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 **ISCMSP**. 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



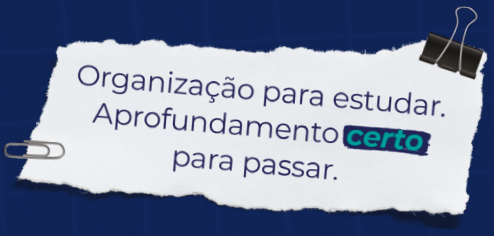
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

SIADH - principais características

SIADH → Hiponatremia Hiposmolar EUVOLÊMICA

ADH ativado = **OsmUr Alta (> 100 mOsm)**
NaUr > 30-40 (natriurese)
Ácido úrico sérico baixo

Principais Etiologias

Intracraniano → TCE, HSA, cirurgia, tumores
Pulmonar → **Legionella**, TB, pneumotórax
CA → **Oat Cells**, próstata, pâncreas
Drogas → **Anticonvulsivantes**, ISRS, tricíclicos, MDMA
Miscelânea → SIDA, Guillain-Barré

Tratamento: resolver desencadeante, restrição hídrica, reposição de sal, vaptanos

Aposta #2

Na **pneumonia**, a Santa Casa gosta do detalhe: a **Legionella** dá pneumonia grave com **hiponatremia (SIADH)**, diarreia e ↑ transaminases, e **não responde a β-lactâmico isolado** (precisa de macrolídeo ou quinolona). E o derrame parapneumônico é **complicado** se tiver pelo menos 1 destes:

pH	< 7,2
Glicose	< 40 mg/dL
DHL	> 1.000 U/L
Gram/cultura: Positivo ou pus (empiema)	

Qualquer um → **antibiótico + drenagem torácica**. Complicou? Drenou!

Previsão #1

Complicações da cirrose: Recentemente, já caiu PBE! Vale muito a pena revisar rapidamente os principais pontos das complicações do paciente cirrótico. Bate o olho:

PBE	• PMN ≥ 250/mm³ no líquido ascítico + cultura positiva • PMN ≥ 250/mm³ no líquido ascítico + cultura negativa = ascite neutrofílica = tratamento igual • PMN < 250/mm³ no líquido ascítico + cultura positiva = bacterascite = repetir paracentese • Ceftriaxona ou cefotaxima + albumina 1,5 g/kg no D1 e 1 g/kg no D3 (previne LRA) • Profilaxia: HDA no cirrótico (ceftriaxona por até 7 dias) e após 1º episódio de PBE
SHR-LRA	• ↑ creatinina sem outra causa • Suspender diurético, BB e nefrotóxicos; procurar infecção (paracentese!) • Expansão volêmica (exceto se congestão evidente): cristaloides ou Albumina 1 g/kg/dia por 24h → sem resposta: terlipressina + albumina
Encefalopatia hepática	• Corrigir o precipitante (infecção, HDA, constipação, DHE, sedativos) + lactulose (2–3 evacuações pastosas/dia) • Recorrência: + rifaximina
Ascite	• Diureticoterapia com furosemida + espironolactona (proporção 40 mg + 100 mg) + restrição de sódio • Paracenteses de alívio + albumina 6–8 g por litro retirado (se > 5 L) • TIPS; avaliar transplante
HDA varicosa	• Terlipressina + ceftriaxona + EDA com ligadura em até 12 h; transfusão restritiva (Hb alvo 7–8 g/dL) • Profilaxia secundária: BB não seletivo (propranolol ou carvedilol) + ligadura

Previsão #2

Não pode esquecer do conceito de **síndrome de lise tumoral** e das condutas!

SLT Laboratorial	• Pelo menos 2 dos seguintes (de 3 dias antes a 7 dias após a QT):
	  • Hiperuricemia ≥ 8 mg/dL
	  • Hipercalemia ≥ 6 mEq/L
	  • Hiperfosfatemia ≥ 4,5 mg/dL
	  • Hipocalcemia ≤ 7 mg/dL
	• Ou alteração ≥ 25% do valor basal

SLT Clínica	• SLT laboratorial + **creatinina ≥ 1,5× o LSN**, arritmia, morte súbita ou convulsão
Conduta	• Tratamento: **hidratação vigorosa e rasburicase** (evitar na deficiência de G6PD)! • Profilaxia: hidratação + alopurinol (risco intermediário) ou rasburicase (alto risco: Burkitt, LLA/LMA com leucocitose)

Previsão #3

A Santa Casa também adora cobrar gasometria, então bate o olho nas principais causas de acidose metabólica com ânion GAP aumentado e normal (hiperclorêmica):

	Condição associada
Anion GAP aumentado	• Acidose lática → sepse, isquemias, metformina, crise convulsiva • Cetoacidoses: diabética, alcoólica, jejum • Intoxicações: Salicilatos, Metanol e etilenoglicol • Insuficiência renal
Anion GAP normal	• ATR I, II e IV • Excesso de SF 0.9% • Perdas abaixo do piloro • Insuficiência renal • Espironolactona • Acetazolamida • Insuficiência adrenal primária

Previsão #4

Quando a gente fala de arritmias, a Santa Casa ama cobrar **fibrilação atrial**! FA **instável** (hipotensão, congestão, isquemia) → **cardioversão elétrica sincronizada**. Antes de reverter, **inicie anticoagulação** (heparina ou DOAC) e mantenha por **pelo menos 4 semanas**. Sem cardiopatia estrutural, a **propafenona** é opção para manter o ritmo (com cardiopatia estrutural, lembrem-se da **amiodarona**). Para anticoagulação crônica, o escore agora é o **CHA2DS2-VA** (sem o critério sexo): 1 **ponto → considerar; ≥ 2 → indicar**. Em FA valvar, amiloidose cardíaca, cardiomiopatia hipertrófica e hipertireoidismo, anticoagula sem escore. **Varfarina** na FA valvar e no SAF triplo +; nos demais, **DOAC**.

Previsão #5

Das adrenais, a Santa Casa cobra **Addison e Cushing**. Bate o olho:

	Lembre
IA primária (Addison)	• **Hiperpigmentação**, hipotensão postural, **hiponatremia + hipercalemia**, ACTH ↑
IA secundária	• **Sem hiperpigmentação e sem hipercalemia** (aldosterona preservada); ACTH ↓ • Causa mais comum: suspensão de corticoide
Diagnóstico da IA	• Cortisol às 8 h: **≤ 3 confirma; ≥ 18 afasta** • Intermediário → teste da cortrosina (ACTH)
Cushing	• Rastreio: **supressão com 1 mg de dexametasona**, cortisol salivar noturno ou urinário 24 h • Grave (ectópico) → **hipocalemia e alcalose metabólica**

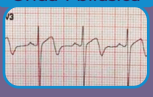
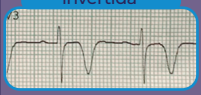
Previsão #6

A santa adora cobrar as características dos principais antidiabéticos, então revisa rapidinho:

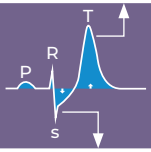
	Vantagens/Colaterais	Contraindicações
Metformina	**Sintomas GI**, pode reduzir B12, acidose lática em DRC	Doença hepática grave TFG < 30 (1g/dia se TFG < 45)
iSGLT2 ("glifozina")	↓ PA/IC/peso/**RCV** **ITU**, CAD-E, amputação (cana), hipotensão	Não iniciar se TFG < 45 (cana); < 25 (dapa) < 20 (empa)
GLP1-AR ("tida")	↓ Peso Sintomas GI (náusea)	CMT/NEM2 Pancreatite
Coagonista GIP/GLP-1 Tirzepatida	Sintomas GI (náusea) ↓↓↓ HbA1c (> 2%) e peso	CMT, NEM2
iDPP4 ("gliptina")	Angioedema, Urticária, ↑ Internação IC (saxa)	Hipersensibilidade IC (saxa)

De olho na imagem

Quando cai questão com imagem, muitas vezes é um ECG! Então pega esses dois padrões clássicos:

Padrão	Wellens		De Winter
ECG	**Padrões:** **A** - ondas T bifásicas em V1 a V4 (+ V2 e V3); **B (mais comum)** onda T invertida, profunda e simétrica de V1 a V4	Onda T bifásica  Onda T simétrica invertida 	Infra de ST ascendente em V1-V4 + onda T ampla e simétrica em V1-V4 + supra de ST em avR e/ou avL
Significado	Suboclusão proximal da descendente anterior		Oclusão proximal da descendente anterior

Ondas T, altas, simétricas em derivações precordiais



Infra de ST (>1 mm) em derivações precordiais

Cirurgia Geral

Aposta #1

Trauma Hepático

- **AAST:** I–III = simples (80%) | IV = 25–75% do lobo | V = >75% do lobo ou lesão retro-hepática (VCI/vv. hepáticas) | VI = avulsão.
- **TNO:** estabilidade hemodinâmica é o critério principal + sem peritonite + UTI, angio e centro cirúrgico disponíveis. TC com blush → angioembolização. 1ª queda de Hb é esperada; nova queda → repetir TC.
- **Cirurgia (instável/falha do TNO):** fazer o mínimo; sangramento intenso → empacotamento + Pringle; controle de danos.

Aposta #2

TCE

- **Epidural:** biconvexo, arterial (a. meníngea média), intervalo lúcido → drenagem rápida.
- **Subdural:** crescente, venoso (veias-ponte), idoso/etilista → drenagem na maioria.
- **LAD:** TC quase normal × coma → RM (hipersinal em T2).
- **Contusão:** frontal/temporal → vigilância e repetir TC.
- **TCE grave/HIC:** cabeceira 30° | $PaCO_2$ 35 | $SatO_2$ >95% | PAS >100–110 | glicemia 140–180 | tratar febre | reverter anticoagulação | PIC 5–15 mmHg.

Previsão #1

Abdome Agudo Inflamatório

- **Apendicite:** obstrução (fecalito, hiperplasia linfoide) → distensão → isquemia → perfuração. Dor periumbilical que migra para FID + anorexia, náuseas e febre baixa.
- **Sinais:** Blumberg (descompressão em McBurney) | Rovsing (palpa FIE → dor na FID) | Dunphy (tosse) | Lenander (T retal – axilar >1 °C) | Ten Horn | Lapinsky.
- **Alvarado:** 1–4 → alta com sinais de alerta | 5–6 → internar, observar e imagem (USG em magros/gestantes/crianças; TC é preferência) | ≥7 → apendicectomia.
- **Colecistite:** dor em HCD >6 h + Murphy + febre. **Tóquio:** A (local) + B (sistêmico) + C (imagem) = confirmado; A+B ou A+C = suspeito. USG é o 1° exame; cintilografia, o melhor.
- **Conduta:** gangrena/perfuração/enfisematosa → cirurgia de emergência | ASA I–II → colecistectomia na mesma internação | ASA III–IV crítico/séptico → drenagem percutânea ou endoscópica.
- **Diverticulite (Hinchey, pela TC):** 0 clínica | Ia flegmão | Ib abscesso pericólico | II pélvico/distante → ATB ± drenagem se ≥4 cm | III purulenta / IV fecal → cirurgia (Hartmann × anastomose primária).
- **Tto:** VLP preferencial; ATB profilaxia 60 min antes da incisão.

Previsão #2

Trauma Abdominal

Contuso ("se bateu, é baço")	• Estável → TC → tratamento órgão-específico. • Instável + FAST+ → laparotomia. • Instável + FAST– → buscar outro foco (tórax, pelve, ossos longos).
FAB ("se furou, é fígado")	• Instabilidade, peritonite ou evisceração → laparotomia. • Parede anterior: exploração digital; penetrou → observação seriada; piora (leucocitose ↑ ou queda de Hb >3 g/dL) → TC/laparoscopia; estável em 12 h → alta. • Flanco/dorso: TC com triplo contraste.
FAF:	• Quase sempre laparotomia.
Pelve	• Estabilizar com lençol/cinta. • Instável + FAST+ → laparotomia + tamponamento pré-peritoneal + fixação. • Instável + FAST– → tamponamento pré-peritoneal + fixação; persistiu → arteriografia. • Estável → TC; blush → angioembolização.
Bexiga	• Intraperitoneal (↑ súbito de pressão) → laparotomia + rafia | extraperitoneal (fratura pélvica) → SVD.

Previsão #3

xABCDE (ATLS 11ª ed.)

- **x:** hemorragia exsanguinante → compressão direta → torniquete → controle cirúrgico precoce. Manter torniquete se amputação, falha da conversão ou >6 h.
- **A:** via aérea + restrição cervical. SRI: etomidato 0,3 mg/kg + succinilcolina 1–2 mg/kg.
- **B:** O_2 100%. Pneumotórax hipertensivo → punção no 5° EIC (LAM) ou 2° EIC (LHC). Hemotórax maciço é definido pela hemodinâmica.
- **C:** "four and the floor" (tórax, abdome, pelve, ossos longos + externo). 1 L de cristaloide aquecido; hipotensão permissiva (exceto TCE/TRM); transfusão 1:1:1.
  - Grave: FC >120, PAS <90 → transfusão maciça.
  - ABC score ≥2 (penetrante, FAST+, FC ≥120, PAS ≤90) ou shock index >1 → transfusão maciça.
  - Tromboelastograma: demora a formar → PFC | coágulo fraco → plaquetas | lise rápida → ácido tranexâmico.
- **D:** Glasgow + pupilas. E: exposição + prevenir hipotermia.

Previsão #4

Abdome Agudo Obstrutivo

Alta: vômitos precoces e biliosos, distensão discreta. Baixa: distensão intensa, vômitos tardios/fecaloides, parada precoce de flatos.

Base: jejum, SNG, soro e correção de DHE; TC define causa.

Pista → causa → conduta:

- Cirurgia prévia → bridas → SNG + observação.
- Litíase biliar → íleo biliar → cirurgia.
- Grão de café → volvo de sigmoide → descompressão colonoscópica (isquemia → cirurgia).
- UTI/grave → Ogilvie → neostigmina.
- Acamado → fecaloma → retirada manual.
- Pós-op recente → íleo paralítico → expectante.
- Abaulamento inguinal → hérnia → cirurgia.
- Fezes afiladas/sangue → neoplasia colorretal.

Alça fechada: volvo, hérnia interna ou encarcerada, tumor de cólon com válvula ileocecal competente.

Previsão #5

Tumores do Aparelho Digestivo

- **Adenocarcinoma de cabeça de pâncreas (60–70%):** icterícia, perda ponderal e Courvoisier-Terrier (vesícula palpável indolor). USG é o 1° exame → TC, RM, USE.
- **Clássico da banca:** idoso + icterícia + vesícula palpável indolor = periampular → GDP.
- **Ressecabilidade:**
  - Ressecável: sem critério abaixo (a. gastroduodenal não contraindica).
  - Borderline: VMS/porta ≥180° ou oclusão reconstruível | AMS/tronco celíaco ≤180°.
  - Irressecável: AMS/tronco celíaco >180°, aorta, oclusão venosa irreconstruível, metástase.
- **Tto:** gastroduodenopancreatectomia (com preservação pilórica); anastomoses pancreato, hepático e gastrojejunal em alça única. Drenagem biliar pré-op só se colangite (CPRE; DTPH se falha).

Previsão #6

Hérnias

- **Vasos epigástricos inferiores:** indireta = lateral | direta = medial (Hesselbach) | femoral = abaixo do lig. inguinal.
- **Pegadinhas:** + comum (inclusive na mulher) e + encarcera = indireta | + estrangula = femoral.
- **Técnicas:** Lichtenstein (tela sem tensão) | Bassini (tendão conjunto + lig. inguinal) | Shouldice (imbricação) | McVay (Cooper → femoral) | TAPP (tela no orifício de Fruchaud).
- **PS:** redutível → eletiva | encarcerada/estrangulada → urgência.
- **Nervos:** aberta → iliohipogástrico, ilioinguinal, r. genital do genitofemoral | VLP → cutâneo femoral lateral, r. femoral do genitofemoral.
- **Nyhus:** 1 indireta, anel normal | 2 anel alargado | 3 parede posterior (a direta, b indireta, c femoral) | 4 recidiva.

Previsão #7

Cuidados e Complicações Pós-Operatórias

- **REMIT:** Ebb (1–3 dias): hipovolemia, vasoconstrição, ↓consumo de O_2, ↓insulina, hiperglicemia | Flow: retenção hídrica, hipermetabolismo (proteólise, lipólise), ↑insulina com resistência periférica.
- **Febre:** <24 h REMIT | 24–48 h atelectasia | >72 h ferida, ITU, flebite, TVP | >5° dia deiscência, abscesso.
- **Dieta:** sem anastomose → branda em 12 h | anastomose TGI → líquida em 24 h | esofágica → SNE em 12–24 h.
- **Basal:** água 30–40 mL/kg | Na 1–2 mEq/kg | K 1 mEq/kg | glicose 100 g/dia.
- **Síndrome compartimental:** PIA >20 mmHg + disfunção orgânica → descompressão gástrica/colônica, sedoanalgesia, drenagem de coleções; refratária ou grau IV → laparostomia.

De olho na imagem

Obstrução de Delgado × Cólon

- **RX de abdome agudo** (tórax + abdome em pé e deitado) é o exame inicial e localiza a altura da obstrução.
- **Delgado:** empilhamento de moedas, distensão central, alças menos calibrosas.
- **Cólon:** haustrações, distensão periférica, alças mais calibrosas.
- **Grão de café/megacólon:** volvo de sigmoide.
- TC com contraste confirma e define a causa.



Delgado



Cólon

Pediatria

Aposta #1

Desordens do Sistema Imune

Anafilaxia

- **Tratamento**
  - Adrenalina IM pura, no vasto lateral da coxa, 0,01 mg/kg (máx 0,3–0,5 mg) – é o tratamento principal
  - Decúbito com MMII elevados; O_2; acesso venoso + cristaloides se hipotensão. Adjuvantes (**não** substituem a adrenalina): anti-histamínico, corticoides, broncodilatador.
  - Observar pelo risco de reação bifásica; alta com autoinjetor quando possível + plano de ação.

Aposta #2

Nutrição na Pediatria

- Sinais de Técnica Incorreta da Amamentação
- Bochechas encovadas
- Ruídos de língua
- Aparência da mama esticada durante a sucção
- Dor na amamentação
- Mamas com estrias avermelhadas ou esbranquiçadas durante a sucção

Previsão #1

Distúrbios Obstrutivos

- **Profilaxia da BVA**
  - Beyfortus (nirsevimabe)

Público-alvo	Indicação
Crianças prematuras (<36 semanas e 6 dias) com idade inferior a 6 meses	Elegíveis para nirsevimabe, independentemente do histórico de vacinação materna contra o VSR
Crianças com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias)	Cardiopatia congênita; broncodisplasia; imunocomprometidos graves (inato ou adquirido); síndrome de Down; fibrose cística; doença neuromuscular; anomalias congênitas das vias aéreas

Previsão #2

Arritmias, Síncope e PCR

- Bradicardia Sintomática - Manejo

Bradicardia com pulso

↓

Comprometimento cardiopulmonar?

↓ Sim

Avaliação e suporte
Manter via aérea patente
Ventilação com pressão positiva
(a cada 2-3 segundos!)
Monitorizar

Se FC < 60 bpm, **apesar de ventilação e oxigenação:**

Iniciar RCP

Previsão #3

Síndromes Diarreicas

- Plano B - Tratamento

Onde	Unidade de saúde
Como	SRO 50-100 ml/kg em 4-6 horas
Adicionais	Ondansetrona se vômitos persistentes Sonda se dificuldade de aceitação oral
Cuidados	Se virar A → cuidados do plano A Se virar C → cuidados do plano C

Previsão #4

Pneumonias e Síndromes Gripais

Pneumonia típica	Pneumonia atípica
S. pneumoniae principalmente	*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae*
Evolução rápida	Evolução arrastada
Febre alta	Febre baixa ou sem febre
Estertoração	Sibilos
Padrão lobar	Padrão intersticial
Derrame pleural, bronquiectasias, pneumatoceles	Efeitos sistêmicos (artralgia, anemia hemolítica, neurológicos)

Previsão #5

Crescimento e Desenvolvimento

Classificação de acordo com o IMC para a idade

Desvio padrão	0 a 5 anos	5 a 19 anos
< -3	Magreza Acentuada	Magreza Acentuada
-3 a -2	Magreza	Magreza
-2 a +1	Adequado	Adequado
+1 a +2	Risco de Sobrepeso	Sobrepeso
+2 a +3	Sobrepeso	Obesidade
> + 3	Obesidade	Obesidade Grave

Previsão #6

Doenças Exantemáticas

Doença	Agente	O "tchans"	Complicação	Onde o Exantema começa?
Eritema Infeccioso	Parvovírus B-19	Face esbofeteada	Crise aplásica (falciforme!)	Face
Mão-pé-boca	Enterovírus	Exantema vesicular	Desidratação	Mão-pé-boca
Mononucleose	Epstein-Barr Vírus (EBV)	Hepatoesplenomegalia Rash após ATB	Rotura esplênica	Tronco
Exantema súbito	HHV-6	Exantema surge após o cessar da febre	Crise convulsiva febril	Tronco
Sarampo	Morbilivírus	Manchas de Koplik	1 - OMA 2 - PESS	Atrás do pavilhão auricular
Varicela	HHV-3	Pleomorfismo	Infecção secundária	Tronco

De olho na imagem

Imunizações

Contraindicações gerais a imunizações e situações de adiamento vacinal
Doenças febris agudas graves em evolução
Uso de corticosteroides em dose imunossupressora (≥ 20 mg/dia ou > 2 mg/Kg/dia por ≥ 14 dias)
Erros inatos da imunidade (imunodeficiências congênitas) De forma geral, não devem receber vacinas vivas atenuadas
Administração de imunoglobulinas ou sangue e derivados
Gestantes Imunizantes de vírus vivo atenuado
Anafilaxia a doses anteriores da vacina ou a componentes do imunizante

Ginecologia e Obstetrícia

Aposta #1

Hemorragia Pós-Parto

HPP: perda > 500 mL no parto vaginal ou > 1.000 mL na cesárea. Causa mais comum: atonia (4 Ts: tônus, trauma, tecido, trombina). Prevenção: ocitocina 10 UI IM + tração controlada do cordão. Atonia, em escada: massagem uterina e ocitocina → ácido tranexâmico 1 g EV em até 3 h → misoprostol ou metilergometrina (evitar em HAS/pré-eclâmpsia) → balão de tamponamento → B-Lynch, ligaduras vasculares e histerectomia.

Aposta #2

Indicações de TH

TH: indicada para sintomas vasomotores moderados/graves, síndrome geniturinária (estrogênio vaginal, se só sintomas locais), insuficiência ovariana prematura e prevenção de osteoporose quando outras opções não servem. Janela: início antes dos 60 anos ou < 10 anos da menopausa. Com útero: estrogênio + progestágeno; sem útero: estrogênio isolado. Contraindicações: câncer de mama ou endométrio, TEV/AVC, sangramento sem diagnóstico, hepatopatia grave.

Previsão #1

Síndromes Hipertensivas na Gravidez

Definições - HAC: antes de 20 sem / HAG: após 20 sem, sem lesão de órgão-alvo nem proteinúria / Pré-eclâmpsia: após 20 sem + proteinúria e/ou disfunção de órgão (PLT < 150.000, TGO/TGP ≥ 40, Cr ≥ 1,0, sintomas neurológicos, EAP, DPP/RCIU) / crise hipertensiva: PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 / HELLP: BT ≥ 1,2, LDH > 600, AST/ALT > 70, PLT < 100.000 / Eclâmpsia: convulsão.

Profilaxia - Alto risco (1 fator): PE prévia, gestação múltipla, IMC > 30, HAC, DM, DRC, autoimune, FIV / Moderado (≥2): nuliparidade, AF, ≥ 35 anos, desfecho adverso prévio, intervalo >10 anos, condição socioeconômica desfavorável, raça preta/parda → AAS 100 mg/dia, da 12ª à 36ª semana. Cálcio (desde 2026): sem indicação para prevenção de PE, somente suplementação (baixa ingesta).

Conduta imediata - MgSO4: Zuspan (4 g EV + 1 g/h) ou Pritchard (4 g EV + 10 g IM; 5 g IM de 4/4 h). Intoxicação: FR <16, diurese <25 mL/h, ROT diminuídos → gluconato de cálcio 1 g EV.

Previsão #2

Assistência ao Parto

Indução do parto - Indicações: pós-datismo, RPMO com corioamnionite, OF, malformação, condição materna/fetal que exija resolução. Bishop ≤ 6: colo desfavorável (balão/Krause ou misoprostol); 7-8: individualizar; ≥ 9: ocitocina. Misoprostol: contraindicado em cicatriz uterina prévia (risco de rotura) e na taquissistolia. Ocitocina: meia-vida curta, ajusta-se por titulação.

Períodos do parto - 1º: fase ativa a partir de 4 cm com contrações; toque a cada 4 h; deambular, dieta leve, acompanhante. 2º: puxos espontâneos; Kristeller proscrita; episiotomia não é rotina. Prolongado: nulípara >2 h, multípara >1 h (+1 h com analgesia). DCP (0 de DeLee): cesárea. 3º: ocitocina 10 UI IM + tração controlada do cordão. 4º (Greenberg): 1ª hora, vigiar HPP.

Analgesia - Indicação: solicitação materna. Não aumenta cesárea nem o 1º período; prolonga o 2º período e o parto instrumental. Opióide não é rotina.

Previsão #3

Pré-Natal

Rotina dos exames (MS) - Hemograma (repetir no 3º tri), glicemia de jejum, tipagem, urina I e urocultura. Sorologias: HIV e sífilis (repetir no 3º tri e no parto), hepatites B e C, toxo e HTLV. US (não obrigatória pelo MS): até 10 sem (datação); 11 a 13+6 sem (TN, DV, ON); 20-24 sem (morfológico); 3º tri (crescimento). Ecocardio fetal em 24-28 sem: diabéticas, cardiopatas, idade avançada.

Vacinação (PNI 2026):

- dTpa: 1 dose a partir da 20ª sem, a cada gestação.
- Influenza e COVID-19: 1 dose, em qualquer idade gestacional.
- VSR: 1 dose a partir de 28 sem.
- Hepatite B: 3 doses (0, 1 e 6 meses), se esquema incompleto.
- Situações especiais (ex.: cardiopata): pneumococo
- Outras especiais: febre amarela, meningococo, raiva, hepatite A.
- Contraindicadas: tríplice viral, varicela, HPV, dengue.

Previsão #4

Contracepção

Critérios de elegibilidade (OMS) - Categoria 4 para combinados: enxaqueca com aura, tabagismo ≥35 anos (≥15 cigarros/dia), TEV, HAS grave, câncer de mama atual, DM com vasculopatia, <6 semanas de puerpério amamentando. Alternativas: progestagênio isolado ou LARC.

LARCs: Maior eficácia, independem de adesão; podem ser usados em nulíparas e adolescentes. Implante: 5 anos; efeito adverso mais comum é sangramento irregular. DIU de cobre: até 10 anos; aumenta fluxo e cólica; serve para contracepção de emergência (até 5 dias). DIU-LNG: 8 anos, mas 5 anos para SUA ou proteção endometrial na TH.

Previsão #5

Amenorreias

Amenorreia primária - Ausência de menarca aos 15 anos, ou aos 13 sem desenvolvimento secundário de caracteres. Rokitansky: 46,XX, mamas e pelos normais, útero e vagina proximal ausentes. Morris (insensibilidade androgênica): 46,XY, mamas presentes, pelos pubianos e axilares escassos ou ausentes, útero ausente, testosterona masculina. Gonadectomia após a puberdade.

Amenorreia secundária - Ausência por ≥ 3 ciclos ou 6 meses. 1° passo: β-hCG; depois TSH, prolactina e FSH.

SOMP (Rotterdam: 2 de 3): Oligo/anovulação, hiperandrogenismo e US policística, excluindo outras causas. Tratamento: ACO (hiperandrogenismo e ciclo); letrozol (indução); metformina, se resistência insulínica.

Previsão #6

Doenças do Corpo Uterino e Endométrio

Sangramento pós-menopausa: Todo sangramento na menopausa exige investigação → USTV: LE >4-5 mm (sem TH) ou >7-8 mm (com TH) → biópsia. Pipelle: ambulatorial, sem visão direta. Curetagem: CC, sem visão direta, risco de perfuração. Histeroscopia com biópsia: visão direta, padrão-ouro, pouco acessível. Causas: atrofia > pólipo > câncer de endométrio. Fatores de risco: obesidade (principal), estrogênio isolado na TH, tamoxifeno, nuliparidade, menacme longo, SOMP, Lynch II. Proteção: ACO, DIU-LNG, multiparidade, aleitamento. Hiperplasia sem atipia: progestágeno. Com atipia: histerectomia total (exceto se desejo de gestação → porgesterona)

Previsão #7

Diabetes Mellitus na Gravidez

Rastreamento - GJ na 1ª consulta: < 92 normal; 92-125 DMG; ≥ 126 overtDM. TOTG 75g entre 24 e 28 sem: jejum ≥ 92, 1h ≥ 180, 2h ≥ 153 = DMG; jejum ≥ 126 ou 2h ≥ 200 = overt.

Conduta inicial - Dieta + atividade física + perfil glicêmico domiciliar (PGD); reavaliar em 2 semanas. Metas: jejum < 95, 1h pós-refeição < 140, 2h < 120. Se ≥30% alterados → insulina. Hipoglicemia no fim da gestação: sinal de insuficiência placentária.

Obstétrica - Controle adequado e PFE < 4.000g: até 39-40 sem. Insatisfatório: 37-40 sem. PFE > 4.000g: parto. Puerpério: suspender insulina e fazer TOTG 75g em 6 sem → reclassificar.

De olho na imagem

Índice de Bishop

Índice de Bishop

Pontuação	Dilatação	Posição	Consistência	Plano de Lee	Apagamento
0	Fechado	Posterior	Firme	-3	0-30%
1	1 a 2 cm	Intermediário	Médio	-2	40-50%
2	3 a 4 cm	Anterior	Amolecido	-1 ou 0	60-70%
3	≥ 5cm			+1 ou +2	≥ 80%

≤ 6: desfavorável → balão ou misoprostol.
7-8: individualizar.
≥ 9: favorável → ocitocina.

Preventiva

Aposta #1

Princípios do SUS

- Éticos / Doutrinários terminam em "IDADE"
  - Universal**idade**
  - Integral**idade**
  - Equ**idade**
- Organizativos terminam em "AÇÃO"
  - Descentraliz**ação**
  - Regionaliz**ação**
  - Hierarquiz**ação**
  - Particip**ação** social

Aposta #2

Vigilância em Saúde do Trabalhador

Acidentes de trabalho	**Típico:** durante o trabalho **Trajeto:** habitual **Doença ocupacional:** nexo causal
Notificação	**Acidente de trabalho:** imediata **Acidente com exposição a material biológico:** semanal **Doenças relacionadas ao trabalho:** semanal
CAT	**Trabalhador formal (INSS)** Até 24 horas Empresa (mas, qualquer um) 4 vias

Previsão #1

Atributos da APS

Primeiro contato (acesso)	Porta de entrada preferencial para novos e antigos problemas de saúde / Acesso facilitado
Longitudinalidade	Vínculo e acompanhamento contínuo ao longo do tempo
Integralidade	Atenção ampla: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação / Olhar amplo no cuidado / Leque de serviços na APS
Coordenação do cuidado	Responsável pelas referências e contrarreferências do paciente / Articula o cuidado do paciente com outros pontos de atenção
Orientação familiar	Considera a família como unidade de cuidado e contexto do adoecimento
Orientação comunitária	Conhece o território e ajusta ações à realidade local, com participação social
Competência cultural	Respeita e incorpora valores, crenças e práticas culturais no cuidado

Previsão #2

Decreto 7.508/2011

Região de Saúde	Grupos de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, com infraestrutura e transportes compartilhados, a fim de integrar as ações e serviços de saúde.
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde	Acordo firmado entre municípios com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde da Região de Saúde, definindo as responsabilidades, metas, recursos financeiros e fiscalização.
Portas de Entrada	Serviços de atendimento inicial.
Mapa de Saúde	Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde.
Rede de Atenção à Saúde	Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente.
Serviços Especiais de Acesso Aberto	Serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial.

Previsão #3

Dengue

- **Grupo A: sem sinais de alarme,** comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais. Prova do laço negativa. **Acompanhamento ambulatorial e hidratação oral.** Exames a critério.
- **Grupo B: condições clínicas especiais,** comorbidades ou grupo de risco ou prova do laço positiva. Sem sinais de alarme. **Observação e reavaliação até resultado de exames,** hidratação oral supervisionada. Reavaliação diária, até 48 horas após queda da febre.
- **Grupo C: sinais de alarme. Exames obrigatórios:** função renal, hepática, hemograma, albumina sérica. Imagens recomendadas: RX de tórax e USG para derrames cavitários.
- **Grupo D: choque.** Expansão volêmica, exames obrigatórios, acompanhamento em **leito de terapia intensiva.**

Previsão #4

Sigilo (quando quebrar)

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 #5

Estudos Epidemiológicos e Medidas de Associação

Medida de Associação	Estudos que mais usam	Fórmula
Risco relativo	Coorte ou ensaio clínico	$RR = \frac{IE}{I\bar{E}} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$
Odds ratio	Caso controle	$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$
Razão de prevalência	Transversal	$RP = \frac{PE}{P\bar{E}} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$

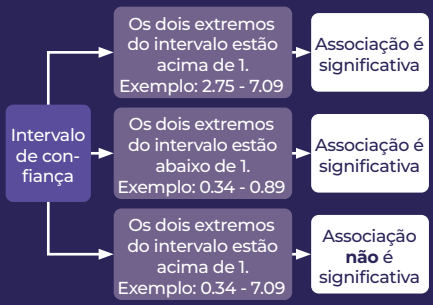
Previsão #6

Delineamento dos estudos epidemiológicos

Estudo	Delineamento
Ecológico	Observacional - Agregada - Transversal
Série temporal	Observacional - Agregada - Longitudinal
Transversal	Observacional - Individual - Transversal
Coorte	Observacional - Individual - Longitudinal Exposição → Desfecho
Caso controle	Observacional - Individual - Longitudinal Desfecho → Exposição
Ensaio clínico	Intervencionista - Individual - Longitudinal
Ensaio comunitário	Intervencionista - Agregada - Longitudinal

Previsão #7

Muitas vezes apresentado em tabelas, a interpretação do Intervalo de Confiança para analisar significância é feita procurando o número 1 no intervalo.



De olho na imagem

Identificação do Nível de Prevenção

Primária	Atua **antes da doença ocorrer,** evitando sua instalação.	Prevenir o aparecimento da doença ou agravo. (Ex.: Vacinação).
Secundária	Atua na **fase inicial da doença**, buscando interromper sua evolução.	Detectar e tratar precocemente. (Ex.: Rastreios, investigar ILTB).
Terciária	Atua **após a instalação da doença**, buscando evitar complicações e promover reabilitação.	Reduzir danos e incapacidades. (Ex.: Ajuste de tratamento crônico).
Quaternária	Visa **evitar iatrogenias** e intervenções desnecessárias, protegendo o paciente do excesso de medicalização.	Evitar rastreamentos sem indicação e diagnósticos desnecessários.
Quinquenária	Promover o **cuidado do cuidador** (profissional de saúde).	Prevenir sofrimento moral, *burnout* e desumanização (Apoio psicológico à equipe).

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

49% dos **aprovados ISCMSP** são Medway

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"A Medway me deu todo o suporte teórico e prático necessários para a minhas aprovações em Dermatologia. Seja por meio das aulas e do excelente banco de questões que eu utilizei no Extensivo Base e Extensivo R1, seja pelas dicas e treinamentos para as provas práticas no CRmedway."

Maria Fernanda de Almeida Cavalcante Aranha
Aprovada em **2º lugar em Dermatologia na ISCMSP**

"Estudo com a Medway desde o início do internato e pra mim o principal diferencial é a plataforma, com um grande banco de questões comentadas em texto e vídeo que ajudam muito a consolidar o conteúdo para além do que foi cobrado naquela questão. Os professores são excelentes e sempre muito acessíveis e próximos dos alunos. Só tenho a agradecer!""



Bernardo Freire da Silva Arruda
Aprovada em **Clínica Médica na ISCMSP**



"Com a medway tive acesso aos melhores materiais, aulas didáticas e banco de questão incrível. O suporte de dúvidas também foi um diferencial, sempre rápido e eficaz. Saber que seguia um bom cronograma me permitiu ter muito mais confiança nas provas que prestei."

Juliana Silva dos Remedios
Aprovada em **Psiquiatria a ISCMSP**

Vai prestar R+?

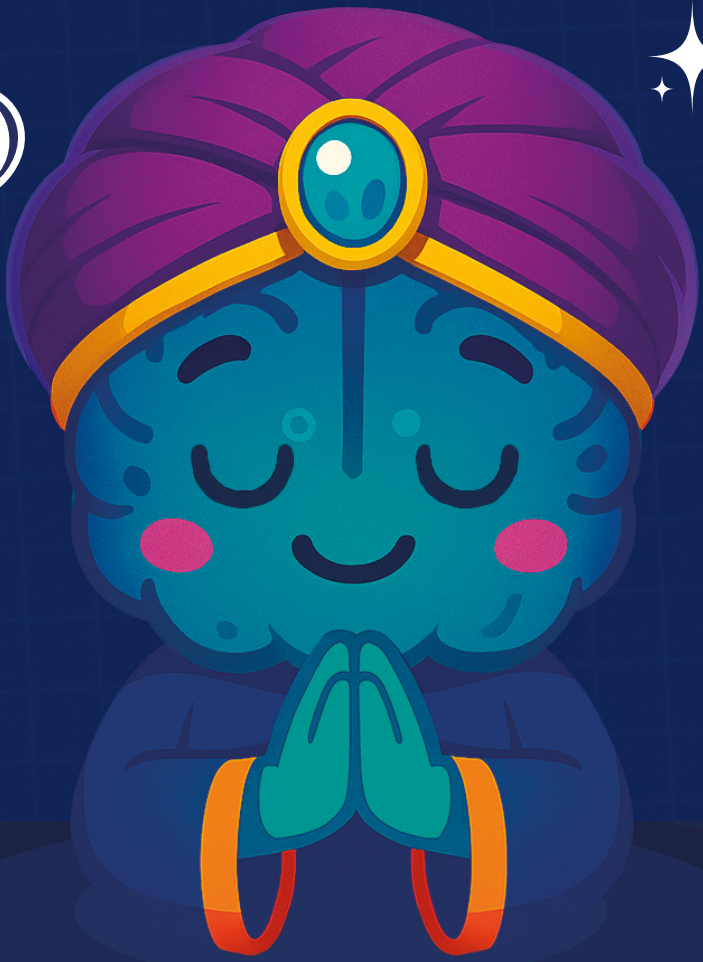
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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