

3. PROGNÓSTICO: EVOLUÇÃO DE UM QUADRO CLÍNICO

Assim como toda doença tem um passado, também o seu futuro merece ser olhado. Estes aspectos evolutivos de um quadro clínico são compreendidos pelo termo *prognóstico*.

Em nossos tempos modernos, o prognóstico não mais recebe o merecido destaque, mas este descaso não é preconcebido. Faz parte de um inconsciente mecanismo de defesa de que se lança mão: dar margem a especulações deste gênero equivaleria a uma confissão tácita de que uma doença tem a sua evolução predeterminada, que nem sempre a Medicina se mostra capaz de modificar os rumos da natureza.

Em outras épocas, porém, o prognóstico fazia parte do currículo médico e não era vergonhosa para a profissão uma aceitação fatalista da evolução natural das enfermidades. Os trechos abaixo foram traduzidos (com uma certa liberdade na redação) do Livro de Prognósticos, de Hipócrates:

“Nas doenças agudas, não é com segurança que se pode decidir entre o prognóstico de morte e aquele de recuperação”.

“Em casos de pneumonia, um escarro amarelo misturado com pequena quantidade de sangue não só é salutar mas muito benéfico, se ocorrer no princípio de uma enfermidade; mas é menos favorável o prognóstico se isto acontecer no sétimo dia, ou ainda mais tarde.”

“Geralmente se morre de tétano dentro de quatro dias, mas, se o paciente sobreviver a este período, geralmente se recupera.”

“Pessoas que por natureza são muito obesas, tendem a morrer mais cedo do que aquelas que forem mais delgadas.”

“Em todas as doenças agudas, mas sobretudo na pneumonia, trata-se de um mau sinal se o paciente, no acme de sua enfermidade, preferir a posição sentada.”

Desde então a Medicina evoluiu, e em muitas enfermidades não mais temos que nos resignar ao papel de passivos espectadores. Mesmo assim, a sensata prática da Medicina exige que demos atenção ao prognóstico, não só para alcançar uma atitude de sã humildade diante dos problemas ainda insolúveis, mas a-fim-de ensinar moderação na orientação dos quadros clínicos que têm solução. Mesmo nos dias de hoje, não seria tão mau, pelo menos em determinadas situações, deixar a natureza seguir seu próprio curso.

PACIENTE n.º 5: A. G. S. 47 anos, sexo feminino, prendas domésticas.

Há dois dias tem rouquidão constante como único sintoma. Esta queixa não foi precedida por esforço no uso da voz, nem a paciente se refere a outros sintomas sugestivos de moléstia infecto-contagiosa (embora o freqüente uso do lenço sugira ao médico que a paciente esqueceu de mencionar a coriza). A paciente nega ser fumante.

A. G. S. realmente estava afônica, e teve que sentar-se encostada à mesa do médico para se fazer entender. Afora isto, o exame físico nada revelou de anormal, exceto quanto à existência de um pequeno linfonodo no triângulo posterior do pescoço, do lado direito.

Tratava-se de uma paciente obesa, mas com excelente aspecto geral. Sua pressão arterial era de 145 x 100.

A rouquidão é tanto sinal como sintoma, e sua causa consiste numa alteração na morfologia ou na mobilidade das cordas vocais. Se bem que o diagnóstico possa ser previsto com certa fidelidade, através da história clínica do paciente, só a *laringoscopia*, a visualização direta das cordas vocais, permite o diagnóstico definitivo. Mas há dois obstáculos à realização rotineira deste exame:

Não se trata de uma manipulação tão cômoda como, por exemplo, a ausculta do coração, ou a tomada de uma pressão arterial.

Em segundo lugar, a laringoscopia exige do médico bastante habilidade técnica e suficiente capacidade de interpretação, para tirar do exame o máximo proveito. Não é todo o médico que sabe fazê-la (Fig. 11).

É possível chegar a uma conduta acertada no caso de A. G. S., sem pedir a laringoscopia?

O Quadro V enumera as causas mais freqüentes de rouquidão, bem como o tipo de sua evolução, e isto talvez permita responder à pergunta anterior.

A “probabilidade” citada na tabela é função da freqüência com que se observam estes diferentes fatores etiológicos (recurso

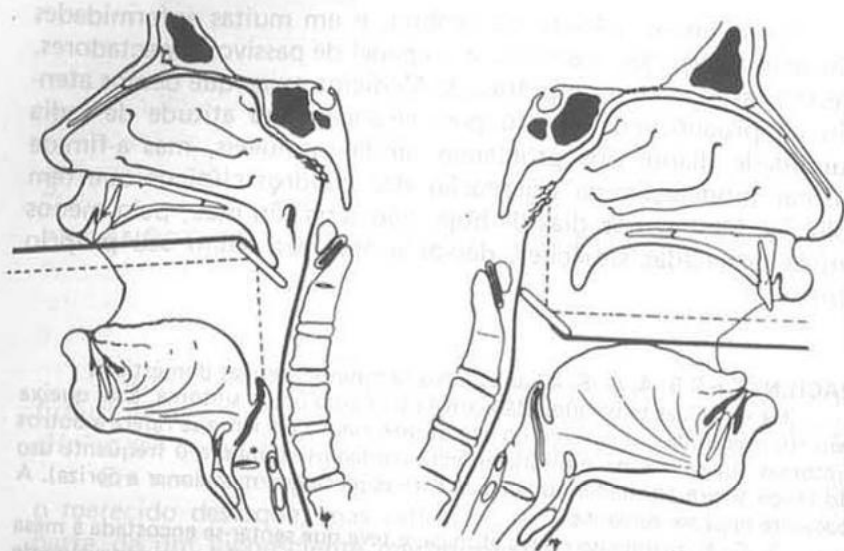


Fig. 11 — A técnica da laringoscopia indireta. Embora o instrumental exigido seja modesto, o exame requer habilidade, paciência e memória visual.

QUADRO V

Causas mais importantes de rouquidão

Etiologia	Probabilidade	Curso	Prognóstico
Traumática (esforço vocal)	++++	Agudo ou Crônico	Regressão Inalterado
Laringite a vírus	++++	Agudo	Regressão
Tabagismo ou outros fatores irritativos.	+++	Crônica	Variável
Difteria	Rara	Agudo	Regressão*
Paralisia de corda vocal, por compressão	+	Crônico	Progressão*
Tuberculose	+	Crônico	Progressão*
Edema angioneurótico (alérgico)	++	Agudo	Regressão
Neoplasia	+	Crônico	Progressão

* Depende do tratamento da doença primária.

também empregado no Quadro IV); trata-se, é natural, de mero critério estatístico. Este favorece as duas primeiras hipóteses diagnósticas, que têm incidência mais elevada, embora, dada a evolução de apenas 2 dias, nenhuma delas possa ser rejeitada totalmente. Outro seria o raciocínio se A. G. S. tivesse informado sofrer de rouquidão há um mês, já que se poderia eliminar, sumariamente, todas as doenças agudas citadas no quadro acima.

No caso clínico sob discussão a probabilidade é da ordem de 0,99 (isto é, 99 vezes em cada 100 casos de rouquidão) que se trata de uma laringite aguda, a vírus, que evoluirá com uma *remissão espontânea*, pois este tipo de afecção é *auto-limitante*.

O médico experiente, suficientemente familiarizado com o prognóstico da maioria dos casos de rouquidão, não se surpreenderá com a regressão natural da sintomatologia, não incorrendo no erro de atribuir a cura a algum medicamento eventualmente receitado por ocasião da primeira consulta, ou que o paciente tenha tomado por conta própria.

Se a probabilidade favorece a cura espontânea da rouquidão, não poderia o médico utilizar-se deste fenômeno para justificar uma conduta de expectativa, e, a bem da comodidade e tranqüilidade do paciente, e como medida de economia, protelar a laringoscopia até que o tempo tenha melhor definido o quadro?

A resposta deve ser afirmativa.

Certamente o profissional ficará mais alarmado, e rejeitará as hipóteses de laringite simples ou trauma vocal, no caso de não se processar uma remissão no prazo de, digamos, 10 dias contados a partir do início da rouquidão.

Enquanto aguarda a evolução natural do sintoma, pode-se empregar uma medicação qualquer, que servirá para tranqüilizar o paciente, mostrando-lhe que não está sendo abandonado à própria sorte. Este *placebo* sempre é uma medicação inteiramente inativa do ponto de vista farmacológico e que, embora a farmacopéia internacional reconheça-o formalmente como recurso legítimo, não passa de injeções de soluto fisiológico, comprimidos de amido ou de lactose, gotas de violeta de genciana, etc.

Não se visa ludibriar o paciente, pois remover sua ansiedade já é objetivo válido.

Placebos são úteis quando, como no exemplo acima, o desejo de acompanhar a evolução natural de uma doença dita moderação terapêutica. É especialmente valioso nos casos em que o componente psicossomático é dominante dentro de um quadro clínico, uma vez que cerca de 2/3 dos indivíduos respondem favoravel-

mente a um placebo (mesmo em doenças reconhecidas como primariamente "orgânicas"). E utiliza-se este tipo de medicação toda vez que se realiza o ensaio de uma nova droga; o grupo experimental recebe esta droga, o grupo controle, apenas placebo.

Fazer da possibilidade de uma remissão espontânea base para todo raciocínio clínico é valiosa higiene mental, excelente doutrina científica, e, como será demonstrado mais adiante, pode constituir-se em eficiente recurso para a simplificação de uma conduta diagnóstica.

Sempre ensinamos ao principiante que uma hipótese diagnóstica se estriba na anamnese e no exame físico realizado por ocasião da primeira consulta, isto é, o raciocínio clínico tem como base fenômenos que ocorreram no passado ou que são observados no presente. Mas, não se tratando de casos que requerem urgência, o futuro igualmente poderá trazer importante contribuição, muitas vezes tornando mesmo desnecessário um diagnóstico preciso. Desde que A. G. S. ficasse livre da rouquidão 4 dias após sua consulta ao clínico, quem se importará que não ficou claro se fora trauma vocal, processo infeccioso ou alergia? Certamente não se tratava de uma patologia severa — e é o que basta.

A evolução natural de uma enfermidade, além de trazer melhor definição a respeito do diagnóstico, pode vir a demonstrar que o mesmo é desnecessário.

É a seguinte a prevalência de episódios convulsivos na infância:

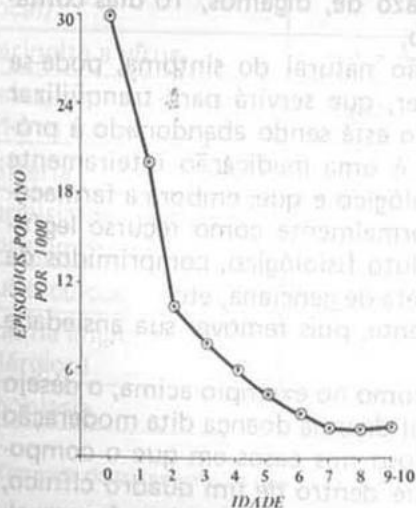


Fig. 12 - Incidência de episódios convulsivos em crianças inglesas (Fry, 1974).

Semelhante gráfico pode ser interpretado de duas maneiras:

1. Sugerindo que as crianças epiléticas morrem precocemente, de sorte que esta doença torna-se menos freqüente nos grupos etários mais velhos.
2. Indicando ser muito freqüente uma remissão espontânea da epilepsia da criança.

Felizmente, a segunda é a hipótese verdadeira. É excelente o prognóstico da síndrome convulsiva que tem início na infância verificando-se uma cura natu-

ral em 95% dos casos. (É menos favorável a evolução da epilepsia do adulto.)

Outro exemplo deste tipo é a asma, também esta, um motivo para séria preocupação dos pais de uma criança doente: assim como a epilepsia, é comum a remissão espontânea dos sintomas, independentemente do tipo de tratamento instituído:

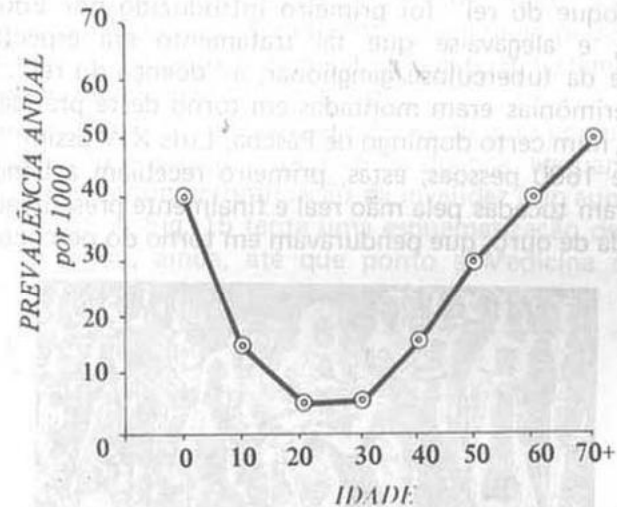


Fig. 13 - Prevalência da síndrome denominada *acute wheezy chest* (chiado no peito) numa população inglesa (Fry, 1974).

Este gráfico já é mais complexo, apresentando dois máximos de prevalência, situados nos extremos da escala, e um mínimo compreendido entre os 20 e 30 anos. "Nem tudo que chia é asma" é um aforisma valioso, bem ilustrado pelo diagrama acima. Este foi construído para uma síndrome denominada "acute wheezy chest", isto é, para os "episódios agudos de chiado no peito", portanto inclui pelo menos duas doenças diversas: a asma da criança e do adolescente, a "moléstia broncopulmonar obstrutiva" do indivíduo mais velho. O primeiro destes quadros clínicos tem prognóstico muito favorável, e considera-se que apenas 5-10% das crianças continuam a ter crises depois da idade dos 10 anos.

Não é difícil compreender porque o fenômeno da remissão espontânea, quando não reconhecido, pode tornar-se importante obstáculo ao raciocínio científico. Se a droga X for administrada a um paciente qualquer e o ato terapêutico prontamente recompensado por melhora no quadro clínico, só o indivíduo mais avisado exigirá provas mais concludentes para poder opinar a favor da nova droga. Para realizar uma pesquisa mais séria, utilizar-se-á das técnicas do *controle cego* ou do *duplo controle cego*.

Não se pode duvidar, ainda, que a remissão espontânea de muitos dos sinais e sintomas mais corriqueiros foi fartamente explorada por toda sorte de charlatães, antigos ou modernos. Um dos exemplos mais curiosos oferecido pela história da Medicina é o da cura pela fé, durante séculos praticada pelos reis da França e Inglaterra.

O "toque do rei" foi primeiro introduzido por Eduardo, o Confessor, e alegava-se que tal tratamento era específico da epilepsia e da tuberculose ganglionar, a "doença do rei". Espetaculosas cerimônias eram montadas em torno desta prática, e afirma-se que, num certo domingo de Páscoa, Luís XIV assim "tratou" o total de 1600 pessoas; estas, primeiro recebiam a bênção, em seguida eram tocadas pela mão real e finalmente presenteadas com uma moeda de ouro, que penduravam em torno do pescoço.



Fig. 14 — Carlos II e o "toque do rei".

Quando se acredita que todo obscurantismo tem vida fugaz, e que o bom senso jamais tarda a prevalecer no seio do povo, é difícil compreender como o toque do rei continuou a ser objeto de fé popular durante tantos séculos, só sendo abolido pouco antes da revolução Francesa.

Mas o fenômeno não é difícil de explicar. Em primeiro lugar, os pacientes eram cuidadosamente examinados e selecionados pelos médicos do rei, assim assegurando mais freqüentes sucessos da terapêutica. É de acreditar-se que a casuística real era rica em casos de "epilepsia" que não passavam de histeria, ou de pacientes com "escrofulose" que em verdade eram portadores de adenopatia mais benigna e mais fugaz. Além disto, tanto a verdadeira epilepsia como a própria tuberculose ganglionar podem evoluir favoravelmente, mesmo na ausência de qualquer tratamento. Não será preciso ir mais longe na análise.

É natural que a remissão natural é tanto mais comum quanto menos avançado o estágio evolutivo da doença, enquanto que as probabilidades de uma cronificação da invalidez irão aumentar em sentido inverso. A Fig. 15 tenta uma esquematização destes fenômenos, indicando, ainda, até que ponto a Medicina se mostra capaz de modificá-los.

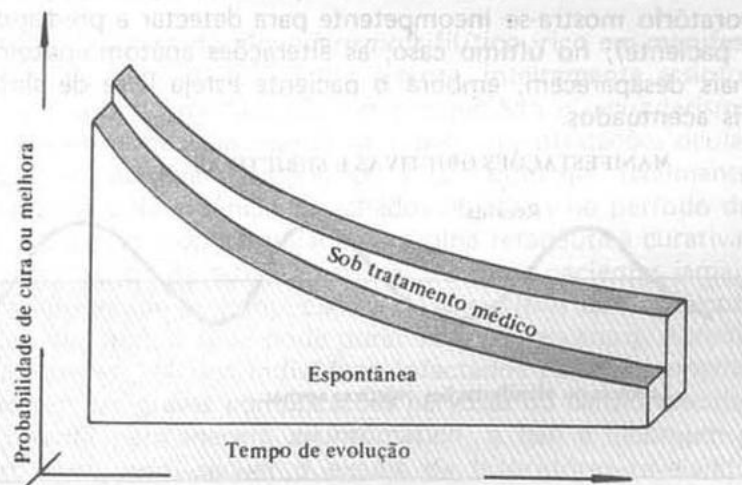


Fig. 15 — Probabilidade de cura espontânea, ou através do tratamento médico, em função da duração do quadro clínico. É natural que ambas as eventualidades são mais raras em doenças crônicas.

Embora a *cura radical* e definitiva por vezes esteja ao alcance do profissional de saúde, bem maior é a sua influência sobre o rumo da *invalidez*. Se não consegue erradicar a maior parte das vezes o estigma doença e os sinais clínicos ou laboratoriais pouco são afetados por sua intervenção, geralmente o médico tem o poder de *aliviar* os sintomas mais incapacitantes, quicá frear a rápida evolução de um quadro anátomo-patológico. A *cura* de uma fratura de tíbia ou de uma endocardite bacteriana subaguda é

problemática sem a intervenção da Medicina e trata-se de exemplos que inspiram o principiante a ter fé na ciência, embora tal tipo de situação não seja a regra. O controle de uma doença (hipertensão arterial, artrite reumatóide, defeitos de refração, certos tipos de surdez, etc.) é objetivo alcançado muito mais freqüentemente.

Até aqui as doenças foram encaradas como processos que, seja a cura o seu resultado final, seja esta a cronificação ou a morte do paciente, tem como característica uma evolução "linear". Trata-se, porém, de uma interpretação por demais simplista: algumas das enfermidades mais comuns apresentam evolução intermitente, manifestando-se a sua cronicidade através de periódicos episódios agudos (as recaídas ou recidivas), como é o caso na asma, nas infecções pelo herpesvírus ou na artrite reumatóide. Nos primeiros dois exemplos nem sequer sinais clínicos existem no decorrer dos intervalos entre episódios (e, às vezes, até o laboratório mostra-se incompetente para detectar a predisposição do paciente); no último caso, as alterações anátomo-patológicas jamais desaparecem, embora o paciente esteja livre de sintomas mais acentuados.

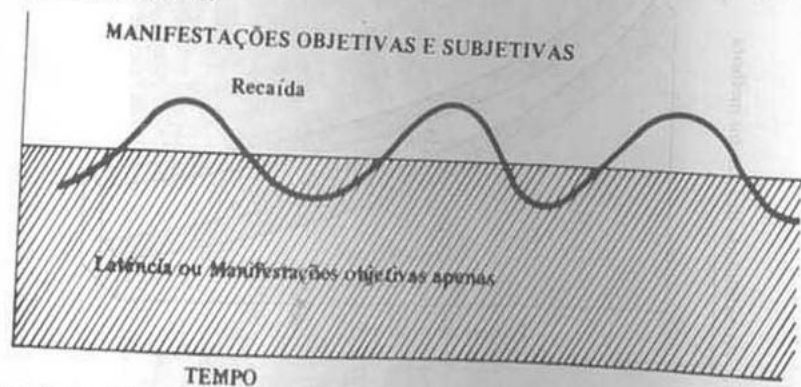


Fig. 16 — Uma doença crônica que evolui por surtos. Nos intervalos entre recaídas tanto o paciente como o médico podem ter a impressão de que uma cura definitiva se operou. Tal fenômeno contribui freqüentemente em prol da reputação de drogas ou processos terapêuticos outros, em verdade desprovidas de qualquer virtude.

É óbvio que este tipo de prognóstico exige uma conduta terapêutica voltada para a profilaxia de novos surtos de doença.

Este gênero de evolução é particularmente propício a erros de conduta, pois o advento de um período de acalmia facilmente poderá ser interpretado como sinal de uma remissão permanente. Nenhum exemplo melhor do que a sífilis para ilustrar este tipo de risco.

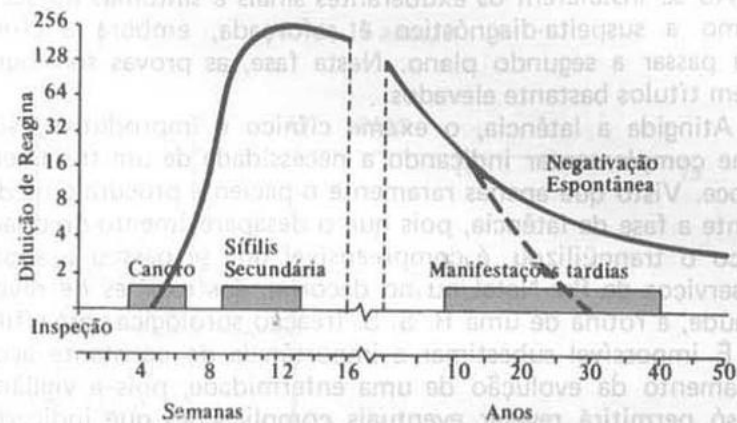


Fig. 17 — Evolução da sífilis, na ausência de tratamento. (Reproduzido de *Public Health Service Publication*, nº 743, U. S. Government Printing Office, 1960.)

Decorrida a fase do *secundarismo* sífilítico, rico em manifestações clínicas, tem início a *sífilis latente*, inteiramente assintomática. No caso do médico não ter presenciado o secundarismo (lesões de pele e mucosas, queda de cabelo, manifestações oculares, etc.), ou não tiver reconhecido a sua etiologia, facilmente será desarmado pela ausência de achados objetivos no período de latência, perdendo a oportunidade para uma terapêutica curativa.

O prognóstico da sífilis é variável e muitos pacientes jamais passam a apresentar as complicações de uma *sífilis tardia*, decorrida a fase da latência (que pode durar 10 ou mais anos). Acredita-se que apenas 1/4 dos indivíduos infectados pelo *Treponema* vem a sofrer das graves complicações nervosas ou cárdio-vasculares; o restante permanecerá assintomático, e não é incomum a *cura sorológica*, nem sequer o exame de laboratório revelando uma infecção do passado.

A sífilis proporciona, também, um exemplo ilustrativo do valor dos exames que complementam o exame clínico tradicional.

Por ocasião do aparecimento do cancro sífilítico, mais comum nos órgãos genitais (e por este motivo freqüentemente inaparente na mulher), a reação sorológica, em geral, ainda é negativa, assim permanecendo durante uma semana ou ainda mais. No decorrer desta fase evolutiva não se pode fazer um diagnóstico de certeza, a não ser que se consiga identificar ao campo escuro o agente, no material colhido da lesão primária. Este exame não mais é praticado como rotina diagnóstica, e a clínica ainda é soberana no período primário da sífilis.

Ao se instalarem os exuberantes sinais e sintomas do secundarismo a suspeita-diagnóstico é reforçada, embora a clínica possa passar a segundo plano. Nesta fase, as provas sorológicas exibem títulos bastante elevados.

Atingida a latência, o exame clínico é improdutivo, só o exame complementar indicando a necessidade de um tratamento precoce. Visto que apenas raramente o paciente procura o médico durante a fase de latência, pois que o desaparecimento do quadro clínico o tranqüilizou, é compreensível que se passou a adotar, nos serviços de Pré-Natal ou no decorrer dos exames de revisão de saúde, a rotina de uma R. S. S. (reação sorológica para sífilis).

É impossível subestimar a importância do constante acompanhamento da evolução de uma enfermidade, pois a vigilância não só permitirá revelar eventuais complicações que indicariam intervenção mais ativa por parte do médico, mas poderá trazer à luz a benignidade de um processo, justificando conduta terapêutica mais conservadora. *O tempo poderá ser valioso instrumento de trabalho.*

PACIENTE n.º 6: B, V., 17 anos, sexo feminino, universitária.

Moça pertencente à classe média, que vive em zona urbana, e que nos últimos meses, atarefada em preparar-se para o exame vestibular, entrara em estafa física e mental.

A doença iniciou-se subitamente no fim de semana, impedindo-a de ir a um pique-nique há muito planejado: uma indisposição mal definida, fadiga, perda do apetite, dor de cabeça e discreto desconforto abdominal.

Esta enfermidade evoluiu conforme ilustrado pela Fig. 18: a paciente teve que permanecer de cama todo um mês, ao término do qual sentiu-se inteiramente recuperada.

A inclusão deste caso clínico servirá para ilustrar como a conduta clínica está em dependência das características evolutivas de um quadro clínico.

Se o médico fosse chamado no primeiro dia da doença, é muito provável que não se preocupasse em chegar a um diagnóstico preciso. Em face da inespecificidade das queixas de B. V., e a sua aparente benignidade, é duvidoso que um facultativo de formação mais conservadora julgasse necessária a realização de exames complementares, sendo a sua terapêutica meramente sintomática.

No segundo dia de evolução, com o aparecimento de náuseas e alguns episódios de vômitos, de calafrios e febre de 38,5 graus C, o problema já seria olhado com maior seriedade e colocadas em

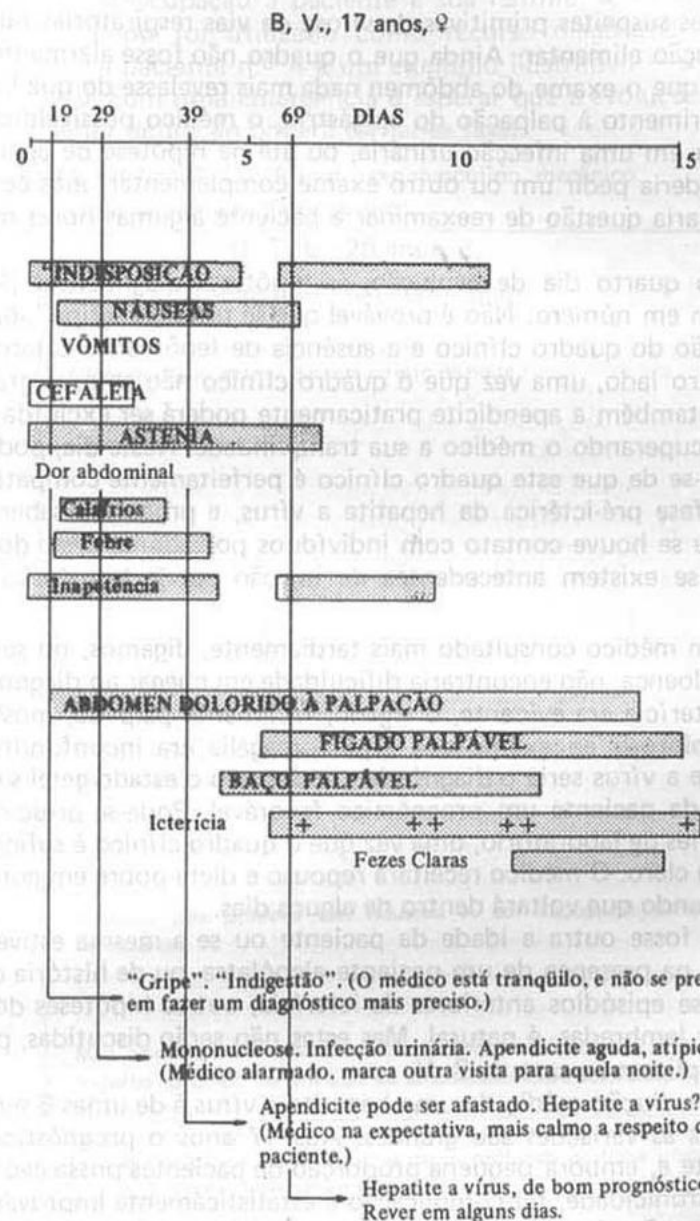


Fig. 18 — Cronologia dos sinais e sintomas, bem como hipóteses diagnósticas levantadas pelo médico, na paciente n.º 6.

dúvida as suspeitas primitivas de virose de vias respiratórias ou de intoxicação alimentar. Ainda que o quadro não fosse alarmante, e mesmo que o exame do abdômen nada mais revelasse do que ligeiro dolorimento à palpação do epigástrico, o médico possivelmente pensaria em uma infecção urinária, ou até na hipótese de apendicite. Poderia pedir um ou outro exame complementar, mas certamente faria questão de reexaminar a paciente algumas horas mais tarde.

No quarto dia de evolução, as hipóteses diagnósticas já se reduzem em número. Não é provável que se trate de "gripe", dada a duração do quadro clínico e a ausência de fenômenos catarrais. Por outro lado, uma vez que o quadro clínico não sofreu agravamento, também a apendicite praticamente poderá ser excluída da lista, recuperando o médico a sua tranquilidade. Neste dia, poderá lembrar-se de que este quadro clínico é perfeitamente compatível com a fase pré-ictérica da hepatite a vírus, e procurará saber da paciente se houve contato com indivíduos portadores desta doença, ou se existem antecedentes de injeção ou de transfusão de sangue.

Um médico consultado mais tardiamente, digamos, no sexto dia da doença, não encontraria dificuldade em chegar ao diagnóstico: a icterícia era evidente, o fígado, facilmente palpado, mostrava-se doloroso ao exame e a esplenomegalia era inconfundível. Hepatite a vírus seria o diagnóstico, indicando o estado geral satisfatório da paciente um prognóstico favorável. Pode-se prescindir de exames de laboratório, uma vez que o quadro clínico é suficientemente claro. O médico receitará repouso e dieta pobre em gorduras, avisando que voltará dentro de alguns dias.

Se fosse outra a idade da paciente ou se a mesma estivesse grávida, na presença de um paciente alcoólatra ou de história que apontasse episódios anteriores de icterícia, outras hipóteses deveriam ser lembradas, é natural. Mas estas não serão discutidas, pois não se aplicam ao caso de B. V.

A evolução média de uma hepatite a vírus é de umas 6 semanas, mas as variações são grandes. Aos 17 anos o prognóstico é excelente e, embora pequena proporção de pacientes possa evoluir para a cronicidade, tal complicação é estatisticamente improvável.

Para não abandonar inteiramente a vigilância sobre a paciente, basta que o médico instrua os familiares a lhe telefonarem, na eventualidade de modificações no quadro clínico.

Se no caso anterior uma atenta vigilância da evolução permitiu atitudes terapêuticas conservadoras, assim poupando

despesa e preocupação à paciente e sua família, se na hepatite a vírus o tempo foi utilizado como recurso diagnóstico, outras vezes — e a paciente n.º 4 é um exemplo ilustrativo — o médico defronta-se com uma emergência e esperar que a evolução natural traga melhor definição poderá tornar-se fatal.

PACIENTE n.º 7: D. T. L., 28 anos, sexo masculino, mecânico.

Foi rápida a evolução deste quadro:

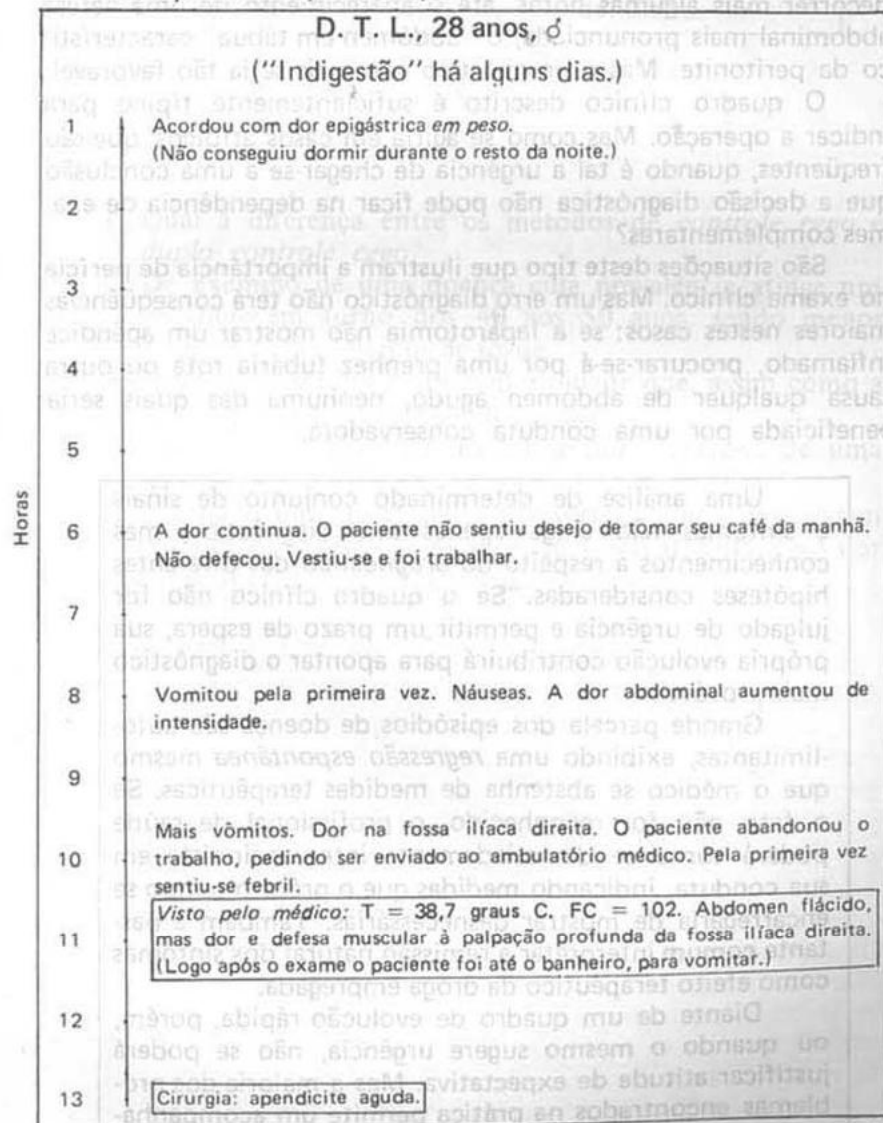


Fig. 19 — Evolução observada no paciente n.º 7.

Cerca de 12 horas após os primeiros sintomas, poucas dúvidas havia de que se tratava de apendicite aguda, e este diagnóstico foi confirmado por ocasião do ato cirúrgico.

O paciente mostrou rápida recuperação.

Em face de uma evolução tão rápida, não se poderia justificar uma conduta de expectativa, na esperança de que o quadro se atenuasse espontaneamente. É verdade que se poderia deixar decorrer mais algumas horas, até o aparecimento de uma defesa abdominal mais pronunciada, o "abdômen em tábua" característico da peritonite. Mas o prognóstico não mais seria tão favorável.

O quadro clínico descrito é suficientemente típico para indicar a operação. Mas como se agiria em casos atípicos, que são freqüentes, quando é tal a urgência de chegar-se a uma conclusão que a decisão diagnóstica não pode ficar na dependência de exames complementares?

São situações deste tipo que ilustram a importância de perícia no exame clínico. Mas um erro diagnóstico não terá conseqüências maiores nestes casos: se a laparotomia não mostrar um apêndice inflamado, procurar-se-á por uma prenhez tubária rota ou outra causa qualquer de abdomen agudo, nenhuma das quais seria beneficiada por uma conduta conservadora.

Uma análise de determinado conjunto de sinais e sintomas não exige apenas tino diagnóstico, mas conhecimentos a respeito do *prognóstico* das diferentes hipóteses consideradas. Se o quadro clínico não for julgado de urgência e permitir um prazo de espera, sua própria evolução contribuirá para apontar o diagnóstico mais provável.

Grande parcela dos episódios de doença são auto-limitantes, exibindo uma *regressão espontânea* mesmo que o médico se abstenha de medidas terapêuticas. Se o fato não for reconhecido, o profissional de saúde poderá tornar-se demasiadamente intervencionista em sua conduta, indicando medidas que o próprio tempo se encarregaria de mostrar desnecessárias. Também é bastante comum interpretar a remissão natural dos sintomas como efeito terapêutico da droga empregada.

Diante de um quadro de evolução rápida, porém, ou quando o mesmo sugere urgência, não se poderá justificar atitude de expectativa. Mas a maioria dos problemas encontrados na prática permite um acompanha-

mento vigilante de seu curso natural: se houver remissão espontânea, nenhuma intervenção mais ativa será necessária e poupou-se ao paciente maiores despesas, bem como preocupação.

É preciso lembrar, também, que algumas enfermidades evoluem por surtos ou episódios isolados, e que a quiescência observada nos intervalos facilmente se presta à confusão com um processo de cura definitiva.

QUESTÕES:

1. Qual a diferença entre os métodos de *controle cego* e *duplo controle cego*?
2. Dê exemplo de uma doença cuja prevalência atinge um máximo em torno dos 40 aos 50 anos, sendo menos frequente nos extremos de idade.
3. Procure exemplo de uma enfermidade que, assim como a sífilis, apresenta longa fase de latência.
4. Qual é o prognóstico do tabagismo? Trata-se de uma doença?
5. A asma evolui, tipicamente, por surtos agudos, que cessam espontaneamente. Como se poderá avaliar, então, o valor terapêutico de uma nova droga?