

A OBSERVAÇÃO NA CLÍNICA DE DOENÇAS TROPICAIS E INFECTUOSAS

DELMO LUIZ ALTERIO *

O estudo das doenças infecciosas e tropicais não constitui ainda uma verdadeira especialidade médica, devido a determinados fatores que neste artigo não caberia comentar; assim, a feitura da observação dos doentes portadores dessas enfermidades, embora seguindo as normas clássicas, apresenta certas particularidades, que serão a seguir analisadas.

Naturalmente, o objetivo principal de um prontuário bem feito, é chegar-se a um diagnóstico certo ou pelo menos dar uma orientação segura ao caso, porém, justifica-se ainda uma tentativa de padronização da observação desses doentes, tanto para fins científicos como para fins didáticos. Expliquemos: quando procuramos fazer um trabalho sobre determinada doença, freqüentemente encontramos dificuldade no lançamento dos dados, quer de ordem clínica, quer de ordem epidemiológica, devido a critérios pessoais e distintos seguidos na feitura dos prontuários. Por outro lado, as observações feitas, mormente pelos estudantes, usadas como material nos cursos ordinários e extraordinários da Cadeira de Doenças Tropicais e Infectuosas, muitas vezes apresentam lacunas, causadas pela falta de uniformização das mesmas, dificultando a inteira compreensão dos fatos. Desta maneira são esquecidos ou relegados dados cuja importância somente mais tarde será apontada. Exemplificando: determinado doente apresentava na internação uma pneumopatia, os seus antecedentes tomados superficialmente nada revelaram digno de nota; unicamente quando foi positivado o diagnóstico de psittacose, soube-se que o mesmo tinha estado, semanas antes de adoecer, a lidar com aves.

Por tudo quanto foi dito, compreende-se uma tentativa de padronização da observação dos doentes de moléstias infecto-parasitárias e o objetivo número um deste artigo é o de fornecer, principalmente aos que se iniciam neste ramo, um esboço prático para a sua realização.

De forma geral, o prontuário deve seguir os tópicos consagrados pelo uso em outras clínicas, porém, pela sua importância em nosso Serviço, achamos conveniente destacar os *dados epidemiológicos* em um subtópico que seria colocado entre os antecedentes individuais e hereditários.

Assim ficariam distribuídos os diversos itens:

* Assistente extranumerário da Cadeira de Doenças Tropicais e Infectuosas da Faculdade de Medicina da USP (Serviço do Prof. João Alves Meira).

- | | | |
|--------------------|---|--|
| I — Identificação | } | a) Queixa e duração. |
| II — Anamnese | | b) História da moléstia atual. |
| | | c) Interrogatório sobre os aparelhos. |
| | | d) Antecedentes individuais e dados epidemiológicos. |
| | | e) Antecedentes hereditários. |
| III — Exame físico | } | a) Geral. |
| | | b) Especial. |

I — Na *identificação* obviamente deverão constar: nome e sobrenome completos, idade, sexo, côr e nacionalidade, estado civil, profissão e procedência atual. Já pela análise de alguns destes dados podemos lembrar certas hipóteses e focalizarmos nossa atenção para as mesmas.

A *idade* representa elemento importante em relação a determinadas doenças infecto-parasitárias; sabemos, apenas para citar alguns exemplos, da freqüência das doenças a vírus nas crianças. Ainda nestas é maior a incidência de escarlatina, difteria e coqueluche entre as moléstias bacterianas. Também conhecemos a raridade da amebíase em menores de 2 anos e a baixa freqüência de verminoses antes do 1º ano de vida.

O *sexo* algumas vezes representa papel significativo: assim, são mais comuns nos homens certas entidades como a doença de Weil, a leishmaniose tegumentar e a febre maculosa. A coqueluche é mais prevalente nas meninas. A caxumba é mais grave nos varões.

A *côr* tem importância sobretudo na tuberculose, porquanto são os pretos e mulatos os mais facilmente acometidos por essa doença. Já a escarlatina prefere atacar as crianças brancas.

A *nacionalidade* representa, às vezes, um elemento de valor, sendo os sírios mais sujeitos à teníase. Nos estrangeiros sempre devemos estar atentos a uma possível moléstia exótica ao nosso meio e procurar lembrar as doenças mais comuns em seus países de origem. Tivemos em nossa enfermaria, para ilustrar, um russo que apresentou tifo recrudescente ou doença de Brill, contraída, sem dúvida, em sua passagem pela Alemanha. Também tivemos oportunidade de observar uma chinesa portadora de clonorquíase.

A *profissão* constitui um item de extraordinária importância, a ponto de certas doenças infecto-parasitárias poderem ser consideradas verdadeiras doenças profissionais. Para assinalar os exemplos mais marcantes, podemos apontar as seguintes relações: tratadores de aves com psitacose; jardineiros com tétano; tratadores de porcos com balantidíase; lavradores com ancilostomíase e blastomicose; tratadores de gado com brucelose, febre Q e hidatidose; trabalhadores em esgôto com doença de Weil; finalmente, lenhadores com febre amarela silvestre e leishmaniose tegumentar.

A *procedência atual* representa também ponto a se considerar; aliás, a procedência do doente constituirá um item à parte nos dados epidemiológicos, como teremos oportunidade de estudar; na identificação, contudo, devemos-nos preocupar apenas em assinalar a procedência atual: país, Estado, Município e zona. Certas doenças são eminentemente rurais, como a febre maculosa, a febre amarela silvestre, a blastomicose sul-americana, etc.

II — A *anamnese* não difere em linhas gerais da anamnese das outras clínicas, devendo os dados serem recolhidos com todos os pormenores possíveis, procurando-se sempre dar uma cronologia aos sintomas.

De especial importância é o estudo da febre, devendo o médico explorar este sintoma-sinal em todos os seus caracteres: forma de aparecimento, duração, intensidade, periodicidade, relação com outros sintomas, particularmente calafrios, tremores e sudorese, relação com as horas do dia, etc. Em certas doenças podemos chegar ao diagnóstico estudando apenas a febre: é o caso da malária, com sua febre intermitente, terçã ou quartã, da brucelose e sua febre ondulante, da febre tifóide com sua febre contínua, alta, em platô, das supurações e da pielite com sua febre hética, da febre recorrente e seu aspecto homônimo (não verificada no Brasil). Interessante é também assinalar a febre em sela do sarampo, a febre bifásica da varíola (de invasão e de supuração), a febre vespertina da tuberculose, as febres diurnas e noturnas das filariases respectivas, etc.

De grande interesse, também, é o conhecimento da maneira como se iniciou a doença; assim, a febre tifóide e a meningite tuberculosa são geralmente de início insidioso, em contraposição com outras entidades de início abrupto, como por exemplo as meningites purulentas e as outras salmoneloses.

Quando houver exantema, é necessário sabermos como, aonde e quando se iniciou o mesmo, como evoluiu, bem como os fenômenos relacionados a êle.

Também é preciso assinalar os tratamentos prévios ministrados ao paciente.

Os *antecedentes individuais* devem naturalmente ser pesquisados, segundo as normas correntes de observação, compreendendo: condições gerais de nascimento e desenvolvimento, passado mórbido geral e estado de saúde prévia, operações e traumatismos sofridos, menarca e ciclo menstrual nas mulheres, época da primeira ejaculação nos homens, uso de tabaco, álcool e outros tóxicos, etc., reservando-se para o subtópico seguinte outras informações.

Nos *dados epidemiológicos* estuda-se esquematicamente os seguintes elementos: 1) origem e roteiro; 2) hábitos e habitações; 3) contato com doentes; 4) animais relacionados ao doente; 5) passado infecto-parasitário; 6) vacinações; 7) tomada de transfusões; 8) existência de vectores; 9) profissões prévias.

Origem e roteiro — Neste item devemos indagar o local de nascimento, município, zona (rural ou urbana) e ainda os lugares por onde o doente passou ou morou (municípios e zonas) até a data atual; nas grandes cidades convém assinalar os bairros. Também devemos anotar o tempo que permaneceu nesses locais. Dêse modo nós como que “seguimos” o doente e estabelecemos a sua área geográfica. Assim, podemos suspeitar ou afastar em um certo doente determinadas moléstias. Para citar alguns exemplos nossos: todo doente procedente do Nordeste do Brasil é suspeito de esquistossomose; se nasceu em Santa Catarina mas morou no Norte de Minas Gerais também

o é; se nasceu e morou sempre na Capital de São Paulo, mas esteve em contato com certas águas em Santos (Macuco, Saboó, Jabaquara, Ponta da Praia) poderá ter contraído esquistossomose nesses locais. Em caso compatível com calazar os doentes que residem ou residiram no sertão da Bahia são fortemente suspeitos de sofrerem esta parasitose. As zonas rurais de Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso, Goiás e Bahia apresentam alto nível de triatomídeos infectantes. Já nas zonas rurais, de derrubadas de mata, são relativamente freqüentes a febre amarela silvestre e a leishmaniose tegumentar. Ainda existem no Brasil mosquitos infectantes da malária em zonas alagadas e beira de rios. A distribuição da hidatidose é proporcional à quantidade de gado ovino dos Estados brasileiros.

Em certos casos autóctones de determinada doença um roteiro pormenorizadamente investigado revela às vezes a falsidade dessa interpretação. Muito ilustrativo foi o caso de um indivíduo que “nunca” havia saído da Capital de São Paulo e que, apesar de não ter tomado transfusões, apresentava malária; um interrogatório quase policial fê-lo lembrar-se que tinha estado em Cubatão, onde houvera sido picado por mosquitos.

Como no item raça e nacionalidade, da identificação, frisamos que nos forasteiros é necessário pensarmos na patologia exótica dos lugares por onde passou o examinando.

Os *hábitos e habitações* são de importância exponencial nas doenças infecto-parasitárias. Citaremos algumas relações entre estes dados e moléstias mais comuns do nosso meio: os banhos em lagoas, rios, riachos e açudes, com a esquistossomose; as casas de barro infestadas de “barbeiros” com a doença de Chagas; os hábitos de palitar os dentes com gravetos e de fazer toailete anal com folhas de plantas, e a blastomicose; a falta de uso de calçados, com a ancilostomíase; a falta de fossas e de água encanada, com as verminoses em geral e com a febre tifóide; a má higiene com as ectoparasitoses e com as micoses superficiais; a ingestão de leite cru, com a brucelose e com a tuberculose intestinal; é conhecida a geofagia que apresentam os verminóticos, particularmente os ancilostomóticos. Ultimamente é muito comum a hepatite infecciosa nos indivíduos que a qualquer mal-estar recorrem ao uso de injeções, principalmente feitas em farmácias inidôneas. A disposição entre a fossa e o poço de certas casas pode trazer informes valiosos mormente em relação à febre tifóide.

O *contato com outros doentes*, particularmente familiares ou próximos, e o conhecimento deste fato muitas vezes são suficientes para orientar um caso. Em face das doenças epidêmicas o diagnóstico sempre é sugerido pelas cadeias de infecção. No entanto, devemos lembrar que os portadores-sãos transmitem as enfermidades sem que estejam atacados por elas. Muito comum é o caso dos adultos funcionarem como transportadores de certas viroses que acometem crianças como sarampo, varicela, caxumba, etc. Também casos de toxinfecções alimentares e febre tifóide podem ter origem em portadores assintomáticos.

Da mesma forma que no item anterior, o conhecimento de *animais em contato com o doente* é de máxima importância. Já tivemos oportunidade de nos referirmos à psitacose-ornitose das aves em geral, que se transmite

a seus tratadores. No entanto, outras zoonoses são relativamente comuns no homem e precisamos investigar que animais estiveram em contato com o doente, se êsses animais estavam sãos ou se adoeceram recentemente, etc. Às vêzes os animais funcionam apenas como portadores ou vectores. Relacionaremos alguns exemplos: ratos e doença de Weil, tifo murino, peste e sodoquíase; cães, com febre canícola, raiva e larva migrans (*Ancylostoma caninum*); porcos, com balantídiase; gado caprino, vacum e suíno, com brucelose; gado ovino e vacum, com carbúnculo; gado eqüino, com mormo; gado vacum, com febre aftosa; gado em geral e salmoneloses animais; macacos com febre amarela silvestre, etc.

No *passado infecto-parasitário* devemos investigar as doenças da infância (sarampo, varicela, caxumba, coqueluche, difteria, escarlatina, etc.) e se as mesmas evoluíram sem complicações. Às vêzes uma miocardite, uma hipertensão, um enfisema pulmonar, uma esterilidade podem estar relacionadas com essas entidades. As disenterias passadas, particularmente "câimbras" de sangue, devem ser interrogadas minuciosamente. Em paciente com hepatomegalia o reconhecimento de uma amebíase intestinal antiga faz pensar em hepatite amebiana ou abscesso amebiano do fígado. Do mesmo modo, em paciente suspeito de doença de Chagas é de capital importância a caracterização do chagoma de inoculação (sinal de Romana quando no aparelho visual). A eliminação de vermes ou de anéis de tênia no passado pode fazer suspeitar de complicações atuais ou da presença da cisticercose. Os antecedentes venéreo-luéticos por diversos aspectos devem ser pormenorizadamente esclarecidos para explicação de certas artrites, cirroses ou mesmo de algumas reações sorológicas.

A malária, mesmo curada, pode conduzir a uma hepatosplenomegalia residual e o seu conhecimento precisa ser estabelecido para a valorização das hipertrofias do fígado e do baço que encontrarmos no exame físico atual dos nossos doentes.

A febre tifóide pode, após largo tempo, provocar artrites, osteomielites, pielites, colecistite, etc., daí decorrendo um aspecto da importância do seu reconhecimento no passado infecto-contagioso de um paciente.

Ainda neste item importa saber quais as doenças infecciosas que o doente apresentou porque muitas delas conferem imunidade duradoura e, assim, serão afastadas a priori as que anteriormente acometeram o indivíduo. Exemplo: em paciente com doença exantemática eruptiva que já teve varicela é mais lógico, sem outros elementos, pensar-se em varíola.

Também assinalamos e nos abtemos de comentar a importância dêstes conhecimentos em face das encefalites pós-infecciosas.

Algumas meningites, inclusive as pós-traumáticas, encontram explicação de sua gravidade devido às infecções antigas dos ouvidos e seios da face.

As anginas repetidas podem levar a uma febre reumática e esta à endocardite bacteriana.

Outros exemplos poderiam ser citados, porém não temos intenção neste artigo de esgotar a patologia infecciosa.

As *vacinações* sofridas pelo paciente representam também item de grande importância. É necessário saber quês vacinações foram feitas, em que data, quantas doses, qual o intervalo entre elas, se houve pega (no caso da antivaricelosa), e assim concluirmos ou não que a vacinação proposta foi ou não eficiente. Devemos inquirir sobre a aplicação de BCG, tríplice, TAB, antivaricelosa, Salk e antifebre-amarela. Exemplo: em paciente vacinado antiga e corretamente contra febre tifóide + paratífos A e B, que apresenta doença febril atual, não podemos pensar a priori que se trate dessas moléstias.

As *transfusões de sangue* ou mesmo de plasma podem transmitir moléstias como a malária, a doença de Chagas, a brucelose, a sífilis e a hepatite por soro homólogo; assim, o conhecimento destas práticas assume caráter preponderante nos antecedentes de nosso doente. Exemplo: indivíduo que nunca saiu da Capital de São Paulo apresenta quadro sugestivo da doença de Chagas e tomou transfusão por ocasião de um acidente no passado é bastante suspeito de ser um chagásico mormente se o sangue transfundido não foi convenientemente selecionado. Assim, somaremos a área geográfica do receptor à área geográfica do doador.

A *existência de vectores* como pulgas, carrapatos, moscas, piolhos, mosquitos, triatomídeos, etc., cuja presença às vezes pode ser verificada direta ou indiretamente na pele ou nas vestes dos doentes é de substancial importância. Lembramos o caso de uma febre maculosa que apresentava vários *Amblyoma* firmemente aderidos à pele do paciente.

Finalmente, o conhecimento de *profissões prévias*, e o estudo pormenorizado da atual e das passadas, deve ser feito para completar o item da identificação, no qual não se pode esmiuçar os detalhes. O conhecimento destes fatos já foi comentado; apenas queremos sugerir que, ao se deparar com profissões incomuns, deve-se procurar saber quês materiais são manipulados pelo doente. Exemplo: um auxiliar de laboratório que adoecê, necessita informar qual a natureza do seu trabalho (lida com animais inoculados? com culturas? etc.).

Nos *antecedentes hereditários* — como a parte de dados epidemiológicos, referentes a familiares ou relativos, já foi ventilada no subtópico anterior — somente completaremos com informações sobre doenças gerais, hereditárias, graves, número de membros da família, causas dos óbitos dos falecidos, número de gestações das espôsas dos doentes, bem como ocorrência de abortos e outros dados acessórios.

III — O *exame físico*, quer geral, quer especial, não difere dos demais feitos em outras clínicas; apenas queremos chamar a atenção para alguns pontos mais indicativos nas doenças infecto-contagiosas.

O *estado geral* freqüentemente faz diagnóstico diferencial entre as doenças graves e as benignas.

O *estado nutritivo* e a *idade aparente* fornecem elementos para afirmação ou infirmação de moléstia consuntiva.

A *atitude* e o *decúbito* são indicativos de acometimentos particulares. Os melhores exemplos são dados pelo tétano e seu opistótono, e pelas meningites e sua posição em gatilho de espingarda.

A *fácies* algumas vezes é característica, como a de choringas do sarampo, a de chupador de manga na escarlatina (*fácies* de Filatow), o pescoço proconsular na difteria séptica, a *fácies* edematosa com hemorragias da coqueluche, o riso sardônico do tétano, a *fácies* leonina da lepra, etc.

O *psiquismo* está geralmente alterado na febre tifóide e na febre maculosa, bem como nas toxemias graves.

O estudo detalhado da *pele* vai fornecer dados importantíssimos em relação aos exantemas, icterícia, anemia, petéquias, cianose, etc., além dos elementos próprios das micoses superficiais. Ainda podemos verificar na pele a presença de ectoparasitas vectores ou responsáveis por algumas doenças infecciosas e tropicais. Em presença de exantema precisamos esmiuçar todos os seus caracteres, distribuição, morfologia, topografia, etc.

Nas *mucosas* devemos sempre procurar os enantemas, a anemia, etc. De particular interesse é o exame das fauces e a descrição das diversas anginas.

O estudo dos *anexos* às vezes apresenta grande importância, mormente no caso das micoses dos pêlos e das unhas.

O *sistema ganglionar* deve ser cuidadosamente examinado porquanto as adenites e adenopatias são muito freqüentes nas doenças infecto-parasitárias.

Os *sistemas osteoarticular e muscular* também merecem atenção: conhecidas são as dores musculares da doença de Weil.

No *exame físico especial* obviamente devem ser minuciosamente estudados todos os órgãos e aparelhos e particular valor apresenta a caracterização detalhada das *hepatosplenomegalias*, tão comuns às doenças infecciosas e parasitárias.

Nas meningites, meningencefalites, encefalites, etc., o *estudo cuidadoso do sistema nervoso* irá fornecer muitas vezes dados para os diagnósticos topográfico e etiológico destas entidades.

RESUMO

O autor procura uniformizar a observação dos portadores de doenças infecciosas e tropicais e justifica tal tentativa. Analisa ainda os diversos itens da questão, evidenciando os aspectos mais importantes em relação às moléstias mais comuns em nosso meio.

SUMMARY

The author suggests a standardization of the methods by which the case history of patients with infectious or tropical diseases should be taken, as well as an uniformization of clinical examination. He analyses various aspects of this issue by describing some important features of the most frequent diseases in this country.