

REVALIDA 2016

Prova discursiva

QUESTÃO 01

Um homem com 55 anos de idade, interessado em fazer exames “de rotina”, procura ambulatório de Clínica Médica por estar preocupado com sua saúde, pois acha que “tem relaxado” nos últimos anos. Está assintomático e relata ganho ponderal, em parte explicado pelo seu sedentarismo. Ele nega tabagismo, mas diz que bebe regularmente cerveja, especialmente nos finais de semana. Refere que “come de tudo”, sem restrições. Sua mãe é portadora de diabetes melito do tipo 2 e seu pai tem histórico de infarto agudo do miocárdio. Ao exame físico, o paciente apresenta-se normocorado, hidratado e eupneico, com índice de massa corporal = 35 kg/m²; pressão arterial = 140 x 90 mmHg; frequência cardíaca = 88 bpm. Não se observam alterações significativas na ausculta pulmonar e cardíaca do paciente, constantando-se, ainda, fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e ausência de edemas ou alterações neurológicas significativas.

Com base na história clínica e nos achados do exame físico do paciente, faça o que se pede nos itens a seguir.

- a) Identifique a hipótese principal de diagnóstico e cite outra avaliação, realizada no âmbito do exame físico, que pode contribuir para confirmar o diagnóstico do paciente. (valor: 2,0 pontos)
- b) Cite três exames complementares laboratoriais a serem solicitados para confirmar o diagnóstico. (valor: 2,5 pontos)
- c) Descreva cinco orientações e recomendações que devem ser fornecidas ao paciente já no primeiro atendimento. (valor: 3,5 pontos)
- d) Explícite os esclarecimentos que devem ser fornecidos ao paciente sobre possíveis riscos à sua saúde, uma vez confirmado o diagnóstico. (valor: 2,0 pontos)

PADRÃO DE RESPOSTA

a) O diagnóstico é síndrome metabólica. Deve ser realizada a medida da circunferência abdominal, e o achado de medida superior a 102 cm corrobora o diagnóstico de síndrome metabólica.

b) Para confirmar o diagnóstico de síndrome metabólica, são necessários os seguintes exames laboratoriais:

- Colesterol HDL < 40 mg/dL; Triglicerídeos ou Triglicérides ≥ 150 mg/dL; glicemia de jejum ou glicose sérica de jejum ≥ 100 mg/dL.

- lipidograma, desde que o participante relate especificamente os valores de colesterol HDL e triglicérides acima mencionados. Aceita-se teste de tolerância à glicose ≥ 140 mg/dL < 200 mg/dL.

- Podem ser citados também os seguintes exames: dosagens de ácido úrico, provas de função hepática, microalbuminúrica, proteína C reativa, apoB (apolipoproteína B), fibrinogênio, desde que os parâmetros definidores de síndrome metabólica e seus resultados tenham sido mencionados.

c) Encorajar mudanças de estilo de vida, tais como:

- perda ponderal ou redução de peso ou redução de 7 a 10 % de peso em um ano;

- dieta com restrição calórica, pobre em carboidratos e rica em frutas, vegetais, grãos, carnes magras (frango e peixe); redução da ingestão de gorduras saturadas, gorduras trans e colesterol;

- atividade física com início gradual para minimizar lesões, 30 minutos ou mais de exercícios de moderado impacto (diários ou pelo menos 5x/semana);
- redução de ingestão de sal ou redução da ingestão de sódio ou dieta hipossódica ou restrição de sal;
- redução da ingestão de álcool ou moderação de álcool ou restrição de álcool ou abstenção de álcool.

d) O diagnóstico de síndrome metabólica está associado a:

- risco aumentado de doença cardiovascular aterosclerótica ou doença cardiovascular ou infarto agudo do miocárdio ou doença coronariana ou acidente vascular cerebral;
- risco aumentado de desenvolvimento de *diabetes mellitus* do tipo 2 ou *diabetes mellitus* do adulto ou *diabetes mellitus* ou intolerância à glicose.

Referências Bibliográficas:

ECKEL, R.H. The Metabolic Syndrome. In: LONGO, D.L.; FAUCI, A.S.; KASPER, D.L.; HAUSER, S.L.; JAMESON, J.L.; LOSALSO, J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 18th Edition. Mc Graw-Hill Companies Inc, 2012. P. 1992-97.

GRUNDY, S.M.; CLEEMAN, J.I.; DANIELS, S.R. et al. Diagnosis and Management of Metabolic Syndrome. An American Heart Association / National Heart, Lung and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, 2005; 112:2735-2752.

QUESTÃO 02

Uma Unidade de Atendimento Médico Móvel Avançada (UTI móvel) foi acionada para atendimento das vítimas de acidente envolvendo colisão de um veículo de passeio com uma árvore. A cena do acidente apresenta um carro de passeio com para-brisa íntegro e deformidade de cerca de 35 cm na lateral, do lado do motorista, sem sinais de vazamento de combustível ou princípio de incêndio; há, ainda, uma árvore caída junto ao carro. Ao lado da porta do passageiro, há um homem com cerca de 50 anos de idade em óbito e, no banco do motorista, encontra-se um homem com cerca de 30 anos de idade, com o cinto de segurança afivelado, que se queixa de moderada dor torácica do lado esquerdo à inspiração, dispneia leve e dor intensa no membro inferior esquerdo. Ao exame físico apresenta dor à palpação torácica do gradeado costal esquerdo; ausculta pulmonar simétrica; frequência respiratória = 26 irpm; pressão arterial sistólica = 85 mmHg; frequência cardíaca = 130 bpm; oximetria de pulso com saturação de oxigênio = 92% em ar ambiente; escore da escala de coma de Glasgow = 13; pupilas isocóricas e fotorreagentes; enchimento capilar maior que dois segundos; deformidade no braço esquerdo; e ferimento de aproximadamente 20 cm na coxa esquerda com sangramento venoso significativo.

Considerando o atendimento inicial do traumatizado na cena e a sistematização desse caso clínico a ser realizada pela equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, faça o que se pede nos itens a seguir.

- a) Descreva a sequência de passos a serem seguidos para a avaliação da cena e da cinemática do trauma, antes do atendimento direto aos pacientes. (valor: 2,5 pontos)
- b) Cite 5 potenciais lesões traumáticas esperadas para o paciente, a partir da avaliação da cinemática do trauma. (valor: 2,5 pontos)
- c) Descreva a sequência da avaliação primária do atendimento ao paciente (ABCDE), definindo a conduta a ser adotada em cada etapa da sistematização. (valor: 3,0 pontos)
- d) Considerando os critérios de triagem no atendimento pré-hospitalar, cite os indicadores de gravidade presentes nesse cenário e o nível de assistência (primária, secundária e terciária) a ser informado à Central de Regulação de Urgência. (valor: 2,0 pontos)

PADRÃO DE RESPOSTA

a) A avaliação da segurança da cena deve ser a primeira prioridade do profissional e deve anteceder o início da abordagem do paciente. A resposta deve conter os seguintes passos:

- Passo 1: Qual é a cena do acidente?
- Passo 2 : Para onde a situação pode evoluir?
- Passo 3: Como controlar a situação?

Após a avaliação dos três passos a cena do acidente pode ser classificada como segura ou insegura. No caso, a cena é considerada segura, tendo havido uma grande transferência de energia devido ao impacto lateral do lado da vítima com deformidade significativa (35 cm) do veículo, óbito em cena; e assim, a equipe pode realizar o atendimento da vítima rapidamente.

b) Considerando o impacto lateral do lado do motorista, podem ser citados 5 das seguintes lesões traumáticas: 1) TCE; 2) fratura de coluna cervical; 3) trauma torácico (desde fraturas com ou sem contusão pulmonar, hemo/pneumotórax e tórax instável); 4) trauma de grandes vasos (rotura de aorta); 5) trauma abdominal (principalmente lesão de baço ou fígado); 6) fratura ou luxação de quadril; 7) fratura de fêmur, tibia/fíbula e/ou de tornozelo/pé; 8) fratura de MMSS.

c) A - Via aérea: está pérvia devido à verbalização do paciente (escore de Glasgow = 13) + fornecimento de dispositivo de liberação de oxigênio (de preferência máscara com reservatória a 10-12 litros/minuto) + colocação do colar cervical.

B - Ventilação: devido à normalidade inicial do exame físico torácico e à saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente, não há medida a ser tomada.

C - Circulação: deverá ser feita a compressão do ferimento da coxa esquerda para controlar o sangramento e, considerando-se os sinais de choque, deve-se realizar a punção de duas veias periféricas de grosso calibre e infusão limitada de cristalóide (1 a 2 litros).

D - Estado neurológico: com o escore de Glasgow = 13 e pupilas isocóricas e fotorreagentes, não há medida a ser tomada.

E - Exposição: deve-se avaliar as fraturas do membro superior e inferior para saber se são expostas e imobilizá-las, garantindo-se que o paciente fique aquecido.

d) Existem critérios de triagem fisiológicos (choque circulatório - pressão arterial sistólica < 90 mmHg), anatômicos (lesão proximal de ossos longos - fêmur esquerdo) e biomecânicos (deformidade do veículo igual ou maior que 30 cm e óbito de um dos ocupantes do veículo na cena). A equipe de atendimento pré-hospitalar deve atender o paciente o mais rapidamente em cena visto que o trauma grave é uma doença cirúrgica e necessita de encaminhamento para hospital de referência terciária.

Referências bibliográficas:

SIMÕES, R.L.; NETO, C.D.; MACIEL, G.S.B.; FURTADO, T.P.; PAULO, D.N.S. Atendimento pré-hospitalar às múltiplas vítimas com trauma simulado. Ver. Col. Bras. Cir. 2012; 39(3): 230-237.

CHIARA, O; CIMBANASSI, S. Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave. Rio de Janeiro: Ed Elsevier, 2009.

Uma mulher com 20 anos de idade e vida sexual ativa, nuligesta, é encaminhada ao serviço de referência hospitalar por ter sido vítima de estupro há cerca de 4 horas. Relata que não conhecia o agressor e que houve penetração vaginal sem uso de preservativo. Informa também que não faz uso de métodos contraceptivos e não lembra da sua situação vacinal. O exame geral e o exame ginecológico não revelam traumatismos físicos, genitais ou extragenitais.

Considerando a abordagem integral dessa paciente, elabore um plano de cuidado que contemple as dimensões que devem fazer parte do atendimento inicial, com vistas à prevenção e ao tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. (valor: 10,0 pontos)

PADRÃO DE RESPOSTA

O examinando deverá abordar em sua resposta as cinco dimensões a seguir.

1. Aspectos éticos e legais:

- Necessidade de notificação compulsória – preenchimento da “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”.
- Encorajar a mulher a fazer o registro policial da agressão na Delegacia da Mulher (Boletim de Ocorrência) e informá-la sobre o significado do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência. Deve-se sugerir encaminhamento aos órgãos competentes, Delegacia de Polícia ou Delegacia de Proteção à Mulher, responsáveis pela requisição de perícia pelo Instituto Médico Legal.
- Rigoroso cumprimento dos princípios de sigilo, ética e segredo profissional: a possibilidade de diagnosticar a situação deve ser valorizada pelo profissional, fazendo as perguntas adequadas e investigando hipóteses diagnósticas. O compromisso de confidência é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, anotações, e a adequação da comunicação entre a equipe. Assumir o princípio de presunção de veracidade, ou seja, não duvidar do relato da paciente e nem fazer julgamentos.

2. Apoio psicossocial:

- Necessidade de abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar;
- Facilitar o acesso da mulher à rede de apoio e proteção;
- Acolhimento e escuta qualificada;
- Encaminhamento para atendimento psicológico individual;

3. Prevenção de gravidez indesejada: esquemas de anticoncepção de emergência.

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos dose única
Primeira Escolha	1,5 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE	AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos cada 12 horas – total de 4 comprimidos
Segunda Escolha	AHOC com 0,03 Mg de etinil-estradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	4 comprimidos cada 12 horas – total de 8 comprimidos

4. Profilaxia das DST's virais – Hepatite B e HIV:

- Como a paciente não lembra do status vacinal, está indicada a profilaxia com vacina e imunoglobulina, conforme o quadro.

Imunoprofilaxia da Hepatite B

VACINA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em deltóide 0, 1 e 6 meses após a violência sexual
Imunização ativa

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

0,06 ml/Kg
Aplicar IM em glúteo dose única
Imunização passiva

Fonte: (CGPNI/SVS/MS 2006)

Para a profilaxia para o HIV, considerar o seguinte:

- necessidade de avaliação do status sorológico da paciente para a decisão quanto à indicação de terapia antirretroviral (TARV).

- caso a triagem para o HIV seja NEGATIVA está indicada a TARV por 28 dias.

A recomendação atual do Ministério da Saúde do Brasil para o esquema de primeira escolha é: tenofovir + lamivudina (3tc) + atazanavir/ritonavir, contudo, não é exigido do examinando a descrição dos nomes e/ou doses das drogas, sendo suficiente referir a necessidade de tarv combinada (três classes de drogas), por 28 dias.

5. Profilaxia das DST's não virais - sífilis, gonorreia, clamídia

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	1,2 milhão UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única
Ceftriaxona	250mg	IM	250mg, dose única
Azitromicina	500mg	VO	02 comprimidos, dose única

* Esse esquema pode ser utilizado durante a gestação. ** Gestantes devem usar ceftriaxona.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especial à penicilina, deve-se utilizar alternativa de profilaxia. As drogas de primeira escolha poderão ser substituídas por alternativas em caso de contraindicação, conforme o quadro a seguir.

Esquema alternativo para a profilaxia das DST não-virais.

Medicação	Adultos	Crianças e adolescentes
Estearato de eritromicina*	500mg, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis) OU 7 dias (clamídia)	50mg/kg/dia, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis/clamídia)
Ciprofloxacina**	500mg, VO, dose única	Contra-indicado

*O uso da eritromicina pode acarretar significativos efeitos colaterais, como intolerância gastrointestinal. **contra-indicada em grávidas. Fonte: (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

Sífilis: Penicilina G Benzatina 1,2 milhão UI em cada glúteo, intramuscular.

Gonorréia: Ceftriaxona, 500mg, 1 ampola, intramuscular, dose única.

Clamídia: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral, dose única.

A prescrição de Metronidazol 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única; para a prevenção de tricomoníase deve ser postergada devido a prescrição de levonorgestrel, segundo recomendação do ministério da saúde.

Referência Bibliográfica:

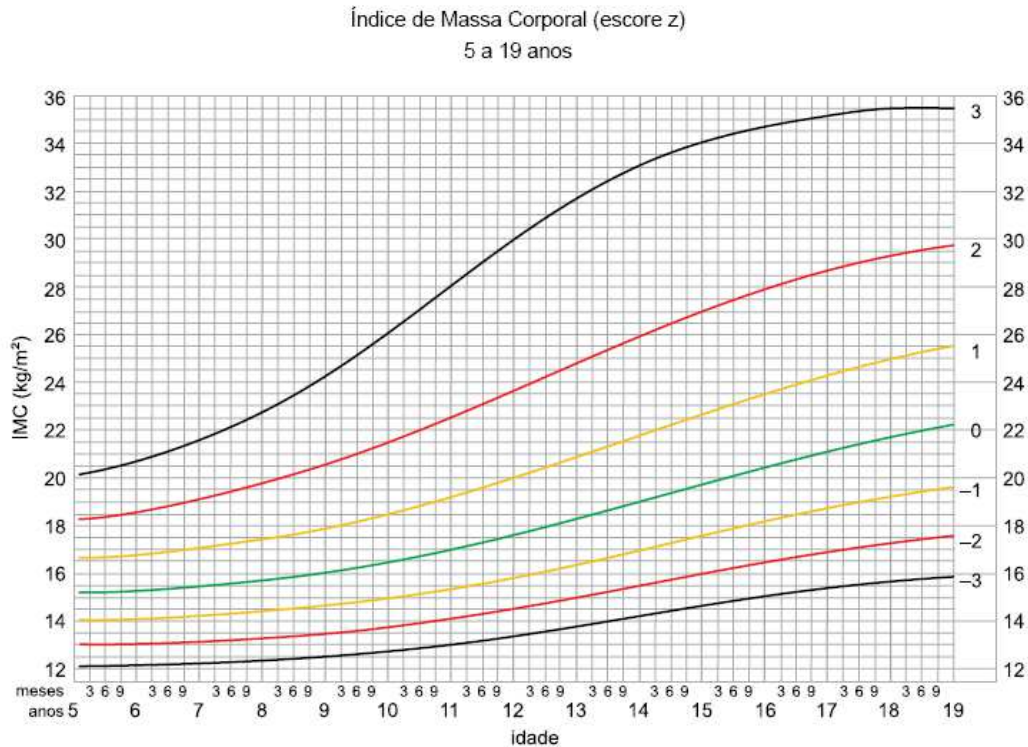
Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) – Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>> Acesso em: 13 jun. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: 2012.

QUESTÃO 04

Uma criança do sexo masculino, com 9 anos e 6 meses de idade, é atendida em consulta de retorno agendada na Unidade Básica de Saúde. A mãe nega queixas e comorbidades e refere que na consulta anterior foram solicitados exames laboratoriais (glicemia de jejum, perfil lipídico e aminotransferases), ainda não realizados. Como a criança frequenta a escola pela manhã e fica com a avó no período da tarde, a mãe não sabe detalhar a alimentação diária do filho. A criança apresenta sinais vitais e exame físico segmentar normais; altura = 1,30 m e peso = 43 kg.



Considerando o caso descrito e o gráfico de crescimento acima, faça o que se pede nos itens a seguir.

- Qual é o diagnóstico nutricional dessa criança? Justifique sua resposta. (valor: 3,0 pontos)
- Quais orientações dietéticas devem ser fornecidas? (valor: 3,0 pontos)
- Descreva as outras orientações que devem ser dadas. (valor: 4,0 pontos)

PADRÃO DE RESPOSTA

a) O diagnóstico nutricional dessa criança é de obesidade. Pode-se aceitar obesidade grave, considerando que o escore Z ficou exatamente sobre a linha +3. Justificativa: deve-se calcular o IMC e o escore Z. O valor do IMC dessa criança é igual a 25,4 kg/m² e o escore z próximo de +3.

b)

- Promover alimentação saudável com aumento de frutas, vegetais e cereais.
- Substituir laticínios integrais por baixos teores de gordura.
- Limitar o consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar.
- Evitar e limitar o consumo de refrigerantes, somente em festas e outras comemorações.
- Estabelecer e respeitar os horários das refeições.
- Incentive as refeições a serem feitas em local tranquilo, sem a interferência de televisão, videogame ou computador.

7 - Nas refeições ofereça um copo de suco natural, no máximo, e não de caixinha, pelo teor alto de açúcar.

8 - Sanduíches são permitidos, desde que preparados com alimentos com baixo teor de gordura e sódio, ex: ricota e light.

9 - Para aumentar a ingestão hídrica, incentive a levar sempre uma garrafinha de água na escola e em suas demais atividades, e ter como meta beber duas garrafinhas durante o dia.

10 - Utilize pratos prontos apenas duas vezes por semana. Quando utilizar produtos semi-prontos, asse-os sempre no forno em vez de fritar.

11 - Não ofereça sobremesas lácteas logo após as refeições. Espere pelo menos uma hora, pois o cálcio contido nessas sobremesas interage com o ferro consumido na refeição, prejudicando a absorção de ambos. Oferecer fruta como sobremesa.

12 - Retire o saleiro da mesa.

13 - Diminuir o tamanho das porções dos alimentos.

c) Devem ser fornecidas as seguintes orientações:

- Estimular gasto energético a partir da saída do comportamento sedentário, envolvendo família e atividade deve ser lúdica. Nesta idade de pré-adolescência e com o diagnóstico de obesidade, a atividade deve ser Física – moderada a vigorosa. Deve-se orientar a família a procurar uma escolinha de esportes, muitas recebem apoio de organizações como Escola, Associação de Moradores, Igreja ou clubes.

- Essas orientações devem ser dadas à criança e aos familiares, especialmente a avó, para mudança de hábito saudável e marcar retornos breves com pediatra e se na unidade de saúde contemplar, seguimento multiprofissional. Abordar as dificuldades encontradas nos retornos e estabelecer metas a serem cumpridas e não se esquecer de estimular a autoestima e parabenizar as mudanças realizadas.

- São exemplos de respostas possíveis:

1 - atividades de lazer no final de semana com a família, se tiver cachorro, passear com ele e se tiver bicicleta.

2 - Pular corda e atividades com colegas – jogos.

3 - Diminuir tempo de televisão e vídeo game por 2 horas no dia.

4 - Se escola perto de casa preferência por caminhar com responsável.

5 - Se morar em apartamento subir e descer escadas.

Comissão do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomenda que as crianças em idade escolar participem pelo menos 60 minutos por dia de atividade física moderada a vigorosa, que para seu desenvolvimento é adequada e agradável.

Esses 60 minutos de atividade física diária devem incluir atividades que fortalecem músculos e ossos em pelo menos três dias por semana. A atividade pode ocorrer no contexto de brincadeiras, jogos, esportes, trabalho, transporte, recreação, educação física.

6 - Incentivar a criança a ajudar nas tarefas domésticas que exigem atividade física, tais como: jardinagem, lavar a louça, arrumar a cama, organizar brinquedos.

7 - Incentivá-la a fazer intervalos de cinco minutos “para se alongar” a cada 30 minutos que passe parada (como diante da televisão, do computador, fazendo o dever de casa).

Referência bibliográfica: Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 2ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2012.

Referência bibliográfica:

NEUMANN, C. R. et al. Obesidade. In: Gusso, G. et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1417-1427.

QUESTÃO 05

Uma mulher com 25 anos de idade, casada há um ano, vem à consulta médica de rotina na Unidade Básica de Saúde, com o objetivo de realizar uma revisão de saúde. Informa que se sente bem, não tem comorbidades e apresenta cartão de vacinas atualizado. Diz querer realizar uma bateria completa de exames, tais como: teste ergométrico, ultrassonografia total de abdome e tomografia de crânio. Relata sentir dor de cabeça esporádica associada a longos períodos sem se alimentar. Informa fazer uso de analgésicos, manter relações sexuais protegidas e ter realizado exames laboratoriais de sangue e urina há 3 meses, sem alterações. Exame físico sem alteração e pressão arterial = 120 x 80 mmHg.

Considerando o caso acima descrito, responda as questões a seguir.

- a) Que perguntas devem ser feitas à paciente em relação a sua vontade de realizar exames? (valor: 2,0 pontos)
- b) No que se refere à prevenção quaternária, que orientações devem ser dadas à paciente em relação à solicitação de exames? (valor: 4,0 pontos)
- c) Em relação à prevenção quaternária, qual é a conduta médica adequada ao caso? (valor: 4,0 pontos)

PADRÃO DE RESPOSTA

a) Três perguntas poderão ser formuladas:

- Por que você deseja fazer todos esses exames?

- Como você acha que os exames poderão contribuir para sua saúde?

- Como ou por que você entende que esses exames poderão detectar risco para sua saúde?

b) Itens que devem estar presentes na resposta:

Hoje em dia há uma tendência de se superestimar o benefício da realização de exames e solicitá-lo mais do que o necessário. Os médicos, em alguns casos, solicitam exames “por via das dúvidas”, ou “de rotina”, ou, ainda, por dificuldade ou insegurança na definição de diagnóstico decorrente de quadros clínicos inespecíficos, frequentes na atenção primária à saúde. Há interesses econômicos de indústrias e pressão da mídia em relação à realização desses exames. É fácil entender que a prática médica daí derivada desembocará em uma avalanche de exames complementares.

Explicar que muitos exames pedidos desnecessariamente, poderão acarretar mais prejuízos que benefícios, como: falsos positivos, achados casuais, situações limítrofes, desvios do raciocínio clínico, sobrediagnósticos e efeitos deletérios.

Devem ser consideradas as características técnicas dos testes diagnósticos, como a especificidade, a sensibilidade, o valor preditivo. Assim como a frequência (e/ou prevalência) das doenças e agravos nas populações.

c) A conduta adequada na perspectiva da prevenção quaternária seria orientar a paciente em relação aos riscos do excesso de exames, tranquilizá-la em relação a seus sintomas e à ausência de sinais de patologias ou gravidade, solicitar um diário de dor para acompanhamento da cefaleia e orientar fracionamento da alimentação, além de orientar coleta de citologia oncológica, seguindo protocolo de rastreamento para câncer de colo.

Referência bibliográfica:

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, Set. 2009 Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 16 jun. 2016.