medway



Previsões

MedBrain

previsões_medbrain_r126_sus-ba.indd 1 18/11/2026 10:12:47

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 **SUS-BA**. 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



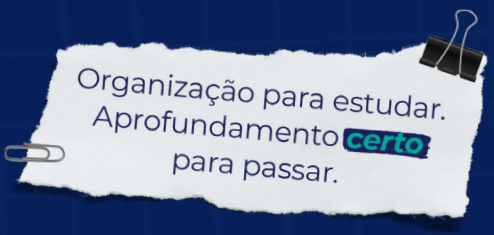
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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.



previsões_medbrain_r126_sus-ba.indd 3 18/11/2026 10:12:55

Clínica Médica

Aposta #1

Artrites

Para diferenciar a gota de artrite séptica é essencial fazer a atrocentese. No caso da artrite séptica, teremos aumento importante de leucócitos (>20.000) e podemos ter a identificação de cocos gram positivos (Staphylococcus aureus) ou cocobacilo gram negativo (Gonococo). Já na gota teremos cristais de urato, em formato de agulha com birrefringência negativa. Lembre-se também da psuedogota, que serão cristais romboides com birrefringência positiva.

Aposta #2

Tireoide

O diagnóstico de hipotireoidismo primário é definido com o aumento do TSH e com a redução do T4 livre. Hipoitireoidismo subclínico é definido somente com a elevação do TSH, com T4L normal. Lembre-se das indicações de tratamento do hiposubclínico (TSH > 10, sintomas persistentes, paciente jovem, TSH subindo, anti-TPO positivo, dislipidemia). A principal etiologia é a tireoidite de hashimoto e fazemos o diagnóstico com a confirmação de autoimunidade (anti-tpo e anti-Tg positivos).

Previsão #1

Estratificação de risco cardiovascular

Metas recomendadas de acordo com o risco cardiovascular

Categoria de risco cardiovascular	Meta de LDL-c (mg/dL)	% redução do LDL-c	Meta de colesterol não-HDL (mg/dL)	Meta de ApoB (mg/dL)
	Meta primária		Meta coprimária	Meta secundária
Baixo risco	< 115	≥ 30%	<145	< 100
Risco intermediário	< 100	≥ 30%	< 130	< 90
Alto risco	< 70	≥ 50%	< 100	< 70
Muito alto risco	< 50	≥ 50%	< 80	< 55
Risco extremo	< 40	≥ 50%	< 70	< 45

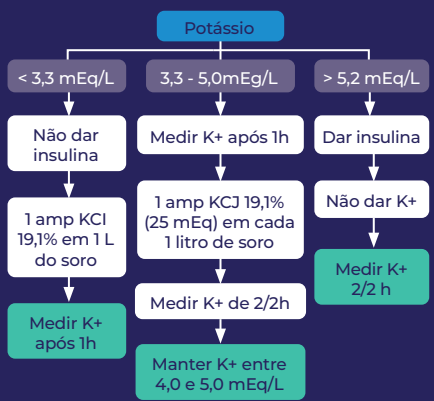
Previsão #2

Cetoacidose diabética:

Primeiro passo: expansão volêmica agressiva

Segundo passo: análise do potássio

Terceiro passo: insulinoterapia



Previsão #3

Transtornos mentais

O Foco aqui é farmacologia e efeitos colaterais e pontos positivos das medicações. Vamos tentar relembrar de cada um:

- ISRS: disfunção sexual, alteração de sono (aumento ou redução). Neutros com relação ao peso. Casos extremos: síndrome serotoninérgica.
- ISRSN: hipertensão arterial. São bons para dor crônica e fogachos.
- Tricíclicos: sedação, boca seca, arritmias cardíacas, ganho de peso
- Mirtazapina: **muito bom** para insônia, porém leva a ganho de peso muito importante
- Haloperidol: parkinsonismo atípico
- Antipsicóticos atípicos: ganho de peso (principalmente olanzapina)
- Lítio: risco de insuficiência renal, hipernatremia (diabetes insipidus nefrogênico) e hipotireoidismo

Previsão #4

Anemias e hemoglobinopatias

Identificamos um diagnóstico de síndrome torácica aguda em paciente com diagnóstico de anemia falciforme e dor torácia importante, que o leva ao pronto atenedimento. Lembre-se de investigar fatores de risco para descompensação, principalmente infecção por germes encapsulados (muito comum Pneumococo e Haemophilus). Além de tratar a causa de base, o paciente precisa de analgesia potente, inclusive com uso de opioides. Além disso, a transfusão simples visa reduzir a concentração de HbS, e a transfusão de troca é uma medida mais drástica. para casos mais graves e/ou refratários e com hemólise importante.

Previsão #5

Arritmias, síncope e PCR

Vamos revisar as bradarritmias?

Precisamos lembrar quais são as benignas e as malignas - que não respondem bem à atropina.

Bradicardia sinusal, bloqueio atrioventricular de primeiro grau (somente aumento do PR), e bloqueio atrioventricular 2° grau Mobitz I (aumento progressivo do PR até bloquear) → respondem bem à atropina

Bloqueio atrioventricular 2° grau Mobitz II (bloqueia sem avisar), BAV 2:1 e bloqueio atrioventricular total → respondem mal à atropina

Bradicardias estáveis: observação e controle da causa de base

Bradicardias instáveis: atropina → MP transcutâneo OU dopamina OU adrenalina → Marca-passo transvenoso

Previsão #6

Nódulos tireoidianos

Primeiro passo é sempre ver o TSH! Se TSH reduzido = **cintilografia!** Se nódulo produtor, provavelmente é beningno! Se nódulo com TSH normal/ aumentado = avaliar ACR-TIRADS e critérios de PAAF.

Caracterísiticas de malignidade: sólido, hipoecogênico, mais alto do que largo, microcalcificações.

TI-RADS	Punção ...	Seguir ...
3	Se ≥ 2,5 cm	Se ≥ 1,5 cm
4	Se ≥ 1,5 cm	Se ≥ 1,0 cm
5	Se ≥ 1,0 cm	Se ≥ 0,5cm

Previsão #7

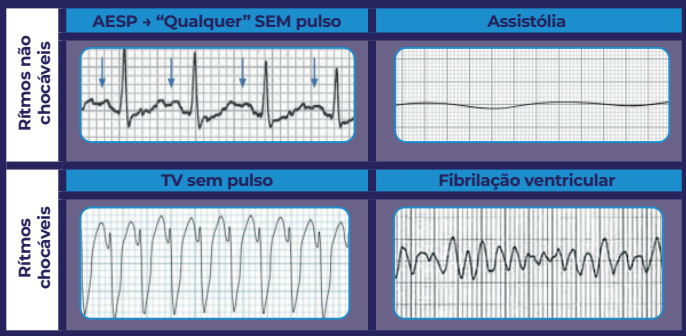
Cirrose

GASA ≥ 1,1 g/dL = hipertensão portal. Ascite: restrição de sódio 2 g/dia (~88 mEq), espironolactona 100 mg + furosemida 40 mg (proporção 100:40); restrição hídrica só com Na < 125. Paracentese > 5 L → albumina 6–8 g por litro retirado. SHR-LRA: piora pelos critérios KDIGO, sem resposta após 48 h de suspensão de diurético e albumina 1 g/kg, sem choque, nefrotóxico ou lesão estrutural → terlipressina + albumina. HDA varicosa: vasoativo (terlipressina, octreotide) antes da EDA, ceftriaxona, transfusão restritiva (Hb alvo 7–8), EDA em até 12 h com ligadura elástica. Profilaxia primária e secundária: betabloqueador não seletivo (carvedilol, propranolol)

De olho na imagem

Vamos relembrar como diferenciar os ritmos chocáveis e não chocáveis na PCR?

- Ritmos chocáveis: prioridade é **choque**! Drogas: adrenalina após o segundo choque; em sequência: amiodarona / lidocaína
- Ritmos não chocáveis: Aqui somente **adrenalina**!! Lembre-se também de revisar as causas reversíveis de parada (5H/5T).



Cirurgia Geral

Aposta #1

Hérnias inguinais

- **Redutível:** sai e volta sozinha → cirurgia eletiva
- **Encarcerada:** conteúdo preso, sem sofrer → cirurgia de urgência
- **Estrangulada:** conteúdo preso, sofrendo → cirurgia de urgência

Cirurgia nas hérnias inguinais

- Técnicas com Tela (sem **T**ensão): Lich**T**enstein / S**T**oppa-Rives / **T**APP / **T**EP
- Técnicas sem tela: Bassini / Shouldice / McVay

Aposta #2

Quando indicar Laparotomia Exploradora no trauma abdominal → ATLS

- Trauma abdominal contuso + FAST positivo ou LPD positivo + Instabilidade hemodinâmica
- Trauma abdominal penetrante + Instabilidade hemodinâmica
- FAF com trajetória transperitoneal
- Evisceração
- Sangramento TGI após FAB
- (Retro)pneumoperitônio

Previsão #1

xABCDE

- **x -** Controle de hemorragia externa exsanguinante (uso de torniquete pode ajudar)
- **A -** Proteger a via aérea se Glasgow ≤ que 8, colar cervical e prancha rígida
- **B -** Pneumotórax hipertensivo (choque obstrutivo): conduta: punção de alívio no 5o ou 2° EIC + drenagem em selo d'água / Contusão pulmonar: Suporte ventilatório e de O2
- **C -** Transfusão maciça a partir de 2 dos ítens: trauma penetrante / FAST+ / FC ≥ 120 bpm / PAS ≤ 90 mmHg
- **D -** Avaliar o Glasgow (incluindo avaliação de pupilas)
- **E -** Fazer inventário das lesões / prevenção de hipotermia

Previsão #2

Abscesso / Coleção intra-abdominal (deiscência)

- **História:** Pós - operatório arrastado (hiporexia, dor abdominal incompatível, náusea/vômitos, elevação de marcadores inflamatórios, febre...)
- **Diagnóstico:**
  - Estáveis: Tomografia Computadorizada
  - Instáveis: Intra-operatório em reabordagem
- **Tratamento:**
  - Instáveis: ATB + Laparotomia Exploradora
  - Estáveis: ATB + drenagem (geralmente percutânea)

Previsão #3

Adenocarcinoma gástrico

- **Diagnóstico:** EDA + BIÓPSIA
- **Estadiamento:** TC tórax, abdome e pelve (metástase linfonodal e à distância) / Eco-endoscopia (ótimo para T e N e tumores iniciais) / PET-CT (pouco usado, controverso) / Laparoscopia: pré-neoadjuvância / excluir metástase oculta
- **Tratamento cirúrgico: Gastrectomia com linfadenectomia D2 / Margem 5cm, 15 linfonodos / Reconstrução quase sempre em Y de Roux** (mas pode ser também Billroth 2 - gastrojejuno - ou Billroth 1 - gastroduodeno)
- **Ressecção endoscópica, se:** Adenoca bem diferenciado / Restrito à mucosa (T1a) / < 2 cm / Não ulcerados

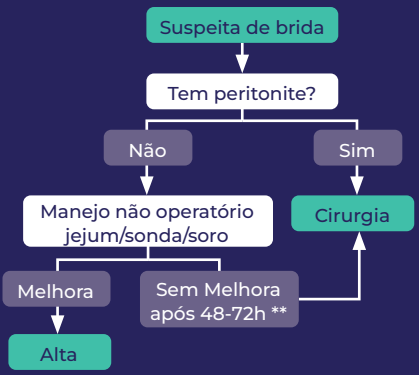
Previsão #4

Indicações de suporte nutricional

- ↓ 10-15% peso em seis meses ou > 5% em um mês
- AP de desnutrição ou doença crônica relacionada
- Albumina < 3 ou transferrina < 200 sem outro motivo
- IMC < 18,5 kg/m2
- Dificuldade de suprir necessidades calóricas no periop
- Perda sanguínea estimada > 500 mL
- Doenças catabólicas (grande queimado, pancreatite)

Previsão #5

Abdome agudo obstrutivo



Previsão #6

Condutas no Trauma - B do xABCDE (Ventilação)

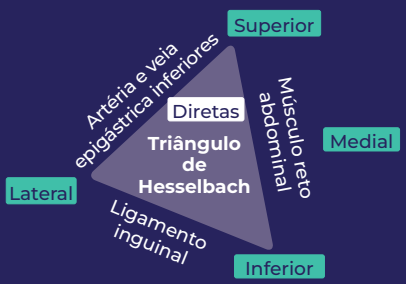
PTX hipertensivo	Punção de alívio no 5o ou 2º EIC + drenagem
PTX	Drenagem
Hemotórax	Drenagem
Hemotórax maciço	Drenagem + reposição volêmica + hemotransfusão + suporte hemodinâmico + considerar toracotomia
Fratura de costela	Analgesia
Contusão pulmonar	Suporte ventilatório e de O2

Previsão #7

Indicações de cervicotomia exploradora no trauma

Hard Signs
Instabilidade hemodinâmica;
Hemorragia ativa, hematoma pulsátil ou em expansão, presença de sopro ou frêmito na região da lesão;
Déficit de pulso unilateral no membro superior;
Vazamento de ar por ferida cervical (*ou enfisema cervical progressivo*);
Hemoptise ou hematêmese maciça;
Sintomas relacionados a isquemia cerebral.

De olho na imagem



A relação das hérnias com os vasos epigástricos inferiores é fundamental para sua classificação: hérnias inguinais diretas emergem medialmente a esses vasos, através de uma fraqueza na fáscia da parede posterior (Triângulo de Hasselbach), enquanto as hérnias inguinais indiretas ocorrem lateralmente aos mesmos vasos, entrando no canal inguinal através do anel inguinal profundo.

Pediatria

Aposta #1

Crescimento e Desenvolvimento na Infância e Adolescência

Ganhos de peso, comprimento e perímetro cefálico no primeiro ano de vida

Peso		Comprimento		Perímetro cefálico	
Até 3 meses	30 g/dia (700g/mês)	0-6 m	15 cm	1° trimestre	2 cm/mês
4m-6 m	20g/dia (600g/mês)	7-12 m	10 cm	2° trimestre	1 cm/mês
7m-12 m	10g/dia (300g/mês)	25 cm no primeiro ano		3°-4° trimestres	0,5 cm/mês

Aposta #2

Arritmias, Síncope e PCR

Ritmos chocáveis	Ritmos não chocáveis
FV sem pulso e TVSP.	**Assistolia e AESP.**
Desfibrilação: 2 J/kg; 4 J/kg; depois ≥4 J/kg (máx. 10 J/kg).	**Adrenalina:** 0,01 mg/kg IV/IO (0,1 mL/kg), o mais cedo possível e a cada 3-5 min.
Adrenalina: 0,01 mg/kg IV/IO (0,1 mL/kg), após o 2° choque, a cada 3-5 min.	**Causas reversíveis:** 6H e 5T (inclui hipoglicemia).
Amiodarona: 5 mg/kg IV/IO (máx. 300 mg), após o 3° choque.	

Previsão #1

Imunizações

- **Prevenção do VSR:**
  - **Abrysvo:** gestantes ≥ 28 semanas, dose única por gestação.
  - **Nirsevimabe:** prematuros (≤ 36s6d) menores de 6 meses e crianças menores de 24 meses com comorbidades elegíveis.
- **Pneumo 20 no SUS**
  - **Elegíveis:** menores de 5 anos, indígenas > 5 anos sem vacinação prévia e pacientes do CRIE.
  - **Esquema:** pneumo 20 aos 2 meses, pneumo 10 aos 4 meses e pneumo 20 aos 12 meses.
- **Poliomielite (2026)**
  - VIP: 2, 4, 6 e 15 meses + reforço aos 4 anos (desde agosto/2026).
  - VOP: fora do calendário.

Previsão #2

Doenças exantemáticas

- **Sarampo:** febre alta, tosse, coriza, conjuntivite, Koplik e exantema cefalocaudal.
- **Rubéola:** febre baixa, linfonodos retroauriculares e exantema.
- **Eritema infeccioso:** face esbofeteada e exantema rendilhado.
- **Escarlatina:** faringite, língua em framboesa e pele em lixa.
- **Varicela:** vesículas em diferentes estágios evolutivos.
- **Mão-pé-boca:** vesículas orais, palmares e plantares.
- **Roséola (exantema súbito):** febre alta por 3–5 dias, seguida de exantema após defervescência.

Previsão #3

Nutrição na Pediatria

Idade	Alimentação recomendada
0-6 meses	Aleitamento materno exclusivo.
6 meses	Leite materno + frutas, legumes, cereais, feijões, carnes e ovos.
7-8 meses	Evoluir consistência; alimentos amassados e picados.
9-11 meses	Ampliar variedade e textura; comida da família adaptada.
≥12 meses	Comida da família, variada e equilibrada.
Infância e adolescência	Priorizar alimentos in natura, refeições regulares e água; limitar ultraprocessados e bebidas açucaradas.

Previsão #4

Distúrbios obstrutivos

Asma na Pediatria (GINA 2026)

- **Diagnóstico:** reforça confirmação objetiva antes do corticoide inalatório (CI).
- **6–11 anos:** introdução precoce de corticoide inalatório (CI), evitando SABA isolado.
- **Toxicidade por SABA:** excesso pode causar acidose lática e taquipneia, simulando piora da crise.
- **Oxigenoterapia:** alvo >92% em menores de 6 anos e 92–95% dos 6–11 anos. Evitar hiperóxia.
- **PRAM (2–17 anos):** escore clínico de gravidade (0–12), baseado em SpO_2, retrações, uso dos escalenos, entrada de ar e sibilância. Leve: 0–3; moderada: 4–7; grave: 8–12.

Previsão #5

Período Neonatal: Doenças Infecciosas

- **Toxoplasmose:** Coriorretinite, hidrocefalia e calcificações difusas.
- **CMV:** Microcefalia, calcificações periventriculares e surdez.
- **Rubéola:** Catarata, surdez e persistência do canal arterial.
- **Sífilis:** Rinite, lesões palmoplantares, hepatoesplenomegalia e alterações ósseas.
- **Herpes simples:** Vesículas, ceratoconjuntivite e encefalite.
- **Varicela:** Cicatrizes, hipoplasia de membros e alterações oculares e neurológicas.
- **Zika:** Microcefalia grave, calcificações subcorticais, alterações oculares e artrogripose.

Previsão #6

Síndrome nefrítica x nefrótica

Característica	Síndrome nefrítica	Síndrome nefrótica
Mecanismo	Inflamação glomerular, geralmente pós-estreptocócica	Lesão da barreira de filtração
Clínica	Hematúria, edema, hipertensão e oligúria	Edema generalizado, proteinúria maciça
Exames	C3 reduzido; proteinúria leve/moderada	Proteinúria >50 mg/kg/dia, hipoalbuminemia e hiperlipidemia
Tratamento	Restriçao de sal e líquidos, controle da PA e diuréticos	Corticoide, restrição de sal e diuréticos

Previsão #7

Pneumonias e síndromes gripais

- **Síndrome gripal:** febre, tosse, coriza, odinofagia e mialgia. Tratamento de suporte.
- **Influenza:** considerar oseltamivir em grupos de risco e casos graves.
- **Pneumonia viral:** tosse, febre e sintomas respiratórios; tratamento de suporte.
- **Pneumonia bacteriana:** febre, taquipneia e alterações focais; amoxicilina é 1ª escolha ambulatorial.
- **Pneumonia atípica:** tosse persistente, comum em escolares; considerar macrolídeo.
- **Gravidade:** hipoxemia, tiragem intensa e dificuldade para beber.

De olho na imagem



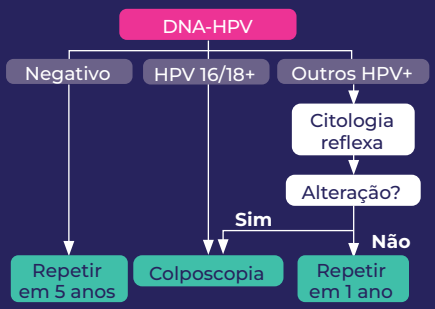
Nessa imagem, temos as **manchas de Koplik, lesões patognomônicas do sarampo**, caracterizadas por pontos esbranquiçados na mucosa jugal, próximos aos molares. Surgem antes do exantema e auxiliam no diagnóstico precoce. O sarampo é altamente contagioso e causa febre, tosse, coriza e conjuntivite. Com registros em regiões do Brasil em 2025 e 2026, o tema merece atenção: as bancas podem cobrá-lo nas provas de residência médica.

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

A investigação da toxoplasmose na gestação inicia-se com IgG e IgM. Se ambos negativos, repetir a sorologia trimestralmente e reforçar prevenção. IgG+ e IgM− indica infecção prévia. Se ambos positivos, realizar avidez do IgG: alta avidez exclui infecção recente; baixa sugere infecção aguda. A partir de 18 semanas, pode-se realizar amniocentese com PCR para definir a conduta.

Aposta #2



Previsão #1

SAAF = 1 critério clínico + 1 critério laboratorial

Critérios clínicos	Critérios laboratoriais
1 ou mais episódios de trombose venosa ou arterial	Anticorpo anticardiolipina IgG ou IgM
Morbidade obstétrica: • 3 ou mais abortamentos precoces • 1 ou mais abortamentos tardios (10 semanas ou mais) • 1 ou mais partos prematuros < 34 semanas por pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou insuficiência placentária	Anticorpo anti-beta2-glicoproteína1 IgG ou IgM
	Anticoagulante lúpico

Previsão #2

Hipertensão Gestacional	PA ≥140x90 mmHg após 20 semanas ou durante o puerpério, sem proteinúria ou outras complicações sistêmicas associadas.
Hipertensão Arterial Crônica	Aumento pressórico antes de 20 semanas/após puerpério (6 semanas do parto) ou HAS previamente conhecida.
Pré-eclâmpsia	Hipertensão arterial (PA ≥ 140x90 mmHg) após as 20 semanas associada à proteinúria ou disfunção de órgão-alvo.
Pré-eclâmpsia superajuntada	Hipertensão prévia agravada por aparecimento/piora da proteinúria ou nova disfunção de órgão-alvo.

Previsão #3

Diagnóstico diferencial das úlceras genitais

Úlcera	Agente	Características	Tratamento
Sífilis primária	*Treponema Pallidum*	Única, indolor, fundo limpo, adenopatia local	Penicilina, Benzatina
Herpes	*Herpes Simplex Virus*	Múltiplas, dolorosas, fundo limpo, vesiculares	Aciclovir
Cancro mole	*Haemophylus Ducreii*	Múltiplas, dolorosas, fundo sujo, podem fistulizar por orifício único	Azitromicina

Previsão #4

DISTOCIA DE OMBRO: ALEERTA

A	**A**juda: avisar paciente, assistência extra, controlar o tempo (30-60 s para cada passo), anestesista a postos
L	**L**evantar os membros inferiores em hiperfexão (McRoberts)
E	**E**xterna: pressão suprapúbica externa (Rubin I)
E	**E**pisiotomia (avaliar necessidade)
R	**R**emover o braço posterior (Jacquemier)
T	**T**oque para manobras internas • Rubin II • Wood • Parafuso Invertido
A	**A**lterar a posição da paciente para quatro apoios (Gaskin)

Previsão #5

Principais causas de sangramento uterino na pós-menopausa

Causas estruturais
- Pólipo endometrial (37,7%)
- Atrofia endometrial (30,8%)
- Endométrio proliferativo (14,5%)
- Carcinoma (6,6%)
- Hiperplasia sem atipia (2%)
- Hiperplasia com atipia (0,2%)
- Outras causas (8,2%)

Terapia de Reposição Hormonal: ocorre na maioria das mulheres em uso de TRH combinada e em esquema cíclico/contínuo. Em geral, ocorre nos primeiros meses de uso.

Sangramento pós-menopausa = necessidade de investigação com biópsia endometrial com o método disponível (se possível, vamos preferir a histeroscopia com biópsia guiada)

Previsão #6

PALM
(causas estruturais)

Pólipo
Adenomiose
Leiomioma
Malignidade

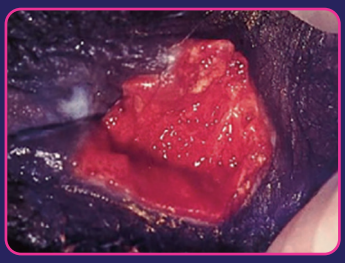
COEIN
(causas não estruturais)

Coagulopatia
Disfunção **O**vulatória
Endometrial
Iatrogênica
Não classificado

Previsão #7

LARCs: DIU-Cu (10 anos), DIU hormonal (5–8 anos) e implante de etonogestrel (5 anos). O DIU-Cu atua principalmente como espermicida e causando uma reação inflamatória no endométrio; DIU hormonal causa uma atrofia endometrial por ação progestagênica local e o implante bloqueia a ovulação por ação sistêmica. São altamente eficazes, seguros e independem da adesão. Contraindicações aos DIUs: infecção pélvica ativa e alterações uterinas que deformam a cavidade. O DIU hormonal reduz sangramento e dismenorreia, já o DIU de cobre pode aumentá-los.

De olho na imagem



Lembre-se que a úlcera da donovanose é bem típica: úlcera de início indolor de bordas planas e hipertróficas, bem delimitada, com fundo granuloso e altamente friável!

Tratamento com Azitromicina VO 1g/semana por 3 semanas ou até cicatrização das úlceras"

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

A atenção primária à saúde é:

- **Coordenadora do cuidado:** APS como coordenadora e responsável pela integração de todos os pontos de contato do seu usuário com o sistema (referência e contrarreferência)
- **Ordenadora da rede:** APS organiza o fluxo de serviços dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Previsão #1

Populações vulneráveis

População	Conceito / Características
Ribeirinha	Comunidades que **vivem próximas a rios**, geralmente na Amazônia, **com acesso limitado a serviços de saúde**; dependentes de recursos naturais; forte vínculo cultural com o território e saberes tradicionais.
Romani / antigamente denominados "Ciganos"	Comunidades com cultura própria, **muitas vezes itinerantes**; atenção deve considerar mobilidade, desconfiança histórica do sistema e práticas tradicionais de cuidado / **Incidência de depressão e suicídio em mulheres** - racismo e outras formas de violência / Grande influência da estrutura patriarcal
Quilombolas	Comunidades **de afrodescendentes escravizados**, com território reconhecido; vulnerabilidades históricas e sociais; foco em acesso ao SUS e ações de promoção da saúde em território quilombola.
Pessoas em situação de rua	**Alta vulnerabilidade social e sanitária;** dificuldade de acesso ao SUS; atenção precisa ser inclusiva, acolhedora e **sem exigência de documentação.**

Previsão #2

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. PSOF (FIT), 2 em 2 anos.

Previsão #3

Rastreamentos de cânceres (Task Force) - O SUS-BA já cobrou tanto as recomendações do MS quanto as do TF

- **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 #4

Saúde mental no contexto do trabalho

Transtorno do estresse pós traumático (TEPT)	• Pessoa sofre um evento traumático no trabalho. • Semanas a meses depois (não mais que 6), os sintomas surgem • Episódios constantes de **revivência rememorativa do trauma**, hipervigilância, apatia, insônia
Síndrome de Burnout	• Comum em profissionais com contato direto com usuários (saúde, polícia, assistente social etc) • Caracterização da síndrome: Exaustão emocional / Despersonalização - reações negativas e insensibilidade / Baixa realização profissional

Previsão #5

Conceitos importantes

- **Caso autóctone:** É um caso de origem local. A pessoa adquiriu a doença dentro dos limites do lugar em investigação
- **Caso alóctone, ou caso importado:** É um caso de origem externa. O caso está presente na área de investigação, mas o indivíduo adquiriu a doença em outro local, chegando no local por qualquer via (terrestre, marítima, aérea, etc)
- **Caso índice:** É o primeiro caso dentre vários epidemiologicamente relacionados e de natureza similar. É comum o caso índice ser identificado como a fonte de contaminação

Previsão #6

Diretrizes antecipadas de vontade (DAV)

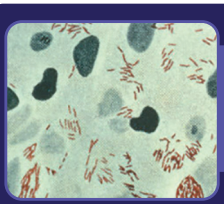
O que são	Instruções de como a pessoa quer que seja seu processo de morte
Objetivo	Ditar os cuidados e os tratamentos que o paciente quer, de modo que sejam seguidos mesmo que a pessoa fique incomunicável
Importante	As DAV prevalecem sobre os desejos dos familiares Basta um registro no prontuário realizado no momento que o paciente indicar seus desejos
Exceção	Quando **não** cumprir as DAV: se for contra os preceitos do código de ética médica

Previsão #7

Causas de óbito no Brasil

Total
1. Doença do aparelho circulatório
2. Neoplasias (tumores)
3. Doenças do aparelho respiratório
Mulheres
1. Doença do aparelho circulatório
2. Neoplasias (tumores)
3. Doenças do aparelho respiratório
Homens
1. Doença do aparelho circulatório
2. Neoplasias (tumores)
3. Causas externas

De olho na imagem



- Agente: *Mycobacterium leprae*
- Infecção crônica com: alta infectividade (capacidade do agente se reproduzir e causar infecção) e baixa patogenicidade (capacidade de causar doença)
- Acometimento dermatoneurológico, com potencial incapacitante
- Reservatório: homem (gotículas)

Principal achado clínico nas provas: lesões com perda da sensibilidade térmica e/ou dolorosa



Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

5 **primeiros lugares** *do SUS-BA*

+3.000 **aprovações** *em primeiros lugares*



"Primeiro me ajudou a acreditar que era possível. Então me deu as ferramentas, dicas e melhores "nortes" para seguir essa jornada. Entre demandas familiares, trabalho diário fora de casa e o pouco tempo que restava livre para estudar/descanso, pude aproveitar cada momento disponível para ver aulas, resolver questões e tirar dúvidas com o suporte da Medway.

Beatriz Alves Pereira Nascimento
Aprovada em **CG no SUS-BA.**
Aluna do Extensivo R1

Vai prestar R+?

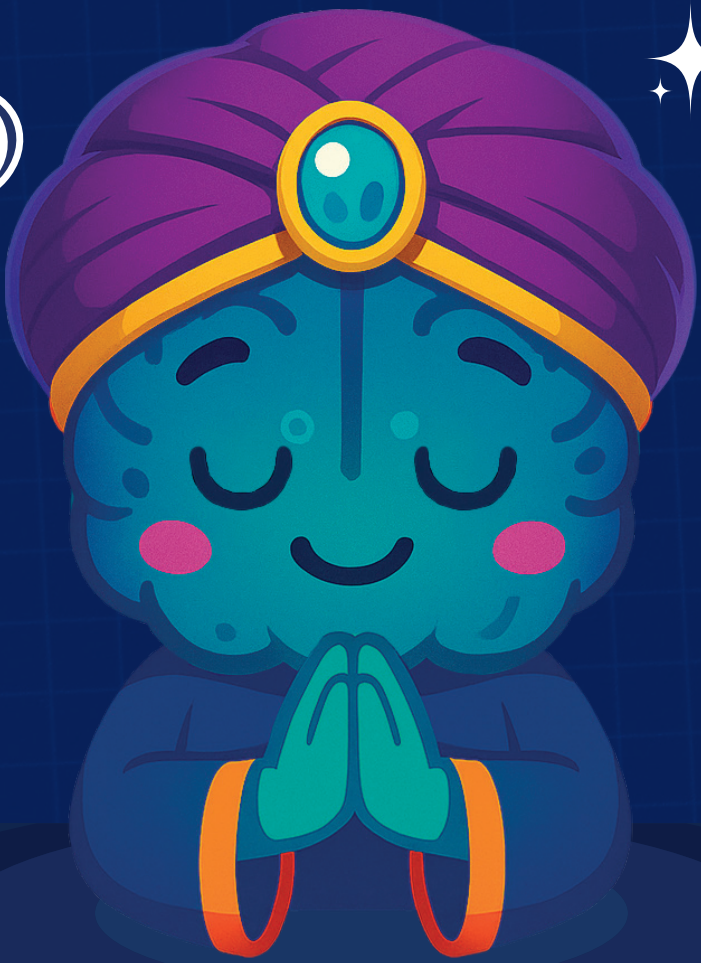
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

Terminou a prova?

Escaneie o QR Code e **acompanhe correções, revisões e análises** das provas no YouTube da Medway.



Boa prova!



previsões_medbrain_r126_sus-ba.indd 16 18/11/2026 10:13:32