

ALGUNS DADOS SOBRE A HANSENÍASE NO GRUPO ETÁRIO 1-5 ANOS

WALTER BELDA *

Para Jeanselme⁽³⁾ os descendentes de doentes de lepra parecem oferecer maior predisposição à moléstia, sobretudo onde é ela endêmica. Lara⁽⁵⁾ afirma ser a primeira infância o grupo mais suscetível, e que "adultos são imunes ou quase imunes à infecção". Muitos repetiram ser a hanseníase adquirida na infância com eclosão na idade adulta.

Segundo Muir⁽⁹⁾, 1948, na leprose "como na tuberculose, a infecção é mais comum nos primeiros anos de vida".

Tornou-se assim conceito corrente, a afirmação de que as crianças seriam mais suscetíveis à lepra, e de que os filhos de doentes, separados ao nascer, não a contrairiam.

A ampla aceitação dessas observações tem sido o suporte da separação compulsória de filhos de pais doentes, das creches e preventórios, impedimentos de casamentos e mesmo da recomendação, por alguns, da esterilização do hanseniano. Mitsuda⁽⁸⁾ preconizava a vasectomia.

No entanto, em 1848, no livro de Danielssen e Boeck⁽¹⁾, já deparamos com estatísticas onde se evidencia o pequeno número de casos na 1.^a infância e mesmo a citação de Fuchs que nunca teria encontrado um caso abaixo dos cinco anos. Souza Campos⁽¹⁰⁾, 1937, aponta a benignidade da maioria dos casos da moléstia nos primeiros anos de vida, relacionando-a à "imunidade específica, ou não". Orbaneja⁽²⁾, 1951, afirma não ter conhecimento de nenhum caso de lepra lepromatosa abaixo de três anos. Souza Campos e Souza Lima⁽¹¹⁾, 1950, revelam nunca ter encontrado, em crianças menores de 3 anos nascidas em meio doente, outra forma clínica que a tuberculóide nodular e que tal fato "só pode ser explicado por uma resistência especial à infecção".

Jonquieres⁽⁴⁾, 1968, analisando o problema, refere em 13 casos de lepra no grupo 0-4 anos, 100% de forma tuberculóide, citando ainda os dados de Fernandes que, em 25 casos no mesmo grupo etário, encontrou 96% de tuberculóides e 4% de Indeterminados.

* Médico encarregado do Serviço de Epidemiologia da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Estado de São Paulo.

As observações destes autores falam a favor não só da menor importância do problema, nos primeiros anos de vida, como de um comportamento diferente da doença em relação ao que acontece no adulto. Lara e Nolasco⁽⁶⁾, 1956, afirmam que "a cura espontânea na grande maioria da lepra na infância é um fato demonstrado".

O problema no Estado de São Paulo

No período 1963-1968 foram descobertos e matriculados na Divisão de Hansenologia e Dermatologia do Estado de São Paulo, antigo Departamento de Profilaxia da Lepra, 10.238 doentes. Dêstes, 35, isto é, 0,342% estavam incluídos no grupo etário menor que 5 anos. Calculando o coeficiente de incidência sobre a população média estimada para o período, temos:

População geral	100%	63,669 por 100.000
População de 1-5 anos	14.495%	1,502 por 100.000

O Estado de São Paulo contava em 1965 com 66 Dispensários e 5 Sanatórios de Lepra, 556 Postos de Puericultura, num total de 1.600 unidades sanitárias.

Em que pesem as dificuldades do diagnóstico das formas iniciais da hanseníase, a extensão da rede sanitária e da assistência médica no Estado não permitem supor-se estar longe da realidade o número de casos descobertos.

IDADE NA OCASIÃO DO DIAGNÓSTICO

<i>Idade (anos)</i>	<i>N.º doentes</i>	<i>Porcentagem</i>
2	2	5,714
3	2	5,714
4	7	20,000
5	24	68,571

DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS

<i>Forma clínica</i>	<i>N.º de doentes</i>	<i>Porcentagem</i>
L	2	5,714
I	16	45,714
T	17	48,571

Êstes percentuais sofrem alterações quando relacionados a ano por ano:

Idade	L	%	I	%	T	%	Total
1	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	2	100,000	2
3	—	—	—	—	2	100,000	2
4	—	—	4	57,142	3	42,857	7
5	2	8,333	12	50,000	10	41,666	24
Total	2	5,714	16	45,714	17	48,571	35

Para o total de casos matriculados (10.238), a distribuição era:

L	49,515%
I	27,605%
T	22,876%

Tendo-se em vista a fonte de obtenção dos doentes do grupo estudado:

Exame de comunicantes	30 — 85,714%
Notificação	2 — 5,714%
Apresentação espontânea	3 — 8,571%

podemos, com pequena margem de erro, validar tais dados, assim como os que se seguem, relativos à idade provável do início da doença, relatado pelos examinadores:

Idade (anos)	N.º de doentes	Porcentagem
1	3	8,571
2	6	17,142
3	5	14,285
4	17	48,571
5	4	11,428

que sugerem tempo curto de incubação e de polarização da moléstia, pelo menos no grupo estudado. Os 2 casos de forma L tinham tempo provável de moléstia de 2 e 4 anos.

Distribuição segundo idade, forma clínica e sexo

Idade	F. clín.			L			I			T		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
2	—	—	—	—	—	—	1	1	2			
3	—	—	—	—	—	—	—	2	2			
4	—	—	—	1	3	4	1	2	3			
5	1	1	2	7	5	12	4	6	10			
Total	1	1	2	8	8	16	6	11	17			

TOTAL: Masculino 15 — 42,857%

Feminino 20 — 57,142%

O pequeno número de casos não permite conclusões definitivas sobre esta predominância feminina. No entanto, no total dos casos matriculados (10.238) observa-se predominância feminina até os 10 anos, devida principalmente ao grupo T.

Quanto aos focos prováveis, verificamos:

Mãe	14	40,000%
Pai	11	31,428%
Pai + Mãe	1	2,857%
Irmão	1	2,857%
Avós	2	5,714%
Tios	2	5,714%
Avós + Tios	1	2,857%
Vizinhos	1	2,857%
Desconhecidos	2	5,714%

Forma clínica dos focos:

L	31	88,571%
I	1	2,857%
T	1	2,857%
Desconhecido	2	5,714%

O foco T é materno e não há referência de outros casos de moléstia na família. O foco I, também materno, apresenta dois outros casos de doença na família, os avós também do Grupo I.

Convivência com os focos:

Domiciliar	30	85,714%
Extra-domiciliar	3	8,571%
Desconhecida	2	5,714%

No mesmo período (1963-1968), levando-se em conta o total de matriculados, a notificação forneceu mais de 50% de casos, contra 24% despistados através de exame de comunicantes. Chama a atenção o fato de que acima de 60% dos doentes notificados desconhecem o foco provável. Estes dados gerais diferem, como seria de se esperar, significativamente dos dados referentes à fonte de obtenção de doentes e ao foco no grupo estudado.

A observação realizada, no entanto, não é suficiente para explicação dos fatos relatados. Os primeiros anos de vida seriam acompanhados realmente de maior resistência à hanseníase, como se processa em muitas outras doenças? Seria esta resistência inata ou decorrente da convivência com o foco? Qual a incubação real do processo leprótico? O quadro clínico das formas polares seria sempre precedido das manifestações do grupo Indeterminado? Um teste diagnóstico de infecção talvez permitisse resposta à grande parte destas indagações.

Em que pesem estas incógnitas, os dados apresentados, de acordo com a maioria dos autores modernos, nos permitem chamar a atenção para os seguintes fatos:

- a) a incidência da lepra antes dos 5 anos é baixa;
- b) predominam as formas não contagiantes;
- c) neste grupo etário, a forma T parece eclodir sem as manifestações iniciais do Grupo Indeterminado;
- d) não se justificam medidas restritivas (separação de filhos, creches, preventórios, impedimento de casamento, etc.);
- e) a vigilância sanitária do foco familiar é ainda a única medida profilática eficaz.

RESUMO

Através levantamento dos casos de hanseníase matriculados na Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Estado de São Paulo, no período 1963-1968, o autor analisa o comportamento epidemiológico da moléstia no grupo etário 1-5 anos. Realça a baixa incidência da moléstia e a predominância das formas benignas. Desaconselha medidas sanitárias de caráter restritivo.

SUMMARY

Through the uprising of the leprosy cases matriculated on the "Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária", of São Paulo State, during the 1963-1968 term, the author analyses the epidemiological behaviour of the disease, in the 1-5 years old age group. Points out the low incidence and the predominance of the benign forms. Dissuades control measures of restrictive character.

BIBLIOGRAFIA

1. DANIELSSEN, D. C. & BOECK, W. — *Traité de la Spédalskhed ou Eléphantiasis des Grecs*. Paris, Bailliére, 1848, p. 92.
2. GOMES ORBANEJA, J. — *Lepra nodular tuberculóide infantil*. *Actas dermo-sifiligr.*, Madrid, 42(4) :415, 1951.
3. JEANSELME, E. — *La Lépre*. Paris, Doin, 1934, p. 568.
4. JONQUIERES, E. D. L. — *Formas clínicas de la lepra infantil*. *Publicaciones "Patronato de Leprosos" de la República Argentina*, 15(47), 1968.
5. LARA, C. B. — *Neglected problems on leprosy control*. *J. Philip Med. Ass.* 28(2):82, 1952.
6. LARA, C. B. & NOLASCO, S. G.— *Self-healing, or abortive, and residual forms of childhood leprosy and their probable significance*. *Int. J. Leprosy*, 24(3):258, 1956.
7. LEMOS, M. M. — *A Secretaria da Saúde e a Realidade Sanitária do Estado de São Paulo*. São Paulo, s.c.p., 1967.
8. MITSUDA, K. — *Prophilaxie de la lèpre au Japon*. *Conf. Intern. de la Lépre*, 3.^a, Strasburg, 1923. Paris, 1924, p. 379.
9. MUIR, E. — *Manual of Leprosy*. Edinburgh, Livingstone, 1948, p. 15.
10. SOUZA CAMPOS, N. — *Aspects cliniques de la lépre tuberculoide chez l'enfant*. *Rev. Bras. Leprologia*, 5 (n.o especial):99, 1937.
11. SOUZA CAMPOS, N. & SOUZA LIMA, L. — *Lepra na Infância*. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Lepra, 1950.