

11.

SINAIS SEM SINTOMAS: O ACHADO CASUAL

Difícilmente consegue-se tomar a sério a paciente que se queixa de conviver constantemente com "um cheiro de carniça", se ela é a única a senti-lo, se o exame físico é inteiramente carente de informações. Para ela, porém, pode tratar-se de uma questão vital.

Se um *sintoma sem sinais* passa a não merecer atenção por aquele dotado de curiosidade científica, pois os informes, não subsidiados pela clínica, encerram dose exagerada de subjetividade, um sinal clínico qualquer, *mesmo que não se acompanhe de sintomas*, sempre desperta interesse, ninguém se animando a pôr em dúvida a sua validade.

É este o perigo dos *achados casuais*.

A situação inverteu-se: agora é o médico que concentra todos os esforços na interpretação de um achado qualquer do exame físico, ou de um ligeiro desvio de um exame laboratorial, para o paciente inteiramente irrelevante, já que nada sente que possa interpretar como anormal.

Sinais sem sintomas são comuns toda vez que se realiza um exame de revisão (check-up). Esta prática não é usual em níveis sociais que nem sequer têm adequadamente atendida sua demanda sentida; só nas classes mais favorecidas criou-se lentamente o hábito de ir ao médico para periódicos exames de rotina, procurando com isto antecipar-se ao aparecimento de alguma doença. Esta filosofia é básica a toda a Medicina Preventiva, que, além de exames de saúde naqueles que o solicitam, esforça-se, também, em organizar campanhas para a prevenção do câncer ginecológico, para a detecção precoce da diabete, da hipertensão arterial, e assim por diante. Este tipo de conduta mais agressiva é o que os anglo-saxônicos chamam de "consulta iniciada pelo médico", em

contraste com a prática, muito mais comum, da "consulta iniciada pelo paciente".

Mas os exames de saúde podem ser impostos por uma rotina que se inicia por outros mecanismos, médico e paciente não passando de instrumentos na mão de uma legislação que procura proteger a sociedade de doenças e dos doentes.

Os exames médicos realizados em escolares, aqueles que têm lugar por ocasião do ingresso no serviço militar, ou durante a seleção dos candidatos a emprego, são impostas ao médico encarregado deste serviço, e não contam com o entusiasmo do paciente, embora façam parte de um ritual a que ambos terão que se submeter. Surgem em tais situações os sinais sem sintomas, que muitas vezes levam a decisões injustas.

Surge freqüentemente o problema de como interpretar os achados casuais. No exame médico feito à admissão de um empregado, rejeita-se muitas vezes aquele que tem uma hérnia, mesmo que pequena e assintomática, varicocele, varizes, denticção em mau estado ou mesmo um banal pterígio, na suposição de que tal patologia mais tarde irá tornar-se motivo de uma demanda por parte do trabalhador, que se traduzirá em absentefismo e em despesa por parte do serviço encarregado da assistência médica. (Não se discutirão aqui os aspectos humanitários da questão, embora os mesmos mereçam severa análise.) Tanto pode ser verdade como não ser. Que valor se atribuirá ao achado isolado de uma pressão arterial de 150 x 95, a um exame de fezes positivo para *Schistosoma mansoni*, ou a uma reação sorológica que indique infecção pelo *Tripanosoma cruzi*? Terão qualquer valor prognóstico?

Em situações deste tipo, quando não há sintomatologia, é relativamente fácil alertar-se contra o risco de tomar decisões baseadas na cega aceitação de algum achado isolado. Muito mais difícil mostra-se a doutrinação do principiante quando existe algum sintoma, pois a tendência natural é associar sinal e sintoma num mesmo quadro clínico, embora possam ser inteiramente estranhos um ao outro. Se faltar suficiente senso crítico, a indiscriminada valorização de todos os sinais do exame físico, de todos os laudos do laboratório, seduz à fabricação de uma série de doenças fictícias.

Uma das técnicas que permitem fugir a este risco é a de limitar a extensão do exame físico, exercendo-se, ainda, a máxima moderação nos exames complementares. Porém os hospitais de ensino adquiriram o hábito de "documentar" os casos clínicos de seus pacientes, invariavelmente selecionados no interesse da ciência



1. 63 — Exame médico "grupal" de operários turcos, candidatos a emprego na República Federal da Alemanha. É este um dos aspectos da medicina que o estudante desconhece. (Reproduzido de *World Health*, outubro, 1973.)

e da pesquisa, e no afã de oferecer ao aluno problemas clínicos nos quais possa exercitar a sua argúcia. Neste tipo de instituição a moderação no uso de recursos médicos é considerada incompatível com o elevado "nível científico"; nos hospitais norte-americanos, a média de exames realizados por paciente freqüentemente é superior a 40, e mesmo em universidades brasileiras, constantemente carentes de verba para seu funcionamento normal, esta cifra alcança 10 ou 20 exames.

A glicemia do paciente n.º 15 foi o elemento chave na solução do problema, mas a decisão de pedi-la nasceu de uma suspeita clínica, não fazia parte de uma rotina pré-fabricada. Que interesse teria para este paciente um exame de fezes, um hemograma ou uma radiografia de estômago e duodeno, todos eles exames que fazem parte de um *check-up* geral? Como seria interpretada a impotência sexual, o sintoma dominante do paciente, diante do encontro de ovos de *Necator*, de uma discreta eosinofilia, ou, quiçá, de uma úlcera cicatrizada de duodeno?

Uma complementação da anamnese e do exame físico através de outros exames visa a uma progressiva redução no número de hipóteses diagnósticas. No paciente n.º 5, por exemplo, que se apresentou ao médico com o problema de rouquidão, se os sintomas houverem regredido no espaço de 10 dias ficou positivada a hipótese de "laringite aguda"; no caso do sintoma persistir, esta hipótese poderá ser praticamente posta de lado, permitindo uma laringoscopia que se decida entre os diagnósticos restantes.

Tratou-se de um *exame decisivo*, como foi a glicemia do paciente n.º 15. Mas a coproscopia deste paciente seria um *exame redundante*.

Esta redundância ficará facilmente patente num paciente com impotência, pois desconhece-se qualquer relação entre as verminoses e a esfera da sexualidade. Em outros casos, porém, a falta de associação entre sintomas e sinais não é percebida com nitidez; pode-se falar, então, em exames que se tornaram *prejudiciais* ao bom raciocínio clínico.

O pediatra que examinou o sopro cardíaco funcional e corretamente reconheceu a benignidade do processo (embora tenha decidido repetir o exame em outra ocasião) estribou-se em seus conhecimentos de clínica médica. A um outro colega poderia ocorrer pedir ao laboratório a realização de uma hemossedimentação, ou a dosagem da anti-estreptolisina-O, seja por desejar manter-se fiel a uma rotina, não confiando suficientemente no julgamento

clínico, ou por ter que atender à mãe ansiosa. Mas a positividade de ambos os exames, com efeito, complicaria uma conceituação clara do sopro cardíaco, que ainda ficaria na dependência última da clínica. Ambos são inteiramente *inespecíficos* de cardiopatia reumática: a hemossedimentação aumenta no decorrer de muito processo infeccioso, qualquer que seja; a elevação da anti-estreptolisina-O, embora ateste da existência de uma infecção por estreptococo hemolítico, ainda não constitui prova de comprometimento cardíaco (que ocorre em apenas 30 casos por 1 000), e possivelmente indica nada mais do que uma banal amigdalite.

Por conseguinte, tais exames serão prejudiciais à tranquilidade da família, bem como à segurança da conduta clínica.

Pode acontecer, com efeito, que, ao invés de reduzir as opções diagnósticas, estas aumentem com cada exame complementar pedido, um quadro que ao "olho clínico" se reveste de benignidade, tomando feições tão complexas que a tomada de uma conduta terapêutica exige que alguns destes dados sejam simplesmente desprezados.

Isto pode ser exemplificado através do diagrama da Fig. 64, que mostra o raciocínio clínico diante de uma queixa corriqueira no sexo feminino, que é a dor na fossa ilíaca direita. Depois de tirar a história clínica da paciente e praticar o exame físico, é possível que o médico decida que se trata de uma *queixa funcional*, que poderá responder favoravelmente a um regime para emagrecer, a exercícios físicos apropriados e, quiçá, a uma psicoterapia de apoio. Mas o problema se complica se não ficar satisfeito com a clínica: ao término de 3 exames complementares já existem quatro hipóteses diagnósticas.

Numa época em que alguns exames complementares são de extrema sofisticação, outros exigindo conduta bastante intervencionista (laparoscopia, biópsia de miocárdio, as arteriografias), pode ser tamanho o entusiasmo do principiante que venha a esquecer que os mesmos também envolvem nítido risco para o paciente. Não se pretende, é natural, voltar à Medicina antiga, mas apenas solicitar que estes riscos sejam confrontados com os benefícios que tais exames podem trazer ao paciente.

Muitas vezes estes riscos parecem desprezíveis diante dos benefícios esperados. Embora as reações colaterais à injeção de substâncias de contraste no decorrer das urografias excretoras sejam da ordem de 8 - 10%, radiologistas britânicos mostraram que reações fatais são raras (uma em cada 40 mil exames), e o

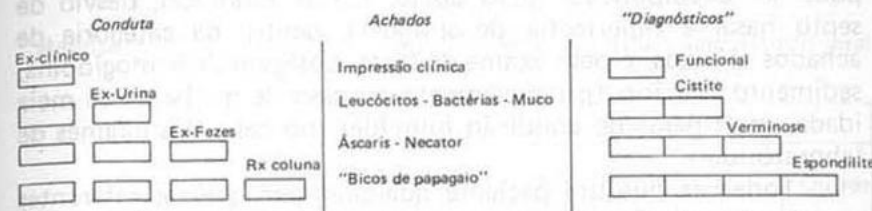


Fig. 64 — Uma paciente de 52 anos queixa-se de dor "abafada" na fossa ilíaca, intermitente, há mais de 10 anos. Não existem fatores desencadeantes específicos, exceto a fadiga e a preocupação com assuntos familiares. Demais sintomas são tonturas, "hoca amarga pela manhã" e cefaléias frequentes. A paciente é obesa, com abdomen penduloso. Após minuciosos exames o clínico optou pelo diagnóstico de "distúrbio funcional". O diagrama mostra como as "hipóteses diagnósticas" se multiplicariam, caso exames complementares fossem realizados. As "anormalidades" encontradas são bastante comuns em qualquer população, provavelmente não passando, no caso presente, de *achados casuais*.

risco parece perfeitamente aceitável quando se suspeita doença do sistema urinário. Mas se a urografia excretora for incluída na rotina do Pré-Natal, por exemplo, o seu emprego seria condenável. (Não se trata só de risco para a própria paciente, mas para o feto, por exposição às radiações.)

Seria evidência de obscurantismo negar à biópsia de pulmão um papel eventual no diagnóstico de certas lesões impossíveis de identificar sem o seu auxílio (embora só em 7% dos casos, de uma série descrita na literatura, estas conclusões tenham permitido conduta terapêutica decisiva). Mas este exame rapidamente perderia a sua popularidade se indicado a substituir o sensato raciocínio clínico: na melhor das condições, 4% dos pacientes vêm a apresentar pneumotórax, cerca de 3% um hemotórax, afora os inconvenientes de atelectasia, enfisema subcutâneo e hematomas de parede.

A estes riscos para a saúde somam-se as doenças iatrogênicas de ordem psíquica, despertadas pelo excesso de manipulação do paciente, bem como aqueles decorrentes do elevado custo de muitos destes exames, fator geralmente considerado periférico à preocupação do médico, mas que pode, com efeito, frustrar a continuação de um tratamento clínico.

Já se demonstrou, mais acima, que o conceito estatístico de normalidade pode ser falho, nada impedindo que toda uma população seja considerada enferma (desnutrição, malária, etc.). Mas os achados clínicos e laboratoriais excessivamente frequentes só podem contribuir para obscurecer um diagnóstico, quando utilizados como elemento decisivo para o raciocínio clínico. Isto

pode ser exemplificado pelo bócio, hérnia umbilical, desvio de septo nasal e hipertrofia de amígdala, dentro da categoria de achados clínicos, e pelo exame de fezes, dosagem de hemoglobina, sedimento urinário (principalmente no caso de mulheres de meia idade, múltiparas de condição humilde), no caso dos exames de laboratório.

Toda vez que um paciente qualquer tem queixas referentes ao sistema digestivo (ou, mais genericamente, localizadas no abdômen), já se tornou medida de rotina pedir-lhe um exame de fezes, seguido de um tratamento das parasitoses reveladas pelo exame. Trata-se de um verdadeiro ritual, empreendido automaticamente, que tem os seus riscos: desarma a vigilância do médico e acarreta uma perda de tempo que poderá ser fatal, no caso de tratar-se de uma emergência médica ou cirúrgica. Pois, assim como a existência de uma suboclusão intestinal por *Ascaris* deve ser lembrada em certos quadros abdominais da criança, também há os casos de invaginação intestinal, que nada têm a ver com este helminto, embora o exame de fezes seja positivo na grande maioria dos casos. É verdade que uma anemia pronunciada, em paciente idoso, pode ter como causa uma infestação pelo ancilostomíneo; mas é igualmente comum dever-se a uma uremia, ou ao câncer de estômago.

Esta advertência não será rejeitada se alguém fizer a experiência de pedir o exame de fezes também no caso de queixas não habitualmente atribuídas aos parasitas intestinais; perceber-se-á, então, que em nossas populações os mesmos são tão corriqueiros que não permitem estabelecer relações de causa e efeito. O quadro abaixo o ilustra bem.

Embora a prevalência das parasitoses intestinais não seja tão elevada como em crianças, o quadro já indica a futilidade de se pretender associar as queixas gastrintestinais aos achados casuais fornecidos por um exame de fezes pedido como rotina de laboratório. E o mesmo vale para uma série de outros achados físicos e laboratoriais.

Embora não se possa considerar *normal* uma parasitose intestinal, nem encarar com indiferença que grande proporção de certas populações tenha uma sorologia positiva para *T. cruzi*, bastarão tais achados para, na ausência de sintomas específicos, identificarem uma *doença*, taxando de inapto para o trabalho ou para o serviço militar o indivíduo portador de tais desvios?

Há suficiente número de dados a demonstrar que a maioria da população infectada pelo *Schistosoma* ou por outros helmintos,

QUADRO XIX

Resultado da coproscopia num grupo de pacientes de um ambulatório geral*

	Queixas				
	Gastrin- testinais	Gineco- lógicas	Reumá- ticas	Otorri- nola- ringo- lógicas	Outras
% de exames negativos:	44	32	17	33	37
% de exames com:					
Necator americanis	45	49	52	75	46
Ascaris lumbricoides	9	15	13	10	21
Enterobius	0	0	0	0	2
Tricocephalus	2	2	9	9	7
Schistotoma mansoni	3	5	0	9	2
Hymenolepis nana	1	5	5	9	0
Taenia sp.	4	0	9	0	5
Strongyloide	9	10	26	9	14
Giardia lamblia	8	5	4	17	0
Endamoeba histolytica	3	7	0	0	5
Número de parasitas por exame	0,85	1,00	1,20	1,10	1,05
Número de exames	90	82	46	24	86

* Em pacientes com idade superior a 18 anos, vistos em Londrina (PR) (K. K, dados inéditos).

pelo *Trypanosoma* ou pelo *Toxoplasma*, tem saúde perfeita, são portadores de *infecção* ao invés de *doença*, mais uma indicação de que, como já o nome indica, os exames de laboratório são *complementares* ao exame físico e à anamnese.

Esta distinção entre infecção e doença não é facilmente aceita pelo público ou, mesmo, pela classe dos profissionais de saúde; tornar-se-á de mais fácil compreensão, porém, se for traçada uma analogia com o problema da tuberculose, este de todos bem conhecido (Fig. 65).

Como se nota, depois dos 20 anos mais da metade da população examinada nos diferentes dispensários tem resposta positiva à tuberculina, devendo, portanto, ser considerada infectada pelo *Mycobacterium*. Seguramente ninguém recorrerá nestes grupos etários à reação de Mantoux para o diagnóstico diferencial de um

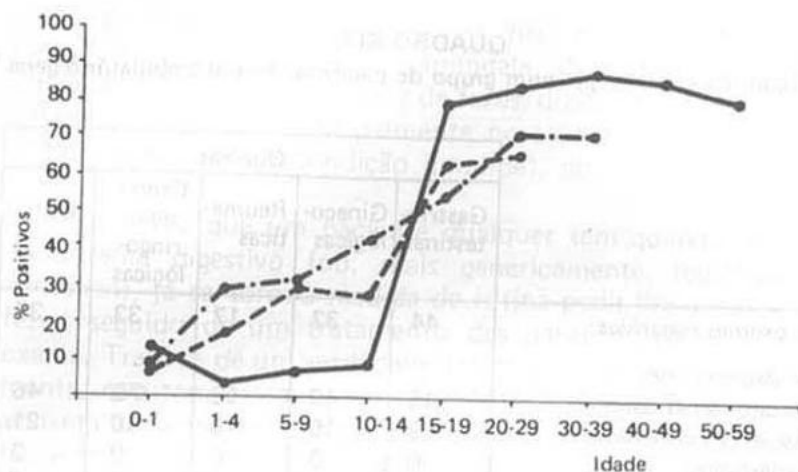


Fig. 65 — Resultado do teste tuberculínico (reação de Mantoux) na população examinada em 3 dispensários distintos. (Adaptado de Rosenberg, 1950.)

quadro respiratório agudo, antecipando grande proporção de falsos diagnósticos positivos.

As ciladas do achado casual também estão presentes aos exames mais sofisticados, e que são julgados possuírem maior especificidade no reconhecimento de doença:

PACIENTE n.º 17: R. T., 7.1/2 anos, sexo masculino, escolar.

Esta criança, aparentemente em excelente estado geral, foi atendida em consultório particular. Já era a segunda vez que apresentara crise convulsiva, generalizada, de curta duração.

Na noite anterior, os pais, que dormiam no quarto contíguo, foram despertados por grito do filho, encontrando-o no leito em crise tônico-clônica, que durara menos de 5 minutos. Espumava pela boca, e mordera a língua, mas não apresentava incontinência fecal ou urinária. O quadro era semelhante ao episódio anterior, que ocorrera há um ano, mais ou menos.

A criança estivera bem na véspera, fora à escola, fizera suas lições, brincando depois normalmente com os meninos da vizinhança. Não tivera febre.

Tanto o exame físico generalizado, como os antecedentes pessoais e familiares, foram inteiramente negativos.

O prognóstico deste tipo de situação clínica é excelente, como o ilustra a Fig. 12, indicando que a grande maioria dos casos vem a ter uma remissão espontânea. Trata-se, é óbvio, de um conceito estatístico, que pode vir a falhar diante do caso individual.

Em uns 0,5% de crianças com epilepsia esta é *secundária* a problemas orgânicos do sistema nervoso central, apenas pequena proporção deste grupo tendo alguma patologia acessível à cirurgia. Mas não parece ser este o caso de R. T., pois tanto a história clínica

Obviamente o problema não é *grave* nem *urgente*.

Será isto um consolo para os pais? Concorde com o médico de que mais aconselhável será acompanhar a evolução do quadro, sendo deixada para mais tarde qualquer decisão terapêutica, na eventualidade de se tornarem mais freqüentes os episódios convulsivos?

Possivelmente isto não basta para remover a ansiedade dos pais de R. T., e o médico poderá ser obrigado, contrário a sua inclinação, a prescrever anti-convulsivantes. (Obviamente fará questão de reexaminar o menor após um intervalo de 1 ou 2 meses.)

Mas ainda é bem possível que, passados alguns dias, voltem a telefonar ao médico, perguntando-lhe se não seria melhor uma conduta diagnóstica mais vigorosa, como, por exemplo, a encefalografia. As suas leituras, algum parente, ou mesmo um médico amigo, neles despertara a suspeita de que era esta a conduta "científica" em casos de epilepsia.

O ritual do EEG jamais poderá ser uma conduta padrão, em razão de seu elevado custo, numa população que compreende 5% de indivíduos com antecedentes de epilepsia. Mas estes são argumentos que pertencem à esfera do administrador da assistência médica, e que não sensibilizam o paciente que custeia seus próprios cuidados. Poderá este ser beneficiado através de exames complementares mais requintados?

Apenas raramente; mesmo o eletroencefalograma é inteiramente subsidiário ao julgamento clínico. A este exame falta *sensibilidade*, pois é normal em 30% dos epiléticos reconhecidos, mesmo após "ativação" do traçado pela hiperpnéia. Também carece da *especificidade* que se desejaria, pois pode ser anormal em 25% dos indivíduos que jamais tiveram qualquer convulsão (originando-se daí o conceito, tão discutível, da "epilepsia sem convulsão").

Novamente se está em face de um *achado casual*.

Embora a intensidade das alterações eletroencefalográficas não guarde relação com a gravidade da epilepsia, existem alguns indícios *menos* alvissareiros, como a presença de distúrbios focais localizados. Obviamente estes são mais freqüentes na epilepsia secundária.

Mas ainda não é um subsídio que possa orientar a terapêutica de uma maneira mais segura, pois esta ainda depende de medicação e medidas higiênicas. Mesmo em casos de epilepsia secundária a neurocirurgia encerra uma mortalidade inaceitável, mais elevada

que aquela da própria doença, só tendo alguma indicação em casos de neoplasia ou de abscessos cerebrais.

Mas estes são flagrante minoria. Numa série de 1518 casos de epilepsia secundária apenas 3 eram devidos a tumores e 3 a abscessos, sendo os demais atribuídos a traumas de parto ou malformações congênitas, principalmente, afecções para as quais não existe cura. Mesmo a cisticercose cerebral (que não é tão freqüente como se afirma) é de interesse apenas acadêmico, pois os focos calcificados, provável fator etiológico das convulsões, são irremovíveis.

Para finalizar, pode-se dizer que, a grosso modo, apenas uma vez em cada 50 mil crianças epiléticas existe indicação para uma intervenção cirúrgica que, efetivamente, pode tornar-se decisiva para sua saúde.

Mas tal decisão certamente não dependerá do laudo do EEG, sendo fruto de cuidadosa vigilância do pequeno paciente, e de minucioso exame neurológico.

Em antecipação ao próximo capítulo, o presente ocupou-se, principalmente, dos exames complementares. Mas suas conclusões aplicam-se, igualmente, ao exame físico — tanto um setor como outro é pródigo em achados casuais.

Mesmo a experiência de longos anos não permitirá sempre decidir corretamente entre um achado casual e um outro relevante ao diagnóstico. Distinguir entre as alternativas seguintes nem sempre será fácil:

1. *O achado nada mais é do que seqüela de um processo anterior*, como no caso das adenopatias de longa duração (a esplenomegalia da malária extinta é um dos exemplos que se pode citar), ou a fibrose de um ápice pulmonar, fácil de confundir com tuberculose em atividade.

2. *O achado traduz a insuficiência dos próprios critérios de anormalidade*. A prodigalidade nos exames complementares, por ocasião de um exame de revisão de saúde, facilmente resultará em "desvios do normal", numa proporção que, segundo a teoria da probabilidade, é de 1:20.

3. *O achado é fruto de um erro de metodologia*, eventualidade comum mesmo em bons laboratórios de análise, e igualmente corriqueira na clínica (aparelho de pressão descalibrado, insuficiente prática no uso do oftalmoscópio, etc.).

4. *O achado indica a presença de uma outra patologia*, paralela àquela que determinou a queixa do paciente, devendo ser

encarado como mero achado casual. Alterações de morfologia, como o bócio, o desvio de septo, a hérnia umbilical, são exemplos ilustrativos, mas existem muitos outros. Desvios funcionais como a taquicardia emocional, a sudorese excessiva, a hipotensão postural ou a hipermotilidade gastrointestinal pertencem, também, a este setor, que ainda inclui o dilema *infecção vs. doença*, exemplificado anteriormente.

5. *O achado faz parte integrante do quadro clínico.*

Esta última situação certamente não é a mais comum, em nossas populações.

Na presença de queixas clínicas já tornou-se um ritual completar o raciocínio clínico através dos exames complementares, destinados a delimitar o número de hipóteses diagnósticas e orientando na seleção da conduta correta. Mas os resultados serão opostos ao que se espera se estas necessidades não forem claramente reconhecidas, se houver demasiada prodigalidade no uso dos exames, se seus resultados não forem analisados com o devido espírito crítico. Nada evitará, caso contrário, as ciladas impostas pelo *achado casual*.

A situação é ainda mais delicada quando se faz um exame de revisão de saúde (*check-up*), lançando-se mão de um exame físico padronizado, e de um certo número de exames complementares, prescritos pela rotina adotada pelo serviço. Fatalmente o médico se defrontará com uma série de achados considerados "fora dos limites da normalidade", com os quais freqüentemente não conseguirá reconstituir uma doença bem definida.

O paciente tem *sinais* mas não relata *sintomas*, e é responsabilidade do médico decidir se efetivamente tem alguma doença.

É grande o risco em se valorizar, como elementos para um diagnóstico, os parâmetros que são demasiadamente comuns numa população, embora se reconheça que, vez por outra, indicam doença. Para o nosso meio os melhores exemplos pertencem à esfera das enfermidades transmissíveis, e são as parasitoses intestinais, a infecção chagásica, a toxoplasmose, a infecção pelo B. de Koch, etc. Nestes casos, duas perguntas se impõem:

"Trata-se de doença ou é mera infecção?"

"Tem algo a ver com a queixa atual do paciente?"

QUESTÕES:

1. Os princípios que devem nortear o planejamento do programa de exames em massa de populações foram discutidos em monografia publicada pela O. M. S. em 1968. São os seguintes:

1. A condição investigada deve constituir um problema médico importante.
2. Deve haver para ela uma terapêutica reconhecida e eficaz.
3. Existência de facilidades para o diagnóstico e tratamento.
4. A doença investigada deverá possuir um período latente ou um estágio de sintomas precoces que seja facilmente reconhecido.
5. Disponibilidade de testes ou exames apropriados.
6. Aceitabilidade do teste por parte da população.
7. Deve-se ter conhecimentos adequados sobre a história natural da enfermidade, incluindo a sua progressão do estágio de latência ao de doença declarada.
8. Chegar-se-á a uma formulação precisa com respeito aos pacientes a serem submetidos a tratamento.
9. O custo da investigação (diagnóstico e tratamento dos casos detectados) deverá manter-se dentro de certos limites com relação às despesas totais com a saúde.
10. Os exames de massa serão planejados como atividade contínua, e não como esforços isolados ou esporádicos.

Explique todos estes itens, para cada um dando exemplos de enfermidades que não preenchem aquele requisito.

2. Organize uma rotina para exame de saúde em candidatos a emprego de motorista, e que proteja a este e aos passageiros de eventuais riscos.
3. Faça o mesmo no caso dos funcionários de um supermercado.
4. Quando é que o encontro de ovos de *S. mansoni* nas fezes indica doença?

5. Em que circunstância poderá uma reação de Machado-Guerreiro positiva contraindicar o exercício do magistério?
6. Que atitude seria tomada na presença de um VDRL positivo, no decorrer de uma rotina de Pré-Natal?