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 **IAMSPE**. 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



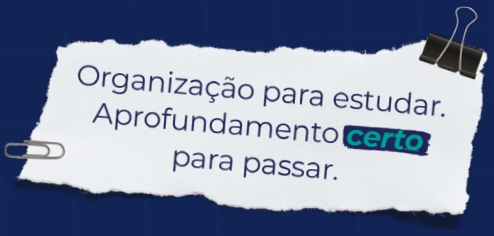
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Tratamento de CAD

A sequência é volume, potássio e insulina. Cristaloide 15-20 ml/kg na primeira hora, depois 250-500 ml/h; o sódio sobe 1,6 a cada 100 mg/dL de glicose, e com Na ≥150 troque para NaCl 0,45%. O potássio manda na insulina: abaixo de 3,3 repõe KCl e não faz insulina; entre 3,3 e 5,2 faz os dois juntos; acima de 5,2 não repõe K. Regular em BIC, 0,05-0,1 U/kg/h, sem bolus, mirando queda de 50 a 70 mg/dL por hora.

Aposta #2

IC descompensada

Classifique por Stevenson antes de prescrever: quente e úmido é o mais comum, frio e úmido é o mais grave. No perfil B de padrão vascular, com pico hipertensivo e congestão de instalação rápida, o eixo é vasodilatador com diurético judicioso. No perfil C, com hipoperfusão refratária ao diurético e PAS ≥90, o inotrópico de escolha é a dobutamina — inotrópico puro, sem vasoconstrição relevante. Vasopressor só na refratariedade.

Previsão #1

CAD e EHH

Os critérios diagnósticos de CAD: cetonúria ≥2+ ou β-hidroxibutirato ≥3 mmol/L, acidose com pH <7,3 ou bicarbonato <15, e glicose >200. EHH: sem cetose e sem acidose, osmolaridade efetiva >320 e glicose ≥600. Desencadeante mais comum é infecção no mundo e má aderência à insulina no Brasil. Bicarbonato de rotina não melhora a acidose, o tempo de tratamento nem a mortalidade, ficando restrito a pH <6,9; hipofosfatemia grave é incomum e não cursa com febre, só tratamos se P < 1,0 e sintomas musculares/respiratórios associados. A resolução não é glicemia normal: pede pH >7,3, bicarbonato >18 e ânion gap <12, com cetonemia negativa.

Previsão #2

Espirometria

O IAMSPE perguntou qual exame comprova obstrução variável ao fluxo aéreo, e a resposta é espirometria com prova broncodilatadora — não radiografia, IgE total, gasometria ou pletismografia como primeiro passo. A resposta positiva é ganho de pelo menos 200 ml e 12% no VEF1, e o paciente assintomático na consulta não invalida o exame. Na leitura, VEF1/CVF abaixo do limite inferior define obstrução; se a CVF estiver normal, é distúrbio obstrutivo puro. Com CVF também reduzida, calcule CVF menos VEF1 em percentual: abaixo de 25 é distúrbio misto, de 25 para cima é obstrução com aprisionamento aéreo, confirmada pela CPT na pletismografia.

Previsão #3

DPOC exacerbado

Classifique pela ferramenta ABE: quem teve uma ou mais exacerbações moderadas ou graves no último ano é E, independentemente dos sintomas; sem exacerbação, mMRC 0-1 e CAT <10 é A, e mMRC ≥2 ou CAT ≥10 é B. Tratamento inicial: A recebe broncodilatador, B e E recebem LABA + LAMA, somando corticoide inalatório no E se eosinófilos ≥300. No seguimento, dispneia persistente pede revisão de dispositivo; exacerbação persistente abre espaço para roflumilaste, azitromicina ou biológico.

Previsão #4

DPOC ambulatorial

Organize a conduta por letras. A de antibiótico, indicado com dois dos quatro sintomas cardinais — febre, aumento da dispneia, do volume e da purulência do escarro, sendo a purulência obrigatória — ou diante de necessidade de ventilação: beta-lactâmico com macrolídeo por 5 a 7 dias. B de broncodilatador de curta duração, salbutamol com ipratrópio em inalação a cada 20 minutos. C de corticoide sistêmico, prednisona 40 mg por 5 dias, que reduz o tempo de internação. D de dar oxigênio, com alvo de saturação entre 88 e 92% pelo risco de carbonarcose. VNI com pH ≤7,35 e PaCO2 ≥45 reduz mortalidade e intubação.

Previsão #5

Insuficiência Cardíaca

Atualização quente desse ano: FEVE <50% é reduzida e ≥50% é preservada. O diagnóstico combina fator de risco, sintoma típico e peptídeo natriurético — NT-proBNP ≥125 ou BNP ≥35 —, confirmando no ecocardiograma. Na ICFEr, o quarteto fantástico é IECA, BRA ou INRA, betabloqueador, antagonista mineralocorticoide e iSGLT2. Persistindo NYHA ≥II com terapia otimizada e FEVE ≤35%, avalie CDI na cardiopatia isquêmica, ressincronização no ritmo sinusal com BRE e QRS >120-150 ms, troca para sacubitril-valsartana, ferro endovenoso na ferropenia e ivabradina com FC >70. Na ICFEp, use o H2FPEF para confirmar: nenhuma droga do quarteto reduz mortalidade, e iSGLT2 e finerenona reduzem apenas internação.

Previsão #6

SCA

A classificação vem antes da conduta: supra de ST fecha IAMCSST; infra de ST ou onda T invertida com troponina elevada é IAMSSST, e com troponina normal é angina instável. Dor em repouso por mais de 30 minutos, sem alívio com repouso ou nitrato, aponta esse espectro e afasta angina estável e Prinzmetal. Com supra, porta-balão de 90 minutos, 120 minutos quando há transferência, e porta-agulha de 30 minutos. Sem supra, a estratificação manda: instabilidade, angina refratária, arritmia maligna ou IC aguda vão ao cateterismo em até 2h; troponina positiva, alteração dinâmica de ST/T ou GRACE >140 em até 24h; risco intermediário em até 72h. AAS 300 mg para todos.

Previsão #7

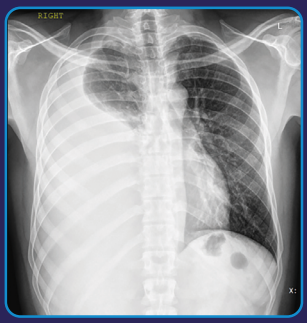
Pneumonias

Febre, calafrios, tosse e opacidade focal em previamente hígido é pneumonia adquirida na comunidade, e a avaliação se estrutura com confirmação radiográfica — não com baciloscopia seriada, lavado broncoalveolar ou cobertura para multirresistentes. Para decidir o local do tratamento, CURB-65: confusão, ureia ≥43, FR ≥30, PAS <90 ou PAD ≤60, e idade ≥65. O PSI/PORT é o mais completo, com classes I e II ambulatoriais, III individualizada e IV e V internadas. Ambulatorial sem comorbidade: amoxicilina, doxiciclina ou macrolídeo; com comorbidade ou internado, beta-lactâmico com macrolídeo ou fluoroquinolona. Corticoide só na PAC grave, com PSI >130 ou suporte ventilatório.

De olho na imagem

Derrame Pleural Parapneumônico

Derrame unilateral ao lado de uma consolidação é parapneumônico até prova em contrário, e a punção, não a imagem, decide a conduta. Critérios de Light para exsudato: proteína pleural sobre plasmática >0,5, DHL pleural sobre plasmática >0,6 ou DHL pleural >200 U/L — basta um. Para drenar, a regra 1-2-3-4-5: DHL >1.000, pH ≤7,2, empiema, glicose <40 e Gram positivo. Qualquer um exige antibiótico com drenagem fechada.



Fonte: Radiopaedia (https://radiopaedia.org/cases/pleural-effusion-24)

Cirurgia Geral

Aposta #1

HDA → estabilizar, toque retal, jejum, acesso venoso e hemograma/coagulograma/tipagem. Se não varicosa: iniciar IBP IV e realizar EDA em até 24h; ressangramento → nova EDA (Hemospray/OVESCO) → embolização arterial → cirurgia. Se varicosa: iniciar octreotida/terlipressina + ceftriaxona + IBP e realizar EDA em até 12h; preferir ligadura elástica. Variz de fundo gástrico → cianoacrilato. Ressangramento → descompressão portal com TIPS; balão de Sengstaken-Blakemore é ponte temporária. TIPS precoce em até 72h pode beneficiar alto risco, mas aumenta encefalopatia e retorno venoso.

Aposta #2

Complicações pós operatórias

Deiscência: risco em emergência, infecção, hipertensão intra-abdominal, desnutrição, obesidade e idosos. Eventração = aponeurose aberta, pele íntegra, possível "água de carne"; evisceração = abertura também da pele, expondo vísceras → compressa úmida e cirurgia imediata. ISC superficial sem repercussão → abrir ponto, drenar e cuidar localmente; com sinais sistêmicos → associar ATB. Sepse ou infecção profunda → explorar e drenar.

Previsão #1

Hérnias especiais

Principais	
Amyand	Apêndice na hérnia inguinal, se sem apendicite - apenas reduzir cirurgicamente
Garengeout	Apêndice na hérnia femoral
Littré	Divertículo de Meckel no saco herniário - na hérnia inguinal, femoral ou umbilical
Richter	Pinçamento da borda antimesentérica - pode isquemiar sem obstrução (parada de fezes e flatos)
Lombares	Grynfelt: superior // Petit: inferior
Spiegel	Pela linha semilunar / sobre a linha arqueada de Douglas - risco alto de encarceramento = cirurgia
Pantalona	Héria mista: componente direto e indireto
Epigástrica	Alto risco de encarceramento, dor desproporcional ao pequeno abaulamento

Previsão #2

Síndrome	Pólipo/associação
PAF	Adenomas; autossômica dominante/APC; CCR quase 100% → colectomia profilática antes dos 20 anos
Gardner	PAF + osteomas e tumores de partes moles
Turcot	PAF + tumores do SNC
Peutz-Jeghers	Hamartomas no TGI + pigmentação mucocutânea
Juvenil	Hamartomas colorretais na infância/adolescência
Lynch	CCR não polipoide; MLH1, MSH2, MSH6, PMS2

Adenoma viloso, maior e com displasia avançada = maior risco de câncer. Pólipo hiperplásico é benigno.

Previsão #3

Lesões cisticas de pâncreas

Lesão	Pistas → conduta
Serosa	Mulher, microcística, cicatriz central, CEA baixo → observar
Mucinosa	Mulher, corpo/cauda, CEA alto, potencial maligno → ressecar
Frantz	Mulher jovem, sólido-cística → ressecar
IPMN	Comunica-se com ducto; CEA e amilase altos Operar se icterícia, nódulo mural captante ≥5 mm ou ducto principal ≥10 mm (alto risco de Fukuoka).

Previsão #4

Suspeita de coledocolitíase → síndrome colestatica. Alto risco (cálculo no colédoco, colangite ou BT >4 mg/dL + colédoco dilatado) → CPRE. Risco intermediário (enzimas alteradas, idade >55 anos ou colédoco dilatado) → colangio-RM ou Eco-EDA; se indisponíveis, considerar colangiografia intraoperatória. Baixo risco → colecistectomia sem investigação adicional da via biliar. CPRE pode ser pré ou pós-operatória; exploração laparoscópica do colédoco trata em um único tempo quando há equipe e material disponíveis.

Previsão #5

Cuidados pré-operatórios e ACERTO

Suporte nutricional pré-op se perda ≥10–15%/6 meses ou >5%/mês, IMC <18,5, albumina <3, transferrina <200, doença catabólica ou NRS ≥3. Preferir oral → enteral → parenteral por ≥7 dias; em paciente oncológico grave, 10–14 dias. Imunonutrição: grande cirurgia de TGI/cabeça e pescoço ou albumina <2,8, por 5–7 dias antes e até 7 dias após. ACERTO/ERAS: sólidos até 6–8h, 200 mL de carboidrato até 2h antes, realimentar em até 24h, deambular cedo, evitar preparo de cólon e excesso de fluidos.

Previsão #6

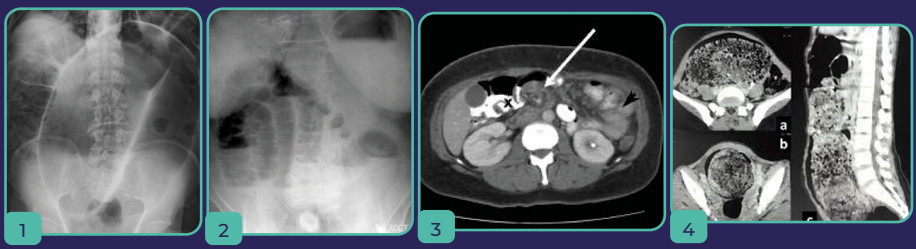
Quadro	Classificação → conduta
Colecistite	Colecistite: A (Murphy/QSD) + B (febre, PCR ou leucocitose) + C (imagem típica). Tokyo I: CCVLP precoce; II: leucócitos >18.000, massa, >72h ou inflamação local → CCVLP por equipe experiente ou colecistostomia; III: disfunção orgânica → UTI, suporte e drenagem
Diverticulite	Hinchey 0/Ia: sintomáticos, podendo dispensar ATB; Ib/II: ATB ± drenagem se abscesso ≥4 cm; III/IV: peritonite purulenta/fecal → cirurgia, classicamente Hartmann

Previsão #7

Abdome agudo obstrutivo

Obstrução intestinal → jejum + sonda nasogástrica + cristaloide balanceado + correção eletrolítica. Investigar cicatrizes e hérnias; preferir TC com contraste. Brida sem febre, leucocitose, acidose, peritonite ou isquemia → tratamento conservador por 24–48h. Sinais de sofrimento, alça fechada, perfuração, estrangulamento ou falha clínica → cirurgia. Não indicar colonoscopia na fase aguda, exceto para descompressão do volvo de sigmoide estável ou da síndrome de Ogilvie. Hérnia irredutível é diagnóstico clínico e não deve aguardar USG.

De olho na imagem



1. Volvo de sigmoide: “grão de café” e ausência de gás no reto.
2. Íleo biliar: tríade de Rigler — obstrução, pneumobilia e cálculo ectópico.
3. Hérnia de Petersen: alças agrupadas e redemoinho dos vasos mesentéricos após bypass gástrico.
4. Fecaloma: massa intraluminal com padrão moteado por gás, frequentemente no reto ou sigmoide.

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

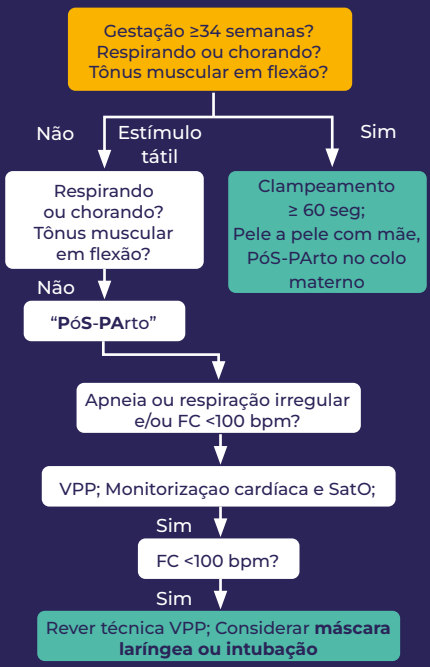
Sala de parto: Atualização 2026

Reanimação neonatal

- Cordão: boa vitalidade → clampear ≥60 s
- Sem boa vitalidade: estímulo tátil ~15 s antes do clampeamento
- 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

Reanimação >=34 sem



Previsão #2

Distúrbios obstrutivos

Gravidade	Conduta Imediata
Leve	SABA inalatório; reavaliar em 30-60 min.
Moderada	SABA a cada 20-30 min (até 3 doses) + ipratrópio + corticoide sistêmico.
Grave	SABA + ipratrópio + O_2 + corticoide sistêmico; considerar $MgSO_4$ IV se refratária.

*Obs .: $SatO_2$ alvo SpO_2 92-95% (> 6 anos) e ≥92% (≤ 5 anos).

Previsão #3

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 #4

Crescimento e Desenvolvimento na Infância e Adolescência: Memorizar marcos de cada idade → essencial:

Crescimento e Desenvolvimento

- 2 meses - Sorriso social, segue objetos com os olhos
- 4 meses - Sustenta a cabeça sem apoio, segura objetos
- 6 meses - Rola no leito com facilidade, senta com apoio
- 9 meses - Senta sem apoio, transmite objetos de uma mão para outra
- 12 meses - Bate palmas, caminha com apoio
- 15 meses - Primeiras palavras, 1° passos sem apoio
- 18 meses - Anda sem apoio
- 24 meses - Corre, sobe escada, formula frase

Previsão #5

Anemias e Hemoglobinopatias

Anemia ferropriva → tratamento:

- 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar
- três a seis meses, ou até a normalização da hemoglobina e a reposição adequadados estoques de ferro
- Monitoramento da resposta ao tratamento
  - 1ª fase: normalizar Hb (1-2 meses)
  - Reticulócitos: Aumento em 3-5 dias
  - Hemoglobina: Pico 7-10 dias, espera-se que após 30-45 dias do início do tratamento aumente pelo menos 1,0 g/dL de Hb
- 2ª fase: normalizar estoques de ferro (2-6 meses)

Previsão #6

Pneumonias e Síndromes Gripais

Divisão de tratamento da pneumonia bacteriana baseado em nível de gravidade e necessidade ou não de internação

- Indicações de internação
  - Idade <2m (SBP) / <6m (Nelson)
  - Gravidade (insuficiência respiratória, hipoxemia,suspeita de S. aureus)
  - Não consegue beber
  - Comorbidades/imunossupressão
  - Falha terapêutica ambulatorial
  - Complicação rx
- Direcionar tratamento conforme condição do paciente
  - Ambulatorial: Amoxicilina 50-90 mg/kg/dia, VO, 8/8h ou 12/12h por 7 dias
  - Hospitalar: Penicilina ou Ampicilina (com expansão ou mudança se complicações)

Previsão #7

Nariz, Ouvido e Laringe

OMA

- **Definição:** Efusão na orelha média + sinais inflamatórios agudos (otalgia, febre, irritabilidade)
- **Quadro clínico:** Otalgia, irritabilidade, febre em 1/3 dos casos, precedido por IVAS. Otoscopia revela membrana timpânica abaulada, hiperemiada, com efusão e perda dos marcos anatômicos.
- ****Atenção: diagnóstico diferencial com otite externa!**
  - cuidado com medidas desnecessárias
- **Tratamento:** Analgesia +
  - Antibioticoterapia com amoxicilina 50mg/kg/dia obrigatória em <6 meses, OMA grave ou bilateral em 6-23 meses.
  - Conduta expectante possível em >2 anos com OMA não grave e diagnóstico incerto

De olho na imagem

Doenças Exantemáticas

Doença	Pista-chave
Sarampo	3Cs + **Koplik**
Rubéola	**Adenomegalia retroauricular/suboccipital**
Eritema infeccioso	**Face esbofeteada** → exantema rendilhado (parvovírus B19)
Exantema súbito	**Febre alta → defervescência → exantema (Herpes tipo 6 e 7)**
Varicela	Lesões **em diferentes estágios evolutivos**
Escarlatina	Faringite + **"lixa" + Pastia**
Mão-pé-boca	**Lesões orais + mãos + pés**

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Gemelaridade

- **Monocoriônica (1 placenta):** maior risco de síndrome de transfusão feto-fetal (STFF), restrição de crescimento seletiva e sequência anemia-policitemia. Na **STFF, o sinal clássico é oligoâmnio no doador e polidrâmnio no receptor.**
- **Dizigóticas:** são sempre dicoriônicas; **monozigóticas** podem ser di/di, mono/di ou mono/mono. Quanto mais tardia a divisão embrionária, maior a proximidade fetal: di/di (até 3° dia) → mono/di (4°–8° dia) → mono/mono (8°–13° dia) → gêmeos unidos (após 13° dia).

Aposta #2

Tumores Malignos de Mama

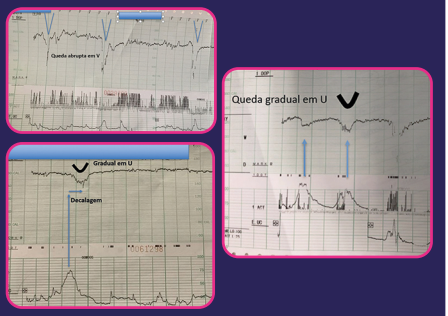
Rastreamento de Câncer de Mama:

Sociedade Brasileira de Mastologia e Colégio Brasileiro de Radiologia	Ministério da Saúde
Mamografia anual 40 - 74 anos >75 anos + individualizada	**Mamografia bienal** 40 - 50 anos: Atualização 2025: Ministério da Saúde garante o acesso a MMG, após discutir riscos e benefícios individuais 50-74 anos: Rastreamento ativo: a cada 2 anos

Previsão #1

Assistência ao Parto

- **Cardiotocografia:** Avaliação das desacelerações na cardiotocografia depende da morfologia!
  - DIP 1 - precoce, com queda gradual da frequência cardíaca fetal → compressão do polo cefálico
  - DIP 2 - tardia, com queda gradual da frequência cardíaca fetal → hipóxia fetal
  - DIP 3 - variável, com queda abrupta da frequência cardíaca fetal → compressão funicular

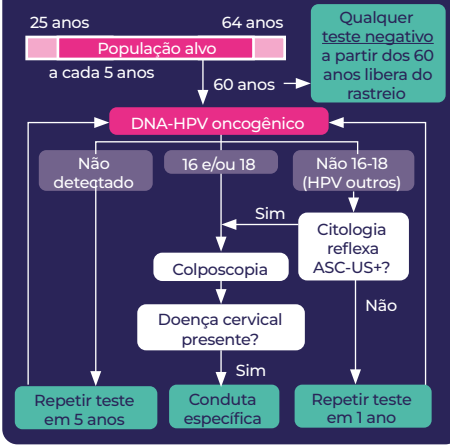


Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2022):
Fase ativa: a partir de 5 cm com dilatação progressiva + contrações regulares
Período expulsivo: até 2 horas (nulíparas) ou 2 horas (multíparas) → + 1 hora se analgesia

Previsão #2

Rastreamento de Câncer de Colo de Útero

Atenção no novo rastreamento do Ministério da Saúde, baseado na pesquisa de DNA-HPV! Iniciar aos 25 anos, quem já teve a sexarca, até os 65 anos. Foco no fluxograma!



Previsão #3

Vulvovaginites

- **Vaginose bacteriana:** redução de lactobacilos e proliferação de anaeróbios. Corrimento homogêneo, acinzentado, **odor fétido** (piora após relação sexual), **pH > 4,5 e teste das aminas positivo**. Diagnóstico pelos **critérios de Amsel** com presença de clue cells. Tto: metronidazol ou clindamicina.
- **Candidíase:** **prurido** intenso, eritema vulvar e **corrimento branco grumoso**, sem odor forte, com **pH geralmente ≤ 4,5**. Dx por exame microscópico. Tto com azólicos tópicos ou fluconazol oral; na gestação → tópico.
- **Vaginose citolítica:** aumento de **lactobacilos e citólise epitelial**. Pode simular candidíase, com **prurido, ardor e corrimento branco**, geralmente com **pH baixo (3,5–4,5)**, citólise e ausência de fungos. Bicarbonato de sódio intravaginal pode ajudar.
- **Vaginite descamativa inflamatória:** quadro inflamatório com **corrimento purulento amarelado, ardor, dispareunia, eritema vaginal e pH > 4,5**. Microscopia com muitos leucócitos, células parabasais e redução de lactobacilos. Tto com **clindamicina** intravaginal ou **corticoide** tópico.

Previsão #4

Gestação Ectópica

	Critérios	
Conduta expectante	Íntegra; Estabilidade hemodinâmica; Ausência de BCF	Massa anexial < 5 cm; βhCG em queda e com nível inicial menor que < 2.000 mUI/mL
Conduta medicamentosa (Metotrexato)		Massa anexial < 3,5 cm; βhCG < 5.000 mUI/ml e em ascensão ou platô; Sem contraindicação ao Metotrexato
Conduta cirúrgica	Gestação ectópica rota; Instabilidade hemodinâmica; BCF presente; βhCG > 5.000 mUI/mL; Gestações **heterotópicas**!	

Previsão #5

Amenorreias

Diagnóstico diferencial de Amenorreias Primárias **com** desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, **sem útero**

	S. Rokitansky	S. Morris
Fisiopatologia	Agenesia Mulleriana	Insensibilidade Androgênica
Cariótipo	46, XX	46, XY
Gônadas	Ovários	Testículos
Pilificação	Normal	Ausentes
Genitália externa	Feminina	Feminina
Genitália interna	Ausente	Ausente

Previsão #6

Pré-natal

Avaliação de aneuploidias:

- **US morfológico de 1° trimestere:**
  - Translucência nucal.
  - Osso nasal;
  - Ducto venoso: onda A presente.
- **NIPT - *non invasive prenatal testing***: análise de DNA livre fetal no sangue materno; realizado após 10 sem, a partir de um teste sanguíneo materno → avaliação de sexagem fetal, bem como de outras cromossomopatias

Ganho de peso no pré-natal:

IMC		Ganho de peso na gestação
< 18,5	Baixo peso	12,5 a 18 Kg
18,5 a 24,9	Peso normal	11,5 a 16 Kg
25 a 29,9	Sobrepeso	7 a 11,5 Kg
≥ 30	Obesidade	5 a 9 Kg

Previsão #7

Sangramento Uterino Anormal

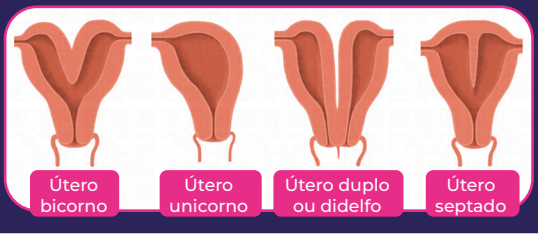
Classificação de Lasmar para manejo de miomas submucosos:

	0	1	2	Escore
Penetração	0	= 50%	> 50%	+
Tamanho	= 2cm	> 2 a 5 cm	> 5 cm	+
Base	= ⅓	> ⅓ a ⅔	> ⅔	+
Terço	inferior	médio	superior	+
Parede lateral	+ 1	+ 1	+ 1	=

Escore	Grupo	Conduta sugerida
0 a 4	I	Miomectomia histeroscópica com baixa complexidade
5 a 6	II	Miomectomia complexa, pensar em preparo com análogo do GnRH e/ou cirurgia em 2 tempos
7 a 9	III	Indicar outra técnica não histeroscópica

De olho na imagem

Muito importante saber diferenciar os tipos de **malformações mullerianas:**



Preventiva

Aposta #1

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

Aposta #2

Saúde única (one health, uma só saúde)	Saúde global
Abordagem integrada e unificadora que busca equilibrar e otimizar, de forma sustentável, a saúde de pessoas, animais e ecossistemas	Área de estudo que prioriza a melhoria da saúde e a obtenção de equidade em saúde para todas as pessoas em todo o mundo

Previsão #1

Atualizações de rastreamentos (MS)

- **Hipertensão:** A partir dos 3 anos, aferição da PA anual
- **Diabetes:** > 35 anos OU Qualquer idade, se IMC ≥ 25 + um fator de risco. GJ ou HbA1c, 3 em 3 anos
- **CA de Mama:** 50 a 74 anos, mamografia, 2 em 2 anos
- **CA de Colo uterino:** 25 a 60 anos. Pode se estender até os 64 anos se o teste anterior for aos 59 anos. DNA-HPV, 5 em 5 anos
- **CA Colorretal:** 50 a 75 anos (ou até que a expectativa de vida seja > 10 anos). PSOF (FIT), 2 em 2 anos.

Previsão #2

Tipos de vigilância em saúde

- **Vigilância epidemiológica:** Conhecimento, prevenção e combate a diversos agravos. Cuida das notificações e das epidemias
- **Vigilância sanitária:** Bens e serviços que possam causar mal à saúde + vigilância de portos + poder de polícia
- **Vigilância ambiental:** Conhecer e detectar mudanças nos fatores ambientais que podem comprometer a saúde humana através de monitoramento
- **Vigilância em saúde do trabalhador:** Ações destinadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores

Previsão #3

Tipos de zoonose

- **Antropozoonose:** doença própria de animais vertebrados que pode ser transmitida ao homem, que atua como hospedeiro acidental. Ex.: raiva.
- **Zooantropozoonose:** doença própria do homem que pode ser transmitida a animais. Ex.: tuberculose humana em primatas.
- **Metazoonose:** zoonose cujo ciclo exige um hospedeiro invertebrado, geralmente um vetor. Ex.: leishmaniose.
- **Saprozoonose:** zoonose que depende de um ambiente inanimado (solo, água, plantas) para parte do ciclo do agente. Ex.: histoplasmose.
- **Anfixenose:** infecção que circula igualmente entre homens e animais, ambos hospedeiros naturais. Ex.: doença de Chagas.

Previsão #4

Ferramentas de abordagem familiar

- **PRACTICE:** Acrônimo usado como guia para avaliação estruturada de problemas familiares difíceis. Avalia aspectos do Problema, Rótulos/Estrutura, Afeto, Comunicação, Tempo no ciclo de vida, Intercorrências na família, Coping (lidar com estresse) e Ecologia/Meio Ambiente.
- **FIRO:** Analisa as relações interpessoais e as necessidades emocionais na família. Avalia o equilíbrio de Inclusão, Controle e Intimidade entre os membros familiares.
- **APGAR familiar** (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve): Questionário rápido que mede a satisfação de um membro com o funcionamento da família. Avalia a funcionalidade familiar em termos de Adaptação, Parceria, Crescimento, Afeto e Resolução de problemas.

Previsão #5

Níveis de prevenção

- **Primária:** Ações preventivas que têm por objetivo impedir o surgimento de uma doença em pessoas sadias. Compreende a promoção da saúde e a proteção específica. Age no período pré-patogênico.
- **Secundária:** Compreende o diagnóstico precoce, rastreamentos, tratamento imediato, prevenção de sequelas/invalidez. O maior objetivo é garantir a melhor evolução clínica possível. Age no período patogênico.
- **Terciária:** Melhorar sequelas já existentes. Compreende a reabilitação e outros tratamentos das sequelas. Age no período patogênico.
- **Quaternária:** Evitar procedimentos desnecessários e iatrogenias.
- **Quinquenária:** Evitar burnout nos profissionais de saúde.

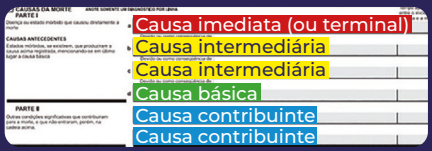
Previsão #6

Sigilo no atendimento de adolescentes

- Adolescente buscando método contraceptivo de uso contínuo ou de emergência → Manter o sigilo ✅
- Adolescente com **suspeita** de gravidez → Manter o sigilo ✅
- Adolescente grávida → Quebrar o sigilo (mas primeiro tentar combinar um momento para a própria adolescente contar aos pais)
- Uso esporádico de drogas → Avaliar caso a caso (manter o sigilo se algo brando, que não esteja levando a um risco ao paciente. Avaliar caso a caso)

Previsão #7

Declaração de óbito



Causa imediata: Último evento que culminou na morte do paciente

Causas intermediárias: Complicações e eventos secundários à causa básica

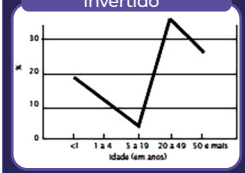
Causa básica: A causa que iniciou a sucessão de eventos que levou ao óbito do paciente

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

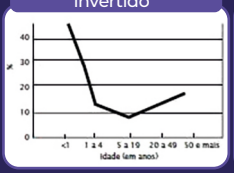
De olho na imagem

Curvas de Nelson de Moraes

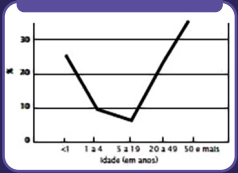
Tipo I
Nível de saúde muito baixo. Curva em "N invertido"



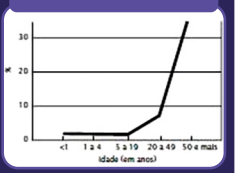
Tipo II
Nível de saúde baixo. Curva em "L" ou "J invertido"



Tipo III
Nível de saúde regular. Curva em "U"



Tipo IV
Nível de saúde elevado. Curva em "J"



Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

15 primeiros lugares *do IAMSPE*

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"A Medway foi fundamental em várias partes da minha jornada; primeiro pela organização semanal de estudos que me deu metas reais para cumprir dentro das minhas horas disponíveis; em segundo pelo banco de questões imenso com trilhas diárias de revisão, e ainda com simulados originais de alto nível que me deixaram mais tranquilo para cada prova."

Andre Pinheiro Figueiredo Zylberman
Aprovado em **1º lugar em Patologia no IAMSPE**

"A plataforma Medway é completa. Permitiu um treinamento personalizado para as instituições que me interessavam. Utilizei muito as trilhas inteligentes durante todo o ano, que me ajudaram nas especificidades de cada prova. O mais importante é manter o foco e realizar um número expressivo de questões durante o ano, e a Medway nos dá todas as condições para atingir todo o nosso máximo potencial."



Saulo de Tarso Rodrigues Dos Santos
Aprovado em **1º lugar em Gastroenterologia no IAMSPE**

Vai prestar R+?

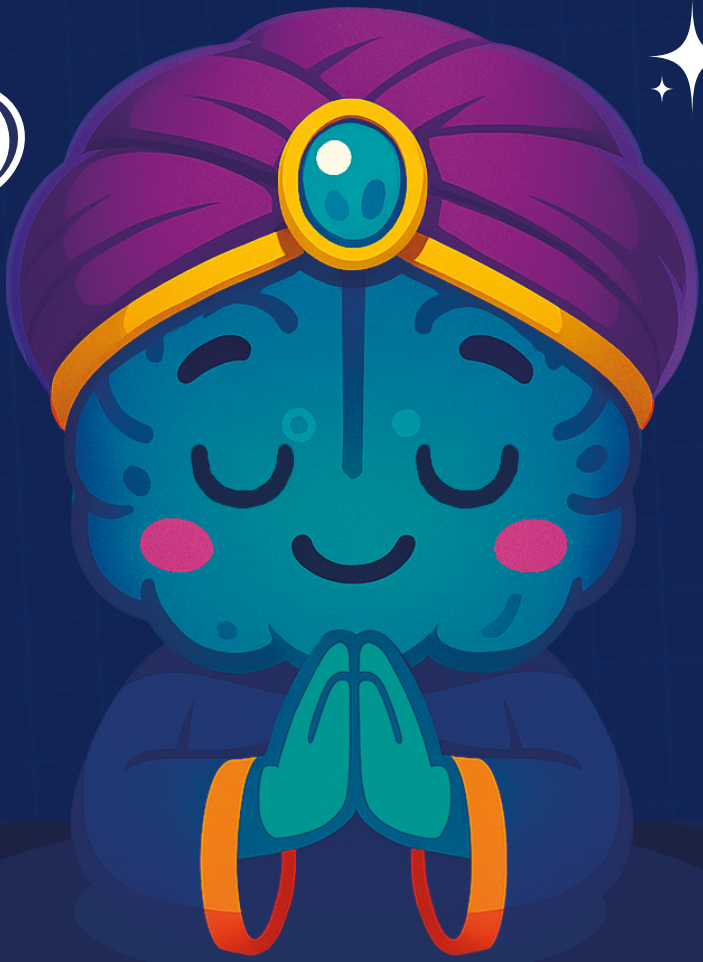
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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