sintomas	Migração da dor para FID	1
	Anorexia	1
	Náuseas e/ou vômitos	1
Sinais	Defesa no quadrante inferior direito do abdome	2
	Dor à descompressão brusca em FID	1
	Temperatura > 37,5°C	1
Exames	Leucocitose	2
	Desvio à esquerda	1
Total		10

1-4: não deve ser - alta com sinais de alarme
5-6: internação + exame de imagem (TC preferencial)
>=7: apendicectomia VLP

De olho na imagem

xABCDE

Parâmetro	Leve		Moderada	Grave
Frequência Cardíaca (bpm)	Inalterada	Inalterada a Aumentada	Aumentada (>100)	Aumentada Marcadamente (>120)
Pressão Sistólica (mmHg)	Inalterada	Inalterada	Inalterada a Diminuída	Diminuída Marcadamente (<90)
Hemocomponentes	Improvável	Possível	Provável	Protocolo de Transfusão Maciça
Resposta à Ressuscitação	Rápida e Sustentada	Relativamente Rápida e Sustentada	Transitória	Mínima a Nenhuma
Controle Cirúrgico da Hemorragia	Improvável	Possível	Provável	Extremamente Provável

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 1° ano; entre 12–24 meses → 1 mg/kg/dia contínuo.

Aposta #2

Sala de parto: Atualização 2026

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 #1

Crescimento e Desenvolvimento na Infância e Adolescência

Memorizar marcos de cada idade → essencial:

Marcos do desenvolvimento	
2 meses	Observa um rosto; Segue objetos ultrapassando a linha média; Reage ao som; Vocaliza (emite sons diferentes do choro); Eleva a cabeça e ombros na cama na posição prona.
4 meses	Observa sua própria mão; Segue com o olhar até 180°; Grita; Se senta com apoio, sustenta a cabeça; Agarra um brinquedo colocado em sua mão.
6 meses	Tenta alcançar um brinquedo; Procura objetos fora do alcance; Volta-se para o som; Rola no leito; Inicia uma interação.
9 meses	Transmite objetos de uma mão para outra; Pinça polegar-dedo; Balbucia; Senta sem apoio; Estranhamento (prefere pessoas de seu convívio); Brinca de esconde-achou.
12 meses	Bate palmas, acena; Combina sílabas; Fica em pé; Pinça completa (polpa a polpa); Segura o copo ou mamadeira.
15 meses	Primeiras palavras; Primeiros passos; É ativa e curiosa.
18 meses	Anda; Rabisca; Obedece ordens; Nomeia objetos.
24 meses	Sobe escadas; Corre; Formula frases simples (“Dá agua”, “Quer papar”); Retira uma vestimenta; . Tenta impor sua vontade.

Previsão #2

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 #3

Eritema infeccioso

- Parvovírus B19
- Face esbofeteada → exantema rendilhado
- Tratamento: suporte
- Lembrar da crise aplásica



Previsão #4

Distúrbios Obstrutivos

- **Asma - classificação quanto à gravidade**
  - Leve/moderada: Falar frases, prefere posição sentada, FR aumentada, SpO2 90 - 95%, PFE > 50% do previsto
  - Grave: Fala entrecortada, agitado, FR maiores, SpO2 < 90%, uso de musculatura acessória, PFE ≤50%
  - Condição ameaçadora à vida: Sonolento, confuso, pulmão Silencioso
- **Tratamento** → acompanha dois fatores: idade e gravidade! Pode englobar:
  - SABA de 20/20 min por 1h,
  - Corticóide VO ou EV
  - Oxigênio para atingir SpO2 alvo
  - Brometo de Ipratrópio
  - Sulfato de Mg EV

Previsão #5

Avaliação e transtornos do comportamento da infância e adolescência

TEA

- Lembrar dos critérios!
- ** Para fechar diagnóstico é necessário:
  - 1- A presença de todos os critérios do grupo A
    - Dificuldades da comunicação e interação social
  - 2- A presença de 2 ou mais critérios do grupo B
  - Padrão restritivo de comportamentos, interesses ou atividades
- Diagnóstico → Clínico, através da observação do padrão de comportamento e observação dos critérios descritos

Previsão #6

Arritmias, síncope e PCR: Ritmos não chocáveis



Previsão #7

Imunizações: Saber calendário PNI!

- **Diferenciar as 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
    - **Transição: PCV20 → PCV10 → PCV20**
  - **VSR** → gestante: 1 dose ≥ 28 semanas, a cada gestação
  - **Influenza** → anual dos 6 meses a <6 anos; primovacinação = 2 doses
  - **Dengue** → 2 doses, intervalo de 3 meses; resgate até 14a11m29d

De olho na imagem

Doença	Pista-chave	Agente	Associação importante
Sarampo	Tosse + coriza + conjuntivite + **Koplik** → exantema craniocaudal	Vírus do sarampo	Pneumonia; encefalite; **PEES**
Rubéola	Exantema + **adenomegalia retroauricular/suboccipital**	Vírus da rubéola	Gestação → **síndrome da rubéola congênita**
Eritema infeccioso	**Face esbofeteada** → exantema rendilhado	**Parvovírus B19**	**Crise aplástica**; hidropisia fetal
Exantema súbito	**Febre alta → defervescência → exantema**	**HHV-6/7**	Convulsão febril
Varicela	Lesões **em diferentes estágios evolutivos**	**VZV**	**Ataxia → cerebelite**
Escarlatina	Faringite + **"lixa" + Pastia**	**S. pyogenes**	Palidez perioral; língua em framboesa
Mão-pé-boca	**Lesões orais + mãos + pés**	**Enterovírus**	Coxsackie A16 clássico

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Pré-Natal: Exames complementares início do pré-natal (MS)

- Hemograma (repetir 3° tri)
- Glicemia de jejum
- Tipagem sanguínea
- HIV (repetir 3° tri)
- Sífilis (repetir 3° tri)
- Hepatites B e C
- Toxoplasmose
- Urina I e urocultura

Aposta #2

Sangramento da Primeira Metade da Gestação

Diferencie os abortamentos pelo **colo uterino.**

Fechado: ameaça (sangramento, feto vivo); completo (eliminação total dos restos); retido (embrião sem BCF, CCN >7 mm). **Aberto:** inevitável (gestação intrauterina, com/sem BCF); incompleto (restos ovulares); infectado (febre, secreção purulenta, taquicardia → antibiótico + esvaziamento)

Previsão #1

Climatério

- Terapia hormonal: sintomas vasomotores moderados/intensos, em mulheres <60 anos OU até 10 anos da menopausa (janela de oportunidade).
  - Com útero: estrogênio + progestágeno (proteção endometrial).
  - Histerectomizada: estrogênio isolado (exceto se endometriose prévia)
  - Contraindicações absolutas: câncer de mama atual, TEV, AVC/IAM, sangramento genital não investigado, doença hepática ativa. Lúpus não é mais contraindicação absoluta.
  - Antes de iniciar: mamografia (até 1 ano), lipidograma e glicemia.
- SGM (síndrome geniturinária da menopausa): 1ª linha = estrogênio vaginal local. Não exige progestágeno, mesmo com útero, e fica fora da janela. Aceito em câncer de mama, em casos selecionados.
- Sem hormônio/Contraindicações: fezolinetanto, ISRS/IRSN, gabapentina.

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;
- 3o período: dequitação – profilaxia de hemorragia (ocitocina, tração controlada do cordão).
- 4o período: Greenberg → vigilância de sangramentos.

Previsão #3

Contracepção

Os métodos combinados com estrogênio (anel, adesivo, injetável mensal e pílula combinada) são contraindicados em pacientes com história de tromboembolismo, enxaqueca com aura, tabagismo após os 35 anos, hipertensão não controlada, câncer de mama e hepatopatias graves. Nessas situações, preferem-se métodos apenas com progestagênio (injetável trimestral, Implanom e pílula isolada). Entre os progestagênicos, destacam-se os de ação mais antiandrogênica, como a drospirenona, o acetato de ciproterona e o dienogeste, que auxiliam na melhora da acne, da oleosidade cutânea e do hirsutismo, oferecendo bom controle hormonal com segurança.

Previsão #4

Amenorreias e SOMP

SOMP: diagnóstico de exclusão. Rotterdam (2 de 3): oligo/anovulação, hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, acne) ou laboratorial, ovários policísticos à USG.

- Excluir outras causas: hiperprolactinemia, hipotireoidismo, HAC não clássica (17-OHP), Cushing e tumores androgênicos (testosterona muito elevada).
- Riscos: hiperplasia/câncer de endométrio, diabetes tipo 2, síndrome metabólica.

Tratamento

- Estilo de vida e perda de peso.
- Sem desejo de gestar: ACO combinado (regula o ciclo, protege o endométrio, trata o hiperandrogenismo); espironolactona no hirsutismo.
- Metformina: resistência insulínica.
- Com desejo de gestar: letrozol (1ª linha) para indução da ovulação.

Previsão #5

Puerpério

Puerpério é o período que se inicia com a dequitação placentária até 6 sem pós-parto, sendo observada a involução do útero e a redução gradativa da loquiação (rubra → fusca → flava → alba). Neste período, importante orientar a amamentação com pega adequada (se contraindicada, ex. HIV+, bloquear a lactação com cabergolina). Se sinais de dor, ingurgitamento mamário, febre e eritema local → Mastite, mais comum por S. aureus. Tratar com ATB (ex. cefalexina), manter amamentação e ordenha - suspender apenas se abscesso com saída de pus pelo mamilo. Se febre + útero doloroso + secreção vaginal fétida → pensar em endometrite → tratar com ATB: clinda + genta.

Hemorragia pós-parto (MORREU)

M - Massagem uterina bimanual

O - Ocitocina / metilergometrina (contraindicação: hipertensa) / misoprostol

R - Rafia hemostática (B-Lynch)

R - Rafia vascular (aa. uterina / aa. hipogástrica)

E - Embolização

U - Útero (histerectomia)

Previsão #6

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: 5/5 anos. 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.

Imunossuprimidas: iniciar na sexarca. Qualquer DNA-HPV+ = colposcopia

Previsão #7

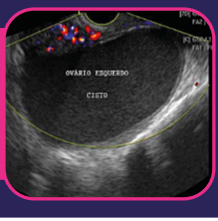
Síndromes Hipertensivas na Gestação

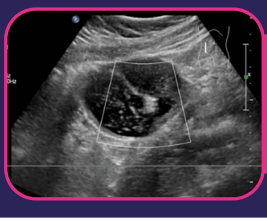
Classificação: hipertensão crônica (PA elevada antes de 20 semanas), hipertensão gestacional (após 20 semanas, sem proteinúria/lesão de órgão-alvo) e pré-eclâmpsia (após 20 semanas, com proteinúria e/ou lesão de órgão-alvo: plaquetopenia, transaminases elevadas, creatinina ≥1,0, sintomas neurológicos, edema pulmonar). Síndrome HELLP: hemólise; elevação de enzimas hepáticas (≥ 70), plaquetopenia (< 100.000). Eclâmpsia, iminência de eclâmpsia, HELLP e crise hipertensiva → sulfato de magnésio é a 1a medida. AAS profilático entre 12-36 sem (início entre 12-16 semanas idealmente, não após 20 semanas) e suspensão com 36 semanas!!

De olho na imagem

Lesões ovariana vistas ao ultrassom podem aparecer na sua prova! Então atenção para algumas imagens características:

Endometrioma: lesão ovariana com aspecto de "vidro fosco". Se for operar, retirar a lesão com sua cápsula





Teratoma Maduro: lesão heterogênea, benigna. Ressecção está indicada pelo risco de **torção ovariana**.

Preventiva

Aposta #1

Moda	O valor que mais aparece Representa a maior concentração das observações Não é afetada por valores extremos
Média	Soma de todos os valores dividido pela quantidade de valores na sequência Muito afetada por valores extremos
Mediana	É o valor mais central da sequência Primeiro é necessário organizar os valores em ordem (crescente ou decrescente) Não é afetada por valores extremos

Aposta #2

Atualizações no PNI

Pneumocócica	Vírus sincicial respiratório (VSR)

• Substituição da pneumo 23 pela pneumo 20
• Indicação:
  • Mantidas: indígenas > 5 anos e idosos acamados e/ou institucionalizados
  • Nova: Idosos acima de 85 anos
	• Obrigatório para gestantes: Dose única a partir das 28 semanas de gestação
	• Protege o bebê

Previsão #1

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 #2

Rastreamentos de cânceres (Task Force)

- **Mama:** 40 a 74 anos, mamografia de 2 em 2 anos
- **Próstata:** 55 a 69 anos, PSA, não especifica periodicidade
- **Colo uterino:** 21 a 65 anos. Antes dos 30 anos, colpocitologia de 3 em 3 anos. A partir dos 30, DNA-HPV de 5 em 5 anos, colpocitologia de 3 em 3 ou ambos de 5 em 5.
- **Colorretal:** 45 a 75 anos. Colono de 10 em 10 anos, Retossigmoidoscopia de 5 em 5, colonografia por TC de 5 em 5, PSOF anual, ou retossigmo de 10 em 10 associada a PSOF anual
- **Pulmão:** 50 a 80 anos com carga tabágica de 20 anos-maço que fuma ou parou nos últimos 15 anos. Anual com TC de baixa dose de tórax

Previsão #3

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Total de casos da doença em um local e período}}{\text{População suscetível à doença do mesmo local e período}} \times 10^n$$

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Número de casos novos da doença em um local e período}}{\text{População suscetível à doença do mesmo local e período}} \times 10^n$$

$$\text{Incidência acumulada} = \frac{\text{Número de pessoas que desenvolveram a doença no período}}{\text{Número de pessoas sem a doença no início do estudo}} \times 1000$$

Previsão #4

Níveis de prevenção

- **Primária:** Impedir o surgimento de uma doença em pessoa sadia. Promoção da saúde e proteção específica.
- **Secundária:** Garantir a melhor evolução clínica possível. Diagnóstico precoce, rastreamentos, tratamento imediato, prevenção de sequelas/invalidez.
- **Terciária:** Melhorar sequelas já existentes. Reabilitação e tratamento de sequelas.
- **Quaternária:** Evitar iatrogenias.
- **Quinquenária:** Evitar burnout em profissional de saúde.

Previsão #5

Sobrediagnóstico	Sobretratamento
Diagnóstico de uma doença, mas essa doença nunca iria provocar sintomas ou a morte de um paciente.	Ocorre quando fazemos um tratamento desnecessário, que não trará quaisquer benefícios a um paciente. Comumente ocorre por conta de um diagnóstico desnecessário.

Previsão #6

Cálculo do número necessário para tratar (NNT)

	Evento de interesse (desfecho)		
	Doente	**Sadio**	
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

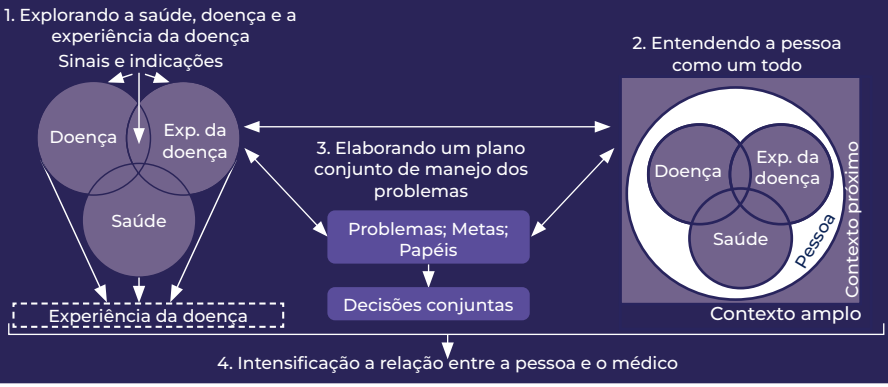
Previsão #7

Infecção Latente por Tuberculose (ILTB)

Tratar sem PT e sem IGRA	Tratar se PT ≥ 5mm ou IGRA positivo
• **RN** contato com caso fonte de TB; • **PVHIV** contato com caso de TB; CD4+ ≤ 350 células/µl; PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e/ou RX de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.	• Contatos de TB pulmonar ou laríngea; • PVHIV com CD4+ > 350 células/µl • Imagem sugestiva de sequelas de TB • Uso de inibidor de TNF-α ou corticosteróides (>15mg de prednisona por mais de um mês) • Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora

De olho na imagem

Método Clínico Centrado na Pessoa



Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"Com material em diversas mídias e formatos, com o sentimento de que realmente se importam e ficam próximos da gente, com flexibilidade e apoio."

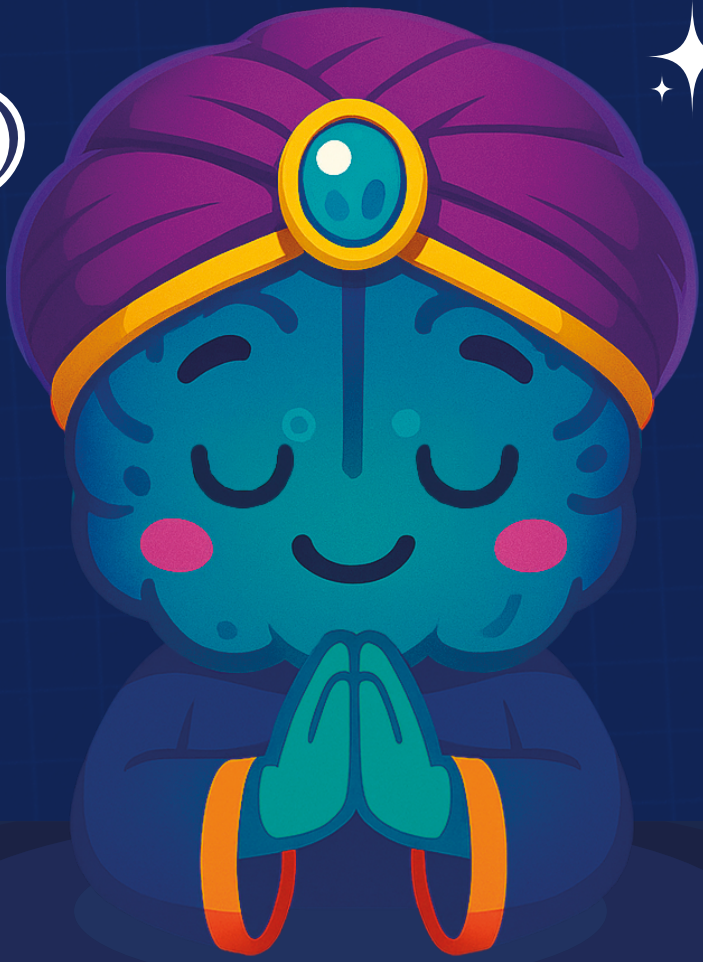
Livia Machado de Araujo Santana
Aprovada em **1º lugar em Medicina de Emergência na FMJ**

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