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 **Unifesp**. 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



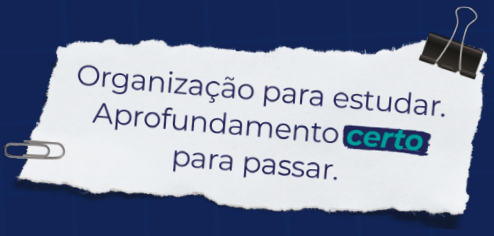
Tira dúvidas com base em evidências na plataforma e no WhatsApp.

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

Crise de Gota

A pegadinha é a conduta, não o diagnóstico. Na crise, trate com AINE, colchicina ou corticoide — e não inicie alopurinol, que pode prolongar o surto; em quem já usa, mantenha. Reveja as drogas: tiazídico e alça elevam o ácido úrico e devem sair; losartana e estatina podem ficar. O hipouricemiante entra depois, com a crise resolvida, em quem tem tofos, crises repetidas, litíase ou doença renal.

Aposta #2

HAS resistente

Três drogas em dose plena, incluindo diurético, sem atingir a meta de 130/80 define hipertensão resistente. Antes de somar a quarta, confirme adesão, afira direito, revise AINE e descongestionante e investigue causa secundária — com apneia do sono à frente. Confirmada a resistência, a quarta droga é espironolactona.

Previsão #1

Geriatria e Demências

Primeiro separe delirium (agudo, flutuante, com desatenção e desencadeante) de demência (insidiosa e progressiva). Depois, o padrão: perda de memória episódica é Alzheimer, tratado com anticolinesterásico e memantina; declínio em degraus com fatores de risco vascular é demência vascular; parkinsonismo com alucinações visuais e flutuação cognitiva é corpos de Lewy, em que antipsicótico típico é contraindicado; mudança de comportamento ou linguagem em paciente mais jovem aponta demência frontotemporal.

Previsão #2

Diabetes

A pergunta inicial é se há insulinopenia: muito sintomático e perdendo peso começa com insulina e reavalia depois. Estável, MEV + metformina se TFG ≥30; risco cardiorrenal aumentado pede iSGLT2 independentemente da HbA1c, e com risco normal só associa segunda droga se HbA1c ≥7,5%. Guarde os vetos: metformina com TFG <30, GLP1-AR com TFG <15, e iSGLT2 causando ITU e cetoacidose euglicêmica. Sulfonilureia é a alternativa errada clássica.

Previsão #3

Insuficiência Cardíaca

Na descompensação, classifique por Stevenson antes de prescrever. Quente e úmido (perfil B) é o mais comum: se predomina redistribuição de fluidos, com pico hipertensivo e congestão pulmonar, a conduta é VNI e vasodilatador, com diurético judicioso — não é dobutamina. Frio e úmido (perfil C) é o mais grave e pede inotrópico se PAS <90. No crônico, ICFEr usa o quarteto; na ICFEp nenhuma droga reduz mortalidade, e iSGLT2 e finerenona reduzem apenas internação.

Previsão #4

Farmacodermias e Dermatoses

Classifique pela pele somada ao quadro sistêmico. DRESS: 2 a 6 semanas após anticonvulsivante aromático, sulfa ou alopurinol, com febre, exantema morbiliforme, edema facial, linfadenopatia, eosinofilia e lesão de fígado e rim — suspender a droga e corticoide só com órgão-alvo acometido. Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica são o mesmo espectro, com mucosas acometidas e descolamento: até 10% é SSJ, acima de 30% é NET. Pústulas sugerem PEGA.

Previsão #5

Artrites e Diagnósticos Diferenciais

Na crise de gota, não se inicia alopurinol: trata-se com AINE, colchicina ou corticoide e se suspende o tiazídico, que é desencadeante. Artrocentese com birrefringência negativa fecha o diagnóstico. Monoartrite com toxemia é artrite séptica (S. aureus); em jovem com relação desprotegida e tenossinovite, gonocócica, tratada com ceftriaxona. Poliartrite simétrica que poupa IFD é artrite reumatoide, iniciando metotrexato. Dor lombar inflamatória com HLA-B27: AINE.

Previsão #6

Pneumonias e Síndromes Gripais

A UNIFESP já pediu o CURB-65 calculado: confusão, ureia ≥43, FR ≥30, PAS <90 ou PAD ≤60 e idade ≥65. Zero a 1 é ambulatorial, 2 interna, 3 interna e 4-5 vai para UTI. PSI/PORT é o mais completo (I-II ambulatorial, III individualiza, IV-V interna). Ambulatorial sem comorbidade: amoxicilina, doxiciclina ou macrolídeo; com comorbidade ou internado, beta-lactâmico + macrolídeo ou fluoroquinolona. Derrame: Light para exsudato e a regra 1-2-3-4-5 para drenar.

Previsão #7

Hipertensão Arterial Sistêmica

Diagnóstico com PAS ≥140 e/ou PAD ≥90 em duas consultas; MAPA/MRPA ajuda, mas é dispensável se já houver LOA, DCV ou estágio 3. Monoterapia só em pré-hipertenso de alto risco, idoso >80 anos, frágil, hipotensão ortostática e estágio 1 de baixo risco; os demais começam com dupla terapia, preferindo IECA ou BRA somado a diurético ou BCC. Meta de PA <130/80. Se não controlar com três drogas em dose plena, a quarta é espironolactona

De olho na imagem

Se a imagem mostrar exantema morbiliforme com edema de face e linfonodomegalia 2 a 6 semanas após anticonvulsivante, sulfa ou alopurinol, pense em DRESS, que cursa com eosinofilia e lesão de fígado e rim.



Síndrome DRESS

Cirurgia Geral

Aposta #1

Estadiamento mediastinal no câncer de pulmão não pequenas células

- Invasivo se: linfonodo >1 cm na TC, captação no PET, tumor central ou >3 cm, N1 no PET; 1° passo: EBUS-TBNA; EBUS negativo + alta suspeita → mediastinoscopia; PET negativo + tumor periférico ≤3 cm → cirurgia direta; N2 confirmado → tratamento multimodal (neoadjuvância ou QT-RT); UNIFESP R1: 2024 (PET+ → biópsia), 2025 (N2 → não cirúrgico), 2026 (EBUS− → mediastinoscopia).

Aposta #2

Perioperatório (ACC/AHA 2024; SBD 2025)

Fármaco	Conduta
iSGLT2	Suspender 3–4 dias (cetoacidose euglicêmica)
Metformina	Manter até a véspera
Rivaroxabana/ apixabana	Suspender 1–2 dias; reiniciar em 24–72 h
Clopidogrel	Suspender 5 dias; manter AAS
GLP-1/ tirzepatida	Dose estável >12 sem: manter + dieta líquida 24 h; Escalonamento: suspender 7 d (semanal) ou 1 d (diário)
HBPM profilática	Iniciar 6–12 h pós-op; neuroeixo: ≥12 h da punção

Previsão #1

Cirurgia pediátrica: obstrução intestinal na infância

Doença	Pista	Exame	Conduta
Má rotação + volvo	Vômito bilioso súbito	EED: Treitz à direita, saca-rolhas; instável → cirurgia direta	Ladd de urgência (distorção, bandas de Ladd, apendicectomia)
Atresia duodenal	Bilioso nas 1ªs horas; Down	RX: dupla bolha	Duodeno-duodenostomia em diamante
Íleo meconial	Fibrose cística	RX: vidro moído	Enema hidrossolúvel; cirurgia se complicado
Hirschsprung	Mecônio >48 h; toque explosivo	Biópsia retal: sem células ganglionares	Abaixamento; atenção à enterocolite
Intussuscepção	6–36 meses; cólica; geleia de framboesa	US: alvo/ pseudorrim	Redução hidrostática ou pneumática
Hérnia diafragmática	Abdome escavado; MV abolido	RX: alças no tórax	IOT + SOG; nunca máscara

- Vômito bilioso no RN = volvo até prova em contrário
- Intussuscepção: cirurgia se peritonite/choque; >3 anos → buscar lesão-guia (Meckel, pólipo, linfoma)
- Hérnia diafragmática: correção eletiva após estabilização

Previsão #2

Trauma torácico

- Pneumotórax hipertensivo: diagnóstico clínico → descompressão no 2° EIC LH ou 4°/5° EIC LAM
- Hemotórax maciço: >1.500 mL, >200 mL/h por 2–4 h ou instabilidade → toracotomia
- Dreno fino (14 Fr) no pneumotórax; calibroso no hemotórax
- Tamponamento: tríade de Beck → janela pericárdica → toracotomia
- Lesão de aorta (RX)
  - Mediastino >8 cm, desvio da traqueia à direita, rebaixamento do brônquio esquerdo, fratura de 1ª/2ª arco; AngioTC → endoprótese + controle de FC e PA
- Escape aéreo persistente após drenagem → lesão traqueobrônquica → broncoscopia
- Tórax instável: analgesia + suporte ventilatório; contusão pulmonar define o prognóstico

Previsão #3

Anestesiologia

Hipnótico	Indicação/efeito
Etomidato	Estabilidade hemodinâmica; supressão adrenal
Cetamina	Choque e broncoespasmo
Propofol	Hipotensão; antiemético

- Hipertermia maligna: halogenado/succinilcolina → ↑EtCO2, rigidez, taquicardia → suspender gatilho + dantrolene 2,5 mg/kg
- Capnografia: queda abrupta = desconexão; queda progressiva = ↓débito cardíaco
- NVPO (Apfel) alto → anestesia venosa total
- Toxicidade de anestésico local → emulsão lipídica 20%

Previsão #4

Afecções urológicas benignas

- Ureterolitíase
  - <10 mm: terapia expulsiva (alfabloqueador); Febre + obstrução → desobstrução urgente (duplo J ou nefrostomia) + ATB
- Nefrolitíase (EAU)
  - <10 mm: LECO ou URS flexível; >20 mm: NLPC; polo inferior favorece NLPC
- HPB
  - Alfabloqueador → associar inibidor da 5α-redutase se próstata >40 g; Cirurgia: retenção refratária, ITU recorrente, litíase vesical, IRA; Retenção aguda: sondagem + alfabloqueador; Gestante: duplo J ou URS; LECO contraindicada

Previsão #5

Trauma abdominal

- Estável → TC
  - Baço/fígado: tratamento não operatório; Extravasamento de contraste → angioembolização
- Instável
  - FAST positivo → laparotomia; FAST negativo → buscar outra fonte (tórax, pelve, ossos longos); Controle de danos: Pringle, empacotamento, laparostomia; Sangramento hepático após Pringle → suspeitar de lesão retro-hepática
- Sinal do cinto + fratura de Chance → suspeitar de víscera oca; TC pode ser normal
- Transfusão maciça: escore ABC ≥2

Previsão #6

Cirurgia torácica: pleura e mediastino

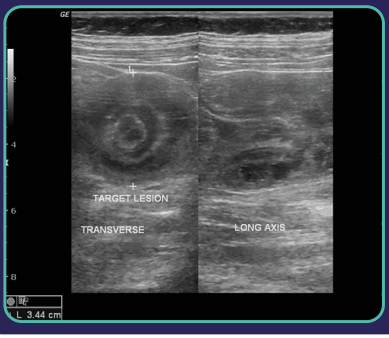
- Pneumotórax espontâneo primário
  - 1º episódio estável: observação, aspiração ou drenagem; Cirurgia (VATS: bulectomia + pleurodese): recidiva, contralateral, bilateral, escape aéreo >5 dias, hemopneumotórax; Frasco: borbulhamento = fístula aérea; oscilação = dreno pérvio
- Pós-pneumonectomia:
  - Cavidade com nível hidroaéreo = habitual; Queda do nível + tosse produtiva = fístula de coto
- Empiema
  - Exsudativo → drenagem; Fibrinopurulento → drenagem + fibrinolítico ou VATS; Organizado → decorticação; cavidade residual em debilitado → pleurostomia
- Massas mediastinais
  - Anterior: timoma, teratoma, linfoma, tireoide; Médio: cistos broncogênico e pericárdico; Posterior: tumores neurogênicos

Previsão #7

Hérnias da parede abdominal

- Inguinal
  - Homem pouco sintomático: conduta expectante aceitável; Mulher: via laparoscópica (femoral oculta); Femoral: sempre operar (alto risco de estrangulamento); Encarcerada <6 h sem sinais de isquemia, em paciente com múltiplas comorbidades → redução manual (taxis) e cirurgia eletiva precoce; Estrangulada → cirurgia de urgência
- Incisional
  - Tela obrigatória; Defeito >10 cm → separação de componentes; Otimizar antes: tabagismo, IMC, glicemia
- Umbilical no cirrótico: controlar ascite antes da correção
- Prevenção (fechamento da laparotomia)
  - Pequenos pontos (5 × 5 mm), fio monofilamentar de absorção lenta, relação fio:ferida ≥4:1

De olho na imagem



US de intussuscepção

- Corte transversal: sinal do alvo (anéis concêntricos)
- Corte longitudinal: pseudorrim
- Topografia: flanco/quadrante superior direito (ileocólica)
- US é o exame de escolha e guia a redução hidrostática
- Pior prognóstico para redução: líquido livre, ausência de fluxo ao Doppler
- Peritonite, perfuração ou choque → cirurgia

Pediatria

Aposta #1

Anafilaxia: Manejo

1ª linha	2ª/3ª linhas	Observação
Adrenalina intramuscular - 0,01 mg/kg! Elevar os membros; manutenção da volemia; oferecer O2	Corticosteroides - **prevenção da reação bifásica** Anti-histamínicos Beta-2 agonistas Refratariedade: adrenalina EV contínua	Mínimo de 6-8 horas Casos mais graves: 24-48 horas

Aposta #2

Doença falciforme: Complicação

Osteomielite

- Dor óssea, com edema e rubor
- Diagnóstico diferencial importante com crise vaso-oclusiva
- Locais mais acometidos: metáfises de ossos longos!
- TTO:
  - Hidratação;
  - Analgesia;
  - Antibiótico EV 4 a 6 semanas;
  - A cobertura deve contemplar *S. aureus* e *Salmonella sp.*

Previsão #1

Síndrome de aspiração meconial (SAM)

Conceito	Líquido amniótico meconial Obstrução + inativação de surfactante
Fatores de risco que aparecem na prova	RNT / RN pós-Termo Asfixia perinatal Insuficiência placentária
Quadro clínico	Desconforto respiratório **Precoce** e progressivo → tórax em barril Necessita de suporte ventilatório invasivo frequentemente Hipertensão pulmonar
Exame de imagem	Infiltrado grosseiro difuso; Áreas de atelectasia e hiperinsuflação Retificação de arcos costais Escape de ar (pneumotórax)
Tratamento	Suporte ventilatório: CPAP, ventilação mecânica Surfactante exógeno Na vigência de hipertensão pulmonar: óxido nítrico (NO) Antibiótico (?)

Previsão #2

Pneumonias e Sìndromes gripais

PNM típica	PNM atípica
Evolução rápida	Evolução arrastada
Estertoração	Sibilos
Padrão lobar	Padrão intersticial
Derrame pleural, bronquiectasias, pneumatoceles	Efeitos sistêmicos (artralgia, anemia hemolítica, neurológicos)
S. pneumoniae, *S. aureus*, *H. influenzae*	Vírus, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*

Previsão #3

Quando indicar antibioticoterapia no tratamento da diarreia?

1. Disenteria + queda do estado geral, ou
2. Cólera grave

< 10 anos / < 30 kg: Azitromicina
> 10 anos / > 30kg: Ciprofloxacino
Tratamento hospitalar: Ceftriaxone

Previsão #4

Tratamento da crise de asma - < 6 anos

Apresentação moderada

- Fala em frases, prefere sentar a deitar, não agitado
- FR ≤ 40/min
- Uso de musculatura acessória
- Sibilância expiratória ± inspiratória
- 1 entrada de ar (basal ou difusa)
- SpO2 (ar ambiente) ≥ 92%*
- PRAM 4-7

Iniciar tratamento

- Salbutamol 4-6 puffs + ipratrópio 4 puffs via pMDI + espaçador
- Iniciar corticoide
- Se necessário, repetir até 3× a cada 20-30 min
- **Oxigênio se sat < 92%**

Previsão #5

Marcos do DNPM:

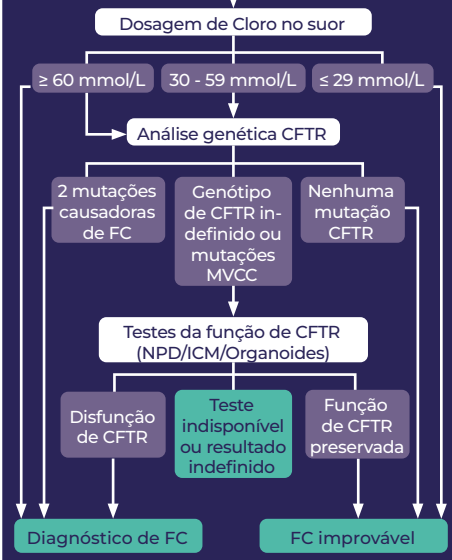
- 2 meses: reage a sons
- 4 meses: sustento cefálico e segue com o olhar até 180°
- 6 meses: rola no leito e procura objetos fora do alcance
- 9 meses: estranhamento social e senta sem apoio
- 12 meses: fica em pé, bate palmas, acena, pinça completa
- 15 meses: primeiras palavras, primeiros passos (sem apoio)
- 18 meses: anda sem apoio e nomeia objetos
- 24 meses: corre, sobe escadas, tira uma vestimenta

Previsão #6

Fibrose cística: diagnóstico

Apresentação clínica sugestiva de FC

- Triagem neonatal **positiva**
- Sinais e/ou sintomas
- História familiar de FC



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

Sangramento Pós-Menopausa

Causa mais comum: atrofia endometrial/vaginal; outras HDs: pólipo endometrial e câncer de endométrio.

- 1ª etapa: USG transvaginal.
  - Eco > 4-5 mm (sem TH) ou > 7-8 mm (com TH): biópsia de endométrio (Pipelle) ou histeroscopia com biópsia dirigida (padrão-ouro).
- Pólipo sintomático: polipectomia histeroscópica.

Aposta #2

Gestação Ectópica

Gestação ectópica (local mais comum: ampola tubária). Suspeitar com β-hCG positivo e sem SG na USTV (zona discriminatória: β-hCG ≥ 1.500 → tem que ver SG!).

- Metotrexato IM (conservador): estável, sem BCF, massa < 3,5 cm e β-hCG < 5.000. Controle no D4 e D7.
- Cirurgia (laparoscopia): instabilidade, rotura, BCF ou β-hCG alto.
- Fatores de risco: DIP, ectópica prévia, cirurgia tubária, endometriose.

Previsão #1

Rastreamento do Câncer de Colo Uterino

- População-alvo de 25 a 64 anos.
- DNA-HPV: repetir a cada 5 anos, se negativo.
  - 16/18 positivo: colposcopia (maior risco oncogênico, ~70% das lesões precursoras).
  - Outros HPVs oncogênicos (não-16/18+): citologia reflexa na mesma amostra → se alterada: colposcopia; se normal: repetir DNA-HPV em 1 ano.
  - Autocoleta é estratégia de acesso, mas não permite citologia reflexa.
- Citologia oncótica: repetição anual até 2 exames negativos, depois 3/3 anos. ASC-US repete em 12 meses se 25-29 anos, ou em 6 meses se ≥ 30 anos. LSIL repete em 6 meses se ≥ 25 anos. Outros resultados = encaminhar para a colposcopia.
- Imunossuprimidas: iniciar na sexarca, independente da idade. Qualquer DNA-HPV+ ou alteração citológica = colposcopia.
- Vacina HPV:
  - PNI: 9-14 anos - dose única.
  - Imunocomprometidos: 9-45 anos - 3 doses (0-2-6 meses).
  - NIC2+ tratada com excisão: 3 doses (0-2-6 meses) - até 12 meses após o tratamento.
  - VS: dose única, se 2 a 9 anos; 2 doses, se 9-14 anos; e 3 doses, se 15 a 45 anos.

Previsão #2

Tumores Malignos de Mama

- Mamografia: incidências de rotina = craniocaudal (CC) e médio-lateral oblíqua (MLO). A MLO inclui o músculo peitoral e a cauda axilar. Complementares: incidências absolutas, compressão localizada e magnificação (microcalcificações).
- Rastreamento: MS 50-74 anos, bienal; SBM/FEBRASGO 40-74 anos, anual.
- **BI-RADS:** 0: inconclusivo → complementar (USG, RM, incidências) / 1 e 2: negativo/benigno → rotina / 3: <2% → controle em 6 meses / 4 (A, B, C): 2-95% → biópsia / 5: >95% → biópsia / 6: câncer confirmado → tratamento
- Biópsias: Core biopsy (agulha grossa): método de escolha, guiada por USG (nódulos) / Mamotomia: a vácuo, útil em microcalcificações, guiada por MMG
- Perfis Imunohistoquímicos: se RE+ → hormonioterapia, se HER2+ → transtuzumabe, se tudo negativo (triplo negativo) → QTx

Previsão #3

Contracepção

- Hormonais combinados — Categoria 4 (contraindicação absoluta): enxaqueca com aura, tabagismo ≥35 anos, TEV prévio/atual, HAS grave, câncer de mama atual. Alternativa: progestagênio isolado ou LARC.
- **Puerpério** - progestagênio isolado (pílula, injetável, implante): pode iniciar imediatamente, compatível com lactação.
- **Puerpério** - DIU: Cobre ou LNG: inserção pós-parto imediata (até 48h) ou após 4 semanas. / Entre 48h e 4 semanas: Categoria 3. / Sepse puerperal: Categoria 4.
- LAM (amenorreia lactacional): amamentação exclusiva, amenorreia e <6 meses.
- Emergência: levonorgestrel até 72h ou DIU de cobre até 5 dias.
- GLP-1/GIP (ex. Tirzepatida/Mounjaro): lentifica o esvaziamento gástrico e reduz a absorção de contraceptivos orais → preferir métodos não orais ou uso de condom nas primeiras 4 semanas ou no aumento de dose. Semaglutida (Ozempic) → não interfere.

Previsão #4

Climatério

Terapia hormonal: sintomas vasomotores moderados/intensos, em mulheres <60 anos OU até 10 anos da menopausa (janela de oportunidade).

- Com útero: estrogênio + progestágeno (proteção endometrial). / Histerectomizada: estrogênio isolado (exceto se endometriose prévia) / Contraindicações absolutas: câncer de mama atual, TEV, AVC/IAM, sangramento genital não investigado, doença hepática ativa. Lúpus não é mais contraindicação absoluta. / Antes de iniciar: mamografia (até 1 ano), lipidograma e glicemia.

SGM (síndrome geniturinária da menopausa): 1ª linha = estrogênio vaginal local. Não exige progestágeno, mesmo com útero, e fica fora da janela. Aceito em câncer de mama, em casos selecionados.

Sem hormônio/Contraindicações: fezolinetanto, ISRS/IRSN, gabapentina.

Previsão #5

Incontinência Urinária e Prolapsos de Órgãos Pélvicos

IUE: perda de urina ao esforço (tosse, espirro), sem urgência, por hipermobilidade uretral (> 90cmH2O) ou deficiência esfincteriana (< 60cmH2O).

- 1ª linha: fisioterapia do assoalho pélvico (Kegel, biofeedback, eletroestimulação) e perda de peso. / Falha do conservador: sling de uretra média (TVT/TOT).

Bexiga hiperativa: urgência miccional, com ou sem perda, com polaciúria e noctúria.

- 1ª linha: terapia comportamental (diário miccional, treino vesical, restrição de cafeína) + fisioterapia. / Fármacos: anticolinérgicos (cuidado em idosas: efeitos cognitivos) ou mirabegrona (agonista β3). / Refratária: toxina botulínica ou neuromodulação sacral.

IU mista: tratar primeiro o sintoma predominante.

Previsão #6

Pré-Natal

- 1º trimestre: Hemograma e tipagem ABO/Rh (Rh negativo: Coombs indireto).+ Glicemia de jejum: ≥ 92 e < 126 mg/dL = diabetes gestacional; ≥ 126 = diabetes prévio / Sorologias: HIV, sífilis, hepatites B e C. / Toxoplasmose (IgG/IgM). / Urina tipo I e urocultura (bacteriúria assintomática deve ser sempre tratada) / TSH e T4l / USG obstétrica: datação (< 10 sem), morfo 1o trim (TN, DV e onda A → aval cromossomopatias), morfo 2o trim (organogênese) e 3o trim (crescimento fetal).
- Suplementação: AF → antes da concepção e até a 12ª semana / FeSO4 → risco de anemia / Cálcio → suplementação universal por deficiência dietética.

Previsão #7

Amenorreias e SOMP

SOMP: diagnóstico de exclusão. Rotterdam (2 de 3): oligo/anovulação, hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, acne) ou laboratorial, ovários policísticos à USG (≥ 20 folículos ou volume > 10 cm^3).

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

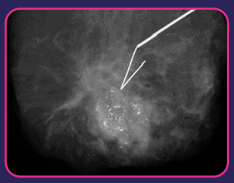
Tratamento

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

De olho na imagem

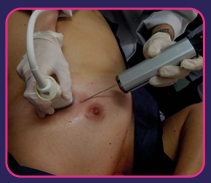
Atenção à **classificação BI-RADS:** **BI-RADS 0** indica avaliação complementar, com ultrassom de mamas, MMG com magnificação ou RM; **BI-RADS 1 e 2** = normal ou benigno; **BI-RADS 3** = achado provavelmente benigno, fazer controle em 6 meses; **BI-RADS 4** (suspeito) e **5** (sugestivo de malignidade) = biopsiar; **BI-RADS 6** = câncer confirmado.

Microcalcificações pleomórficas



Biópsia por **mamotomia** → Guiada por MMG (RX)

Nódulos palpáveis



Biópsia por ***core biopsy*** → Guiada por USG

Preventiva

Aposta #1

Tipos de Receituário

- **A1:** entorpecentes (morfina, fentanil).
- **A2:** codeína e tramadol >100 mg.
- **A3:** psicoestimulantes (metilfenidato, anfetaminas).
- **B1:** psicotrópicos (diazepam, alprazolam).
- **B2:** anorexígenos (sibutramina).
- **Controle especial (C, D etc.):** anticonvulsivantes, alguns hormônios, codeína e tramadol <100 mg, GLP-1 → receita comum em 2 vias, sem talonário.
- **2026:** receitas azuis e amarelas podem ser digitais.

Aposta #2

Vieses em Rastreamento

- **Viés de antecipação (lead-time):** o rastreio diagnostica mais cedo e a sobrevida parece maior, mas a morte ocorre na mesma data.
- **Viés de duração (length-time):** o rastreio detecta mais tumores de crescimento lento, de melhor prognóstico, e superestima o benefício.
- **Sobrediagnóstico:** detecção de doença que nunca causaria sintomas ou morte, levando a sobretratamento. Por isso, o benefício do rastreio se mede pela mortalidade, não pela sobrevida.

Previsão #1

Testes Estatísticos

1. Quali / quanti

Nº de Grupos	Pareamento	Dados Paramétricos	Dados Não-Paramétricos
2	Pareado	Teste t pareado	Wilcoxon
	Não-pareado	Teste t não pareado (Student)	Mann-Whitney U
≥3	Pareado	ANOVA (medidas repetidas)	Friedman
	Não-pareado	ANOVA	Kruskal-Wallis

2. Quali / Quali

Tamanho da Amostra	Teste
Muito pequena (< 5 em algum valor esperado)	Teste exato de Fisher
Grande (todos os valores esperados ≥ 5)	Teste Qui-quadrado (χ^2)

3. Quanti / Quanti

- Distribuição Normal?
  - Sim -> Correlação de Pearson
  - Não -> Correlação de Spearman

Previsão #2

Vieses dos Estudos

- **Unifesp:** O termo Viés de Informação inclui inclui qualquer erro na coleta, recordação, registro ou manejo de dados. Ex. aferição, memória, etc
- **Seleção:** amostra não representa a população, distorcendo a relação exposição–desfecho.
- **Confusão:** fator externo associado à exposição e ao desfecho cria falsa relação causal (ex.: café e IAM — confusão pelo tabagismo).
- **Memória:** em caso-controle, doentes lembram mais de exposições passadas.
- **Aferição:** erro sistemático na coleta de dados por instrumento ou observador.
- **Publicação:** tendência de divulgar resultados positivos e ocultar negativos.

Previsão #3

Saúde Indígena

Pegadinha: não incluir cultura e saber popular no cuidado / não saber que o DSEI é a unidade territorial estratégica.

- **Organização:** Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), no SUS.
- **Unidade funcional:** DSEI, descentralizado e autônomo, conforme história, geografia, cultura e política de cada povo.
- **Atenção local:** posto local de saúde
- **Referência:** Pólo-base, CASAI, média e alta complexidade.
- **Morbimortalidade:** infecções, desnutrição, mortalidade infantil; após contato com não indígenas, ↑DCNT e suicídio.

Previsão #4

Doxypep

Doxiciclina 200 mg em dose única

Tomar em até 72 horas após a relação sexual desprotegida (idealmente nas primeiras 24 horas)

Não ultrapassar 200 mg por dia

Infecções com evidência de redução:

- **Sífilis e clamídia**

E a gonorreia? Ficou fora da recomendação oficial por eficácia menor (devido à resistência)

Indicação: HSH e mulheres trans com histórico recente de IST bacteriana (últimos 12 meses)

Previsão #5

Teste imunoquímico fecal

Substitui o teste de sangue oculto nas fezes pelo método de guaiaco (g-FOBT) como estratégia preferencial de rastreamento.

- **Periodicidade:** a cada 2 anos
- **Quem rastrear:** adultos dos 50 aos 75 anos (grau A de recomendação)
- **E se o FIT der positivo?** Realizar colonoscopia para investigação diagnóstica.
- **Por que mudou?** O FIT apresenta maior aceitabilidade e viabilidade, além de menor proporção de resultados falso-positivos e falso-negativos em comparação ao g-FOBT.

Previsão #6

Medidas de Efeito

Redução do Risco Relativo (RRR) - Eficácia	Percentual de redução do risco no grupo tratado em relação ao controle.	RRR = 1 - RR
Redução absoluta do risco (RAR)	Diferença direta entre os riscos dos grupos controle e tratado.	RAR = Rc − Rt
Número necessário para tratar (NNT)	Quantos pacientes precisam ser tratados para evitar 1 evento.	NNT = 1 ÷ RAR

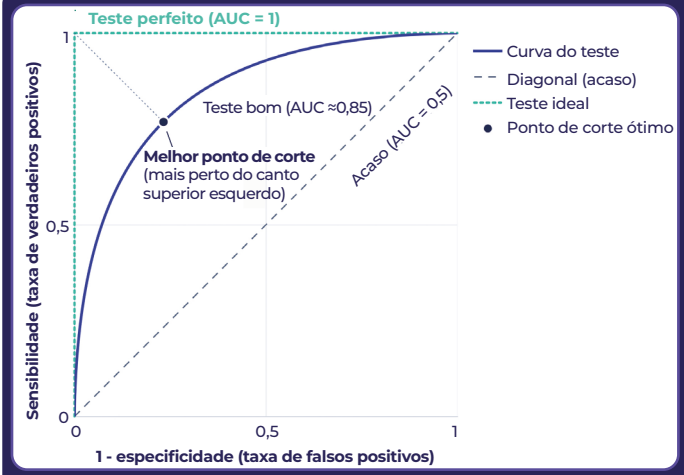
(Rc = risco no controle; Rt = risco no tratado)

Previsão #7

Decreto 7508/2011

- **Região de saúde:** espaço geográfico contínuo de municípios limítrofes, com identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e transporte comum, para integrar o planejamento e as ações de saúde.
- **Rede de atenção:** serviços articulados em complexidade crescente, garantindo integralidade.
- **5 serviços mínimos:** APS, urgência e emergência, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde.
- **4 portas de entrada:** APS, urgência e emergência, psicossocial e especiais de acesso aberto.

De olho na imagem



- AUC (área sob a curva ROC) = acurácia global: 1 = perfeito; 0,5 = acaso (diagonal); quanto maior, melhor.
- Melhor ponto de corte: o mais próximo do canto superior esquerdo.
- Comparar testes: curva mais alta e à esquerda (maior AUC) discrimina melhor.

Eles chegaram lá. E têm um recado pra você.

+20.000 aprovações *em todo o Brasil*

61% dos **aprovados Unifesp** são Medway

+3.000 aprovações *em primeiros lugares*



"A Medway foi essencial, não só nas minhas aprovações, mas também na minha formação como médica! A plataforma é super intuitiva, me ajudou a construir uma base sólida durante o internato e, depois, a direcionar os estudos para minhas principais provas."

Laura Santana Costa
Aprovada em **1º lugar em Radiologia e Diagnóstico por Imagem na Unifesp**

"Sou uma das maiores fãs da Medway e não poderia deixar de compartilhar o quanto o cursinho foi essencial para minhas aprovações. A plataforma excepcional me ajudou a focar no que realmente era importante para minhas instituições prioritárias."

Mariana Carvalho de Castro Melo
Aprovada em **2º lugar em Pediatria na Unifesp**





"A princípio, escolhi a Medway pelas aulas presenciais, mas ao longo do ano percebi que ela oferece muito mais. O cronograma individualizado e a organização da plataforma foram um grande diferencial, assim como as aulas completas dos extensivos e o intensivo, que foi um divisor de águas na minha preparação."

Ellen Vitória de Queiroz Munin
Aprovada em **2º lugar em Medicina da Família e Comunidade na Unifesp**

Vai prestar R+?

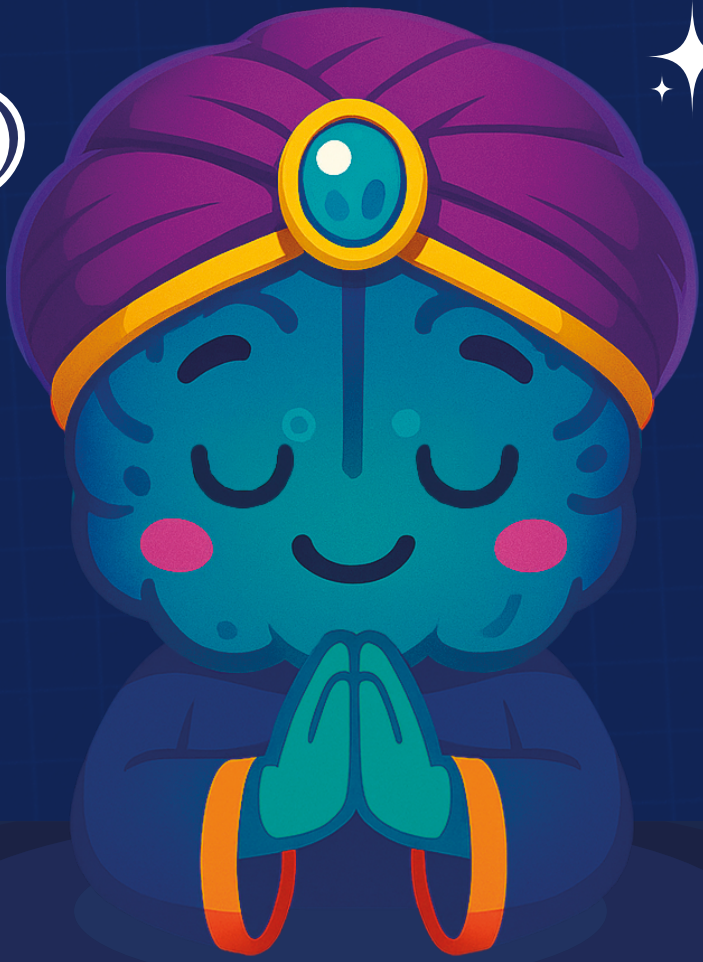
Escaneie o QR Code e acesse o Medway Radar. **Pesquise o nome da instituição ou da prova e baixe o arquivo digital das Previsões MedBrain.** Você também encontra por lá os materiais de R1.

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