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 no **PSU-GO**. 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



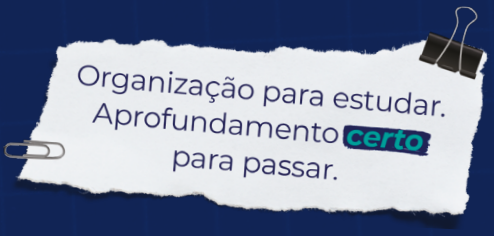
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Tuberculose

Tosse ≥ 3 semanas → teste rápido molecular (TRM-TB), que detecta resistência à rifampicina. Esquema básico: 2 RHZE + 4 RH; notificar, testar HIV e avaliar contatos. Hepatotoxicidade (≥ 5× sem sintomas ou ≥ 3× com sintomas): suspender tudo e reintroduzir R + E, depois H e Z (PSU-GO 2023). ILTB sem PT/IGRA: RN coabitante de caso confirmado e PVHIV com CD4 ≤ 350 (PSU-GO 2026).

Aposta #2

Epilepsia

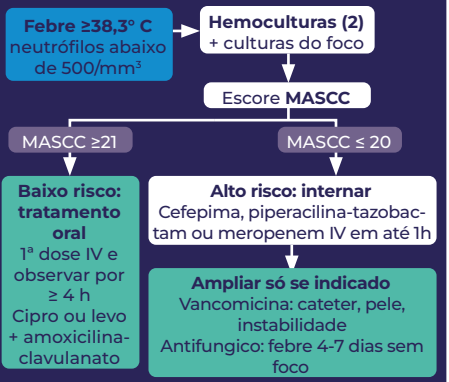
ILAE: crise focal de início motor (automatismos, clônica) ou não motor (parada comportamental, cobrada em 2024). Estado de mal: crise ≥ 5 min ou crises sem recuperar a consciência. Benzodiazepínico já (diazepam EV ou midazolam IM, repetir 1 vez); se persistir, fenitoína, valproato ou levetiracetam EV; refratário: intubação + midazolam ou propofol. Cheque a glicemia; no etilista, tiamina antes ou junto da glicose, sem atrasar a correção da hipoglicemia.

Previsão #1

Onco-hematologia

Mieloma (caiu em 2026): plasmócitos ≥ 10% + CRAB (cálcio > 11, creatinina > 2, Hb < 10, lesão lítica). Creatinina que triplica (ou ≥ 4,0) ou diurese < 0,3 mL/kg/h por 24 h = IRA KDIGO 3. Neutropenia febril (caiu em 2023): febre ≥ 38,3 °C + neutrófilos < 500 → hemoculturas e betalactâmico antipseudomonas EV em até 1 h (cefepima, pip-tazo ou meropenem); vancomicina só com indicação; MASCC ≥ 21 pode ir para VO. LLC: tratar só com doença ativa (citopenias, sintomas B, massa ou duplicação < 6 meses).

Neutropenia febril: antibiótico antipseudomonas em até 1 hora



Previsão #2

Síndrome coronariana e diagnósticos diferenciais

A maioria das mortes por IAM é na 1ª hora, por FV, fora do hospital (PSU-GO 2026). Supra de ST: angioplastia com porta-balão ≤ 90 min (≤ 120 se transferir) ou fibrinólise em ≤ 30 min. Sem supra: troponina ultrassensível 0/1 h ou 0/2 h. Pós-IAM: DAPT por 12 meses, AAS contínuo e estatina de alta potência: LDL < 50 mg/dL, ou < 40 no risco extremo (SBC 2025). Diferenciais: dissecção (dor rasgante, PA assimétrica), pericardite (supra difuso, infra de PR) e Boerhaave (vômitos e dor retroesternal).

Previsão #3

Diabetes

Diagnóstico: jejum ≥ 126 mg/dL, HbA1c ≥ 6,5%, TOTG 2 h ≥ 200 ou TOTG 1 h ≥ 209 mg/dL; 155–208 na 1ª hora = pré-diabetes (SBD 2024, cobrado em 2025). Meta geral de HbA1c < 7%, mais rígida no jovem e mais flexível no idoso frágil. SBD 2026: metformina se TFG ≥ 30; risco cardiorrenal → iSGLT2, independentemente da HbA1c; IMC ≥ 30 → aGLP-1 ou tirzepatida; HbA1c ≥ 7,5% → terapia dupla; catabólico → insulina. Renoproteção: iSGLT2 + IECA/BRA + finerenona. CAD: volume, potássio antes da insulina e insulina 0,1 U/kg/h. Rastreio anual: fundo de olho, RAC + TFG e pés.

Previsão #4

Transtornos mentais

TDM: ≥ 5 sintomas por ≥ 2 semanas, com humor deprimido ou anedonia. Antes do antidepressivo, pergunte por (hipo)mania: no bipolar, use lítio e evite antidepressivo isolado. 1ª linha: ISRS (fluoxetina, sertralina), cobrado em 2025; lítio, haloperidol e clonazepam não são 1ª linha. Avaliar em 4–8 semanas e manter 6–9 meses após remissão. Risco alto de suicídio: preservar a vida e quebrar o sigilo, inclusive com adolescente (2024). Abstinência de nicotina: reposição de nicotina, não benzodiazepínico (2026).

Previsão #5

Tireoide

Tireotoxicose: olhe a captação. Alta = Graves, BMN tóxico, Plummer, AIT tipo 1 → tionamida; baixa = tireoidite subaguda, AIT tipo 2, hormônio exógeno → sem tionamida. Amiodarona (2025 e 2026): inibe a desiodase (↓ T3); AIT 1 tem Doppler com fluxo ↑ → metimazol; AIT 2 é destrutiva → corticoide. Graves com oftalmopatia: metimazol + propranolol (radioiodo pode piorar os olhos). Subaguda: AINE + betabloqueador. Subclínico no idoso com TSH < 10: acompanhar.

Previsão #6

Colagenoses e miopatias

Autoanticorpo é a pista: anti-Ro/La = Sjögren (biópsia com focus score ≥ 1, cobrado em 2025); anti-Sm e anti-DNA = LES; anti-Scl-70 = esclerose sistêmica difusa; anticentrômero = limitada; anti-Jo-1 = síndrome antissintetase. Corticoide crônico no LES: proteger o osso (cálcio, vitamina D e antirreabsortivo). Miopatia inflamatória: fraqueza proximal + CK alta; Gottron e heliotropo = dermatomiosite, rastrear neoplasia. Vasculite de grande vaso: Takayasu e arterite de células gigantes.

Autoanticorpo	Pense em
Anti-Ro / anti-La	Sjögren
Anti-Sm, anti-DNA	LES
Anti-Scl-70	Esclerose sistêmica difusa
Anticentrômero	Esclerose sistêmica limitada
Anti-Jo-1	Síndrome antissintetase

Previsão #7

Insuficiência cardíaca

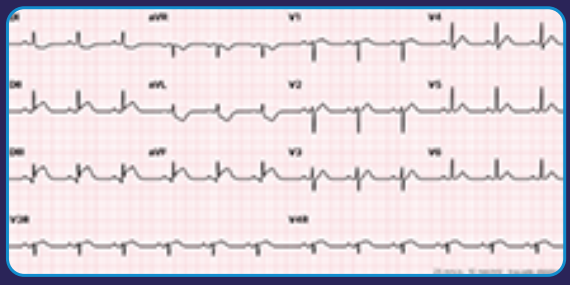
IC descompensada: classifique pela congestão (úmido: ortopneia, turgência jugular, estertores, edema) e perfusão (frio: extremidades frias, hipotensão, oligúria, confusão). Perfil A (quente e seco): compensado, otimizar medicação oral. Perfil B (quente e úmido): o mais comum; diurético EV ± vasodilatador, sem suspender betabloqueador. Perfil C (frio e úmido): pior prognóstico; inotrópico (dobutamina), diurético após melhorar a perfusão e reduzir ou suspender betabloqueador. Perfil L (frio e seco): hipovolemia; volume com cautela.

Perfil	Conduta
A – quente e seco	Compensado: otimizar medicação oral
B – quente e úmido	Diurético EV ± vasodilatador
C – frio e úmido	Inotrópico; diurético após perfusão
L – frio e seco	Volume com cautela

De olho na imagem

IAM inferior com VD

Supra de ST em DII, DIII e aVF indica IAM de parede inferior, em geral por oclusão da coronária direita. Faça V3R e V4R: supra em V4R confirma infarto de ventrículo direito. A tríade clássica é hipotensão, turgência jugular e pulmões limpos. Nesse cenário, evite nitrato, morfina e diurético, que reduzem a pré-carga; trate a hipotensão com volume. Bradiarritmias e BAV são frequentes.



Cirurgia Geral

Aposta #1

Tumores do aparelho digestivo

- **Câncer gástrico localmente avançado:** a laparoscopia de estadiamento, antes da terapia sistêmica, pode detectar doença peritoneal oculta.
- **Colangiocarcinoma peri-hilar:** Bismuth IIIa = ducto hepático direito; IIIb = esquerdo.
- **Pâncreas:** adenocarcinoma na cabeça; icterícia + vesícula palpável indolor = sinal de Courvoisier.

Aposta #2

Doenças venosas

- **CEAP:** C3 = edema; C4b = lipodermatoesclerose/atrofia branca; C5 = úlcera cicatrizada; C6 = ativa.
- **May-Thurner:** veia ilíaca comum esquerda comprimida pela artéria ilíaca comum direita.
- **DOACs:** apixabana/rivaroxabana inibem fator Xa; dabigatrana inibe trombina (IIa).
- **Fisiopatologia:** refluxo = Pr; obstrução = Po.

Previsão #1

Doença arterial periférica

- **Isquemia aguda:** dor, palidez, ausência de pulso, parestesia, paralisia e frialdade. Se não houver contraindicação, iniciar HNF IV e avaliar revascularização urgente conforme viabilidade.
- **Fontaine:** III = dor em repouso; IV = lesão trófica/gangrena.
- **Rutherford crônica:** categoria 3 = claudicação grave.
- Na região inguinal, a veia femoral comum fica medial à artéria.

Previsão #2

Feridas, enxertos e retalhos

- **Enxerto cutâneo:** sobrevive inicialmente por embebição plasmática, depois por inosculação e revascularização.
- Leito receptor precisa ser vascularizado.
- **Enxerto total:** maior contração primária e menor contração secundária; no parcial ocorre o inverso.
- Expansor fornece pele semelhante à área receptora, com anexos e sensibilidade.

Previsão #3

Cólon e reto na cirurgia

- **Fístula anal criptoglandular:** a interesfincteriana é a mais frequente.
- **Abscesso supraelevador:** identifique a origem antes de drenar; a via de drenagem depende do trajeto de origem e uma abordagem inadequada pode favorecer fístula complexa.
- **Megacólon chagásico:** a manometria anorretal avalia o reflexo inibitório retoanal, que pode estar alterado; interprete em conjunto com o quadro clínico e a imagem.

Previsão #4

Anestesia

- **Ventilação sob máscara:** edentulismo favorece escape e é marcador de dificuldade.
- **Toxicidade sistêmica por anestésico local:** confusão, convulsão, arritmia ou colapso após injeção sugerem LAST; interrompa o anestésico e considere emulsão lipídica 20%.

Previsão #5

Tumores urológicos

- **Massa renal indeterminada:** biópsia percutânea pode definir histologia; é recomendada antes de ablação e terapia sistêmica sem diagnóstico prévio.
- **Angiomiolipoma:** tratar se sintomático, com sangramento, grande/alto risco ou em mulheres em idade fértil; não há diâmetro único obrigatório.
- **Biópsia prostática:** via transperineal reduz infecção e exige antissepsia da pele perineal.

Previsão #6

Afecções urológicas benignas

- **Cálculo ureteral:** observação é aceitável se não houver infecção, dor refratária ou piora da função renal; a chance de eliminação cai com o aumento do tamanho.
- **Cálculo renal >2 cm:** nefrolitotomia percutânea é, em geral, primeira opção.
- **LUTS/HPB:** urofluxometria integra a avaliação inicial; urodinâmica invasiva fica para situações selecionadas.
- **Sempre diferencie obstrução infectada:** exige drenagem urgente.

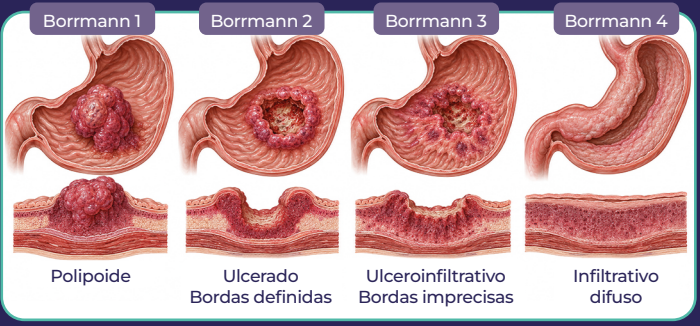
Previsão #7

Trauma abdominal

- **Lesão hepática AAST:** laceração >3 cm de profundidade ou hematoma subcapsular >50% = grau III; lesão de grandes veias hepáticas/VCI retro-hepática = grau V.
- Em trauma hepático fechado, estabilidade hemodinâmica favorece manejo não operatório quando não há outra indicação de laparotomia.
- **Mattox =** rotação visceral medial esquerda para expor a aorta e estruturas retroperitoneais esquerdas.

De olho na imagem

Tumores do aparelho digestivo - Borrmann



- **I:** polipoide.
- **II:** ulcerado.
- **III:** ulceroinfiltrativo, com limites pouco definidos.
- **IV:** infiltração difusa da parede (linite plástica).

Pediatria

Aposta #1

Bronquiolite viral aguda: diagnóstico clínico em lactentes com pródromo viral, taquipneia, sibilos e/ou crepitações. Avaliar esforço respiratório, saturação, hidratação e apneia. O tratamento é de suporte, com higiene nasal, oferta hídrica e oxigênio quando indicado. Broncodilatadores, corticoides e antibióticos não são recomendados rotineiramente.

Aposta #2

ITU na infância: febre sem foco em lactentes exige considerar infecção urinária. Coletar urina para EAS e urocultura por método apropriado antes do antibiótico; saco coletor não confirma diagnóstico por cultura positiva. Interpretar piúria e crescimento bacteriano conforme método de coleta. Investigar gravidade, tolerância oral e idade para decidir via de tratamento e internação.

Previsão #1

Regressão de habilidades já adquiridas é sinal de alerta e exige investigação, independentemente da idade. Em prematuros, utilizar idade corrigida na avaliação do desenvolvimento até 2 anos. Avaliar linguagem, motricidade, cognição e interação social, além da audição e visão. A ausência de marcos esperados não deve ser atribuída automaticamente à variação normal. Vigilância em todas as consultas e rastreamento padronizado em idades recomendadas são complementares; suspeitas exigem avaliação direcionada e intervenção precoce.

Previsão #2

Exantema súbito: febre alta por 3 a 5 dias, seguida de exantema após a defervescência. Escarlatina: faringoamigdalite, exantema áspero e língua em framboesa. Doença mão-pé-boca: lesões orais e vesículas em mãos e pés. Sarampo: febre, tosse, coriza, conjuntivite e exantema maculopapular de progressão cefalocaudal, com possível sinal de Koplik. Na suspeita de sarampo, instituir precauções para aerossóis e notificar imediatamente, sem aguardar confirmação laboratorial. O histórico vacinal ajuda, mas não exclui a hipótese.

Previsão #3

Na atualização vacinal, não se reiniciam esquemas apenas pelo intervalo prolongado entre doses. Conferir idade, registro de doses, intervalos mínimos e regras vigentes do PNI, inclusive limites etários específicos. Resfriado leve, febre baixa e antibioticoterapia não são contraindicações gerais. Anafilaxia após dose anterior ou componente exige avaliação especializada. Imunossupressão importante pode contraindicar vacinas vivas atenuadas. Diferenciar reação local esperada de evento adverso grave evita oportunidades perdidas de vacinação.

Previsão #4

Anemia ferropriva: microcitose, hipocromia e RDW elevado são achados frequentes, embora a deficiência de ferro possa preceder a anemia. Ferritina baixa favorece o diagnóstico; valores normais ou altos não o excluem na presença de inflamação. Investigar ingestão insuficiente de ferro, consumo excessivo de leite de vaca e perdas sanguíneas. O tratamento inclui ferro elementar em dose terapêutica adequada, orientação alimentar e reavaliação da resposta hematológica. Ausência de melhora exige revisar adesão, diagnóstico e causas associadas.

Previsão #5

Síndrome nefrítica aguda com hematúria, edema, hipertensão e antecedente de faringite ou impetigo sugere glomerulonefrite pós-estreptocócica. Investigar urina tipo 1, creatinina, potássio, C3 e evidência de infecção estreptocócica prévia; o C3 costuma estar reduzido e normalizar em semanas. O tratamento é predominantemente de suporte, com controle da sobrecarga volêmica e da pressão arterial. Oligúria, hipercalemia, edema pulmonar e hipertensão grave são sinais de gravidade. Corticoide não é tratamento rotineiro.

Previsão #6

Suspeita de violência contra criança exige acolhimento, exame completo, registro objetivo de lesões e falas, avaliação de risco e notificação compulsória, mesmo sem confirmação. Lesões incompatíveis com o desenvolvimento motor, explicações contraditórias, múltiplas lesões em diferentes estágios e atraso na procura de atendimento elevam a suspeita. Evitar interrogatórios repetidos e perguntas sugestivas. A equipe deve garantir proteção imediata quando necessário e articular a rede de saúde e proteção, sem condicionar o cuidado à prova.

Previsão #7

Na pneumonia adquirida na comunidade, taquipneia, tiragens, hipoxemia, dificuldade para ingerir líquidos e alteração do estado geral orientam a gravidade. Radiografia de tórax não é necessária rotineiramente na pneumonia leve tratada em ambulatório. Para pneumonia bacteriana típica não complicada, amoxicilina oral é opção de primeira linha, conforme protocolo local e faixa etária. Suspeita de complicação, falha terapêutica, desconforto importante ou hipoxemia requer reavaliação e possível internação.

De olho na imagem

Antes da prova, revise o Calendário Nacional de Vacinação da Criança 2026.

Calendário vacinal pelo PNI

Ao nascer	BCG + hepatite B
2 meses	Pentavalente + VIP + Pneumo20 + Rotavírus
3 meses	Meningo C
4 meses	Pentavalente + VIP + Pneumo10 + Rotavírus
5 meses	Meningo C
6 meses	Pentavalente + VIP Influenza COVID-19 (1ª dose)
7 meses	Influenza (2ª dose na primovacinação) / COVID-19 (2ª dose)
9 meses	Febre amarela
12 meses	Tríplice viral (SCR) + Pneumo20 + Meningo ACWY
15 meses	Hepatite A + DTP + VIP + Tetra viral
4 anos	Varicela + DTP + Febre amarela + VIP
9 a 14 anos	HPV
10 a 14 anos	Dengue
11 a 14 anos	Meningo ACWY

Ginecologia e Obstetrícia

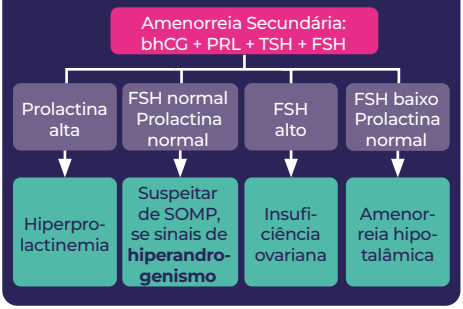
Aposta #1

Não esqueça os critérios para realização de laqueadura tubária no Brasil

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

Aposta #2

Amenorreias Secundárias



Previsão #1

Tumores malignos da mama

Categorias do BI-RADS, recomendações e risco de câncer

Cat.	Impressão diagnóstica	Recomendação	Risco de câncer (%)
0	Exame inconclusivo	Complementar o estudo	Exame incompleto
1	Normal	Exame de rotina anual	0
2	Achado benigno	Exame de rotina anual	0
3	Achado provavelmente benigno	Realizar controle precoce, semestral	≤ 2%
4	Achado suspeito	Prosseguir investigação: realizar biópsia	3 - 94%
5	Achado altamente suspeito	Prosseguir investigação: realizar biópsia	≥ 95%
6	Achado investigado previamente com resultado positivo (câncer)	Tratamento adequado	100%

Previsão #2

Síndromes Hipertensivas na Gravidez

HAS: PA ≥140/90 mmHg. Antes de 20 semanas → hipertensão crônica; após 20 semanas → hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, conforme proteinúria/lesão de órgão-alvo. PA ≥160/110 = crise hipertensiva. Eclâmpsia = convulsão; HELLP = hemólise + elevação de enzimas hepáticas + plaquetopenia. Sulfato de magnésio é usado na prevenção/tratamento das convulsões. Profilaxia: AAS 100 mg/dia entre 12–36 semanas em pacientes de risco.

Previsão #3

Pré-natal

Exames PN: hemograma, glicemia de jejum, TS (com Coombs, se Rh negativo); 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!

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 #4

Infertilidade conjugal

Incapacidade de obter gestação após 12 meses de relações sexuais regulares sem contracepção (<35 anos) ou após 6 meses quando a mulher tem ≥35 anos. A investigação deve ser conjunta, avaliando ovulação, reserva ovariana, anatomia uterotubária e fator masculino. Espermograma é o exame inicial do homem. Na mulher, investigar ovulação com história clínica, USG e, FSH na fase folicular ou progesterona na fase lútea. Avaliar tubas por HSG. Tratamento depende da causa: indução da ovulação, cirurgia ou reprodução assistida.

Previsão #5

Vulvovaginites - Candidíase X vaginose citolítica

A **candidíase** é uma infecção fúngica causada por Candida albicans, com corrimento grumoso, prurido intenso, ardor e pH vaginal normalmente ácido (<4,5). Já a **vaginose citolítica** decorre da proliferação excessiva de Lactobacillus, levando à destruição de células epiteliais. O corrimento é branco e fluido, há sensação de queimação e piora no período lúteo; o pH também é baixo, mas a microscopia mostra ausência de fungos e intensa citólise. O tratamento difere: antifúngicos na candidíase e medidas alcalinizantes na vaginose citolítica.

Previsão #6

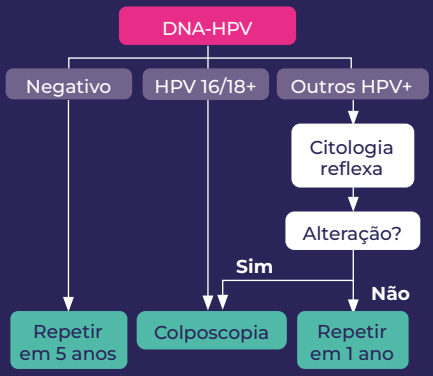
Sangramento da Segunda Metade da Gestação

Diagnóstico diferencial entre DPP X PP

DPP	Placenta prévia
Início súbito	Insidiosa/progressiva
Episódio único/escuro	De repetição/ vermelho vivo
Dor intensa	Indolor
Trauma ou fator de risco presente	Espontânea
Hipertonia uterina	Tônus uterino normal
Sofrimento fetal agudo	Ausência de SFA
Anemia desproporcional	Anemia proporcional
Contrações diminuem sangramento	Contrações aumentam sangramento
Não solicitar USG (urgência!)	USG = diagnóstico

Previsão #7

Rastreamento do câncer de colo uterino



De olho na imagem



Complicações do DPP

- CIVD (consome fatores de coagulação; liberação de tromboplastina e trombina para a circulação materna; e incoagulabilidade);
- Insuficiência renal aguda (por choque e hipovolemia);
- Síndrome de Sheehan (necrose hipofisária pós-choque hipovolêmico). Clínica de amenorreia e agalactia (não consegue amamentar);
- Útero de Couvelaire — apoplexia uteroplacentária (útero grande, em atonia, amolecido e com sufusões hemorrágicas).

Preventiva

Aposta #1

Dengue

- **Grupo A:** hidratação VO em casa.
- **Grupo B:** Se hemograma normal, conduzir como grupo A; se alterado, como grupo C.
- **Grupo C:** sinais de alarme! Hidratação IV em 2h, podendo repetir até 3x. Solicitar exames laboratoriais e de imagem; pesquisar complicações!
- **Grupo D:** dengue grave! Hidratação IV em 20 minutos, podendo repetir até 3x. Se melhorar conduzir como grupo C; se persistir, pesquisar coagulopatia e sangramentos. Solicitar exames laboratoriais e de imagem.

Aposta #2

Razão de Verossimilhança

$$RV+ = \frac{\text{Sensibilidade}}{\text{1-Especificidade}}$$

$$RV- = \frac{\text{1-Sensibilidade}}{\text{Especificidade}}$$

Previsão #1

Diante de uma questão sobre demência, é importante excluir os mimetizadores de demência, os 3D's:

- Delirium
- Drogas
- Depressão

E em caso de Delirium é bom relembrar a ferramenta CAM-ICU:

1: Alteração aguda do estado mental
+
2: Distúrbio de atenção
+
3: Alteração do nível de consciência
e/ou
4: Pensamento desorganizado

No caso do Delirium o tratamento é essencialmente não medicamentoso!

Utilizaremos antipsicótico apenas se:

- Agitação intensa
- Risco ao tratamento
- Risco a si próprio/cuidadores

Previsão #2

Os motivos de quebra de sigilo são bem claros e não devemos nos esquecer!

- **Motivo justo:** Exemplo: uso das informações para a defesa do próprio médico.
- **Dever legal:** Ordem judicial, mas, apenas caso haja risco ao paciente ou terceiros. As informações são disponibilizadas para o perito médico que foi nomeado pelo juiz.
- **Consentimento escrito pelo paciente:** Paciente deve assinar um termo autorizando divulgação de suas informações de saúde. Exemplo: paciente autoriza divulgação de CID no atestado médico
- **Risco de dano ao paciente ou a terceiros:** Exemplos: ideação suicida; ou, paciente confessa intenção de ferir alguém ou cometer um crime

Previsão #3

Prochaska e DiClemente para avaliação das fases da mudança de comportamento de uma adicção.

- **Pré-contemplação:** Não tem a intenção de mudar nos próximos seis meses.
- **Contemplação:** Está ciente de que o problema existe, e há intenção de mudanças nos próximos seis meses.
- **Preparação:** Tem intenções de realizar mudanças no próximo mês, e já se observa pequenas mudanças comportamentais
- **Ação:** Modifica seu comportamento num período inferior a seis meses e superou de algumas barreiras antes percebidas
- **Manutenção:** Mantém o esforço para prevenir recaídas e consolidar o comportamento saudável

Previsão #4

Conceitos de fim de vida!

- **Distanásia:** Morte dificultada, prolongada, lenta. Processo de morte que foi estendido artificialmente e desnecessariamente.
- **Ortotanásia:** É a morte na hora certa, ocorrendo de forma natural, quando deveria ocorrer.
- **Eutanásia*:** Quando o tempo de vida do paciente é abreviado para poupá-lo do sofrimento advindo do processo de morte. *É proibida no Brasil.
- **Mistanásia (eutanásia social):** Quando há morte antes do seu momento natural, mas não por interferência e, sim, por falta dela.

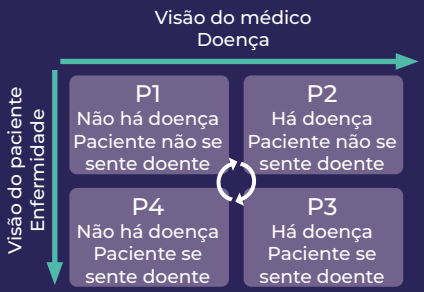
Previsão #5

Lembrem-se do método SOAP e do SIFE!

- **Sentimentos:** As emoções e sentimentos que a doença desperta no paciente, como medo, ansiedade ou preocupação.
- **Ideias:** As crenças e percepções do paciente sobre a doença, o que ele acha que está acontecendo e quais são as causas
- **Funcionalidade:** O impacto que a doença tem nas atividades diárias do paciente, como trabalho, rotina, lazer e vida familiar
- **Expectativas:** O que o paciente espera do médico e do tratamento, quais são as suas metas e o que ele acredita que pode melhorar

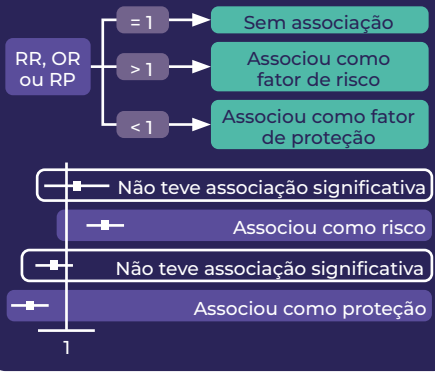
Previsão #6

Importante não esquecer o conceito da prevenção quinquenária, que é o cuidado do profissional de saúde!

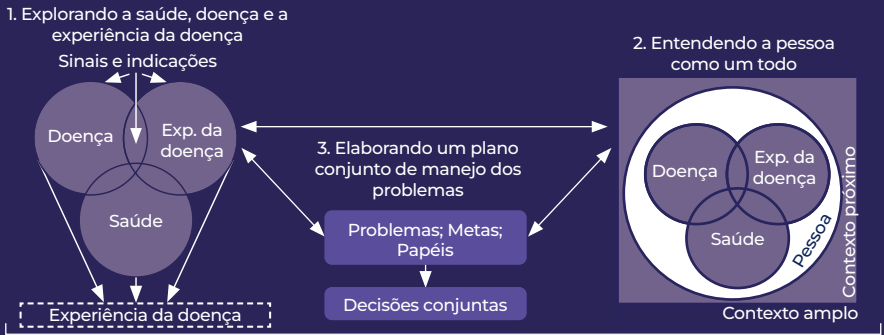


Previsão #7

Medidas de associação: Risco relativo, Odds Ratio e Razão de Prevalência.



De olho na imagem



Foram diluídos nos demais: Incorporando a prevenção e a promoção à saúde + sendo realista

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"Sinto que a programação montada pelo sistema e os professores auxiliaram muito no sucesso desse ano, além de todo conteúdo disponível."

Vinicius Augusto Trento Galloro

Aprovado em **Anestesiologia no Hospital Santa Helena pelo PSU-GO**

"Fazer o Extensivo R1 com o Diferencial de Cirurgia foi o que me fez ser aprovado em Clínica Médica no HC-UFG pelo PSU/GO. Eu comecei a prova e a cada questão que eu lia eu lembrava dos professores e dos macetes. Façam Medway, façam o Diferencial de Cirurgia!"

Jardel de Almeida Monteiro

Aprovado em **Clínica Médica no Hospital das Clínicas da UFG pelo PSU-GO**





"Fui aluna da medway durante meus dois anos de internato, foi essencial ter um cronograma organizado, com possibilidade de esclarecer dúvias e aparar arestas necessárias para alcançar a aprovação. A possibilidade de escolher as instituições que desejava foi excelente para direcionar minhas prioridades e organizar meus estudos."

Gyovanna Rodrigues Cardoso

Aprovada em **Anestesiologia no Hospital das Clínicas da UFG pelo PSU-GO**

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