

Relatório das Comissões

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE EPIDEMIOLOGIA

Nosso conhecimento atual sobre Epidemiologia da Lepra é ainda incompleto em virtude da impossibilidade de se cultivar o seu agente causal fora do organismo humano, quer em animais susceptíveis, quer em meios artificiais de culturas. Além disso, em virtude de aspectos clínicos especiais, tais como extrema cronicidade, período prolongado de latência, diversidade, sintomas iniciais, variação no decurso clínico e falta de uma prova terapêutica, torna-se muito difícil, a nossa compreensão da biologia dessa moléstia. Reconhecemos assim que novos métodos de ataque devem ser empregados para adiantar o conhecimento de suas características epidemiológicas. No terreno da clínica, por exemplo, as manifestações cutâneas devem ser estudadas por contínuas observações, das lesões nos mesmos indivíduos durante um longo período de anos, desde os estádios mais precoces até os mais avançados.

Da mesma forma, na coleção de informações estatísticas os dados devem se estender por longos períodos de modo a se ajustar aos aspectos evolutivos variáveis citados acima. Devem ser empregados no estudo da lepra os métodos estatísticos utilizados no estudo de outras moléstias crônicas e na análise das estatísticas econômicas e de seguros de vida, tais como o uso de tabelas de vida provável e as análises clínicas das tendências econômicas.

FATORES QUE INFLUENCIAM A TRANSMISSÃO DA LEPRÁ **FATORES BIOLÓGICOS:**

(a) idade

Com relação aos grupos de idade, seguimos as recomendações da Conferência do Cairo, como segue:

0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, e 60 e mais. Considera-se criança o indivíduo abaixo de 15 anos de idade.

Em adição, propomos o uso concorrente do agrupamento bio-fisiológico de idades de acordo com Castaldi e Nobecourt (vide apêndice).

Há evidência do maior predisposição da criança à lepra, mas não está demonstrado se isso se deve ao fato de ser a criança um terreno virgem de contágio ou um verdadeiro fator biológico. O assunto é recomendado como estudo.

(b) Sexo

Na maioria dos países o sexo masculino parece predominar sobre o feminino especialmente na forma lepromatosa. Ainda aqui os dados disponíveis não permitem conclusões definitivas sobre se

si trata de um verdadeiro fator biológico ou de um fator extrínseco, tal como maior probabilidade de exposição.

(c) Raça e nacionalidade

Não há prova ainda de maior susceptibilidade em virtude de condições raciais ou de nascimento. Investigando a frequência relativa da lepra em diferentes nacionalidades ou raças dentro de um país deve-se considerar sempre a composição racial e nacional de toda a sua população.

(d) Imunidade ou resistência

A investigação desses fatores por vários métodos biológicos (inclusive a reação de Mitsuda) acentuou a grande importância de se empregar antígenos de composição conhecida, dosagem padronizada e interpretação uniforme dos resultados. De outra maneira não se pode apreciar acuradamente com estas provas biológicas ou fatores imunitários individuais ou de grupo.

Julgamos aconselhável que no período experimental se procure estabelecer uma organização central que se encarregue da produção, padronização e distribuição dos antígenos a Institutos de pesquisas devidamente creditados.

(e) Reservatórios de infecção

Os estudos sobre a transmissão conjugal e familiar da lepra trouxeram dados adicionais confirmando a idéia de que a forma lepromatosa da moléstia é a fonte principal de disseminação. Contudo, faltam ainda estudos conclusivos para se estabelecer o grau em que as formas tuberculóide e incharacterística podem funcionar como fonte de propagação da moléstia.

FATORES SOCIOLÓGICOS

Não há dados seguros sobre a importância de condições tais como higiene, nutrição, estado econômico, profissão e nível cultural, devido a dificuldade de se estabelecer agrupamentos nítidos da população baseados nesses fatores. Parece que a incidência é mais alta nos grupos mais pobres da população, mas não há prova estatística desse fato.

Com relação a habitação é frequentemente possível obter-se um índice razoavelmente seguro indicando superlotação. Esse índice geralmente mostra uma correlação positiva com a incidência da lepra.

FATÔRES MESOLÓGICOS

(Ecologia. Ecologia fisiológica ou fisiográfica)

Dispomos de dados interessantes referentes a condições diversas em diferentes regiões da América do Sul que variam desde uma ausência de lepra quasi total na região andina da Bolívia (caracterizada por sua altitude e clima) a até a altíssima incidência no clima úmido e quente da Guiana Francesa, bem como a baixa incidência no Nordeste Brasileiro.

A situação na Bolívia, onde a população está em condições incomparáveis para o estudo da influência da altitude e possivelmente do clima na incidência da moléstia, destacando-se a sua inexistência a 4 000 metros.

Seria valioso determinar se a lepra é realmente inexistente no Chile, como se pretende, e investigar os casos possíveis desse fenômeno.

INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

Somos de opinião que um estudo epidemiológico completo da lepra em qualquer país deve incluir três tipos de inquérito:

- 1 — O inquérito geral ou extensivo.
- 2 — O censo intensivo.
- 3 — A investigação contínua dos contatos domiciliares.

1 — O Inquérito geral:

baseia-se na procura de todos os casos da moléstia e deve ser estendido de preferência ao exame dos comunicantes. Esse trabalho será grandemente facilitado pelo estabelecimento de Dispensários Dermatológicos permanentes, localizados nos focos importantes da moléstia e por Clínicas Itinerantes no resto do país. Este tipo de inquérito é essencialmente uma parte da campanha geral antileprótica e um dos seus resultados práticos é a detecção dos casos bacteriológicamente positivos tão cedo quanto possível. Os dados assim obtidos são necessariamente incompletos, e de valor muito limitado do ponto de vista epidemiológico. Por essa razão é necessário que este tipo geral seja completado por um, ou melhor, ambos os tipos de inquérito que seguem:

2 — O Censo Intensivo

- a) Este censo deve ser limitado a uma área bem definida e, se possível, a uma unidade administrativa ou municipal;
- b) O censo deve ser feito de casa em casa e incluir todos os individuos da região. Para isso é aconselhável um censo preliminar pelas autoridades administrativas ou sanitárias locais;

c) Em seguida a este censo deve-se fazer o exame de todos os indivíduos por médicos treinados no diagnóstico das diferentes manifestações da lepra.

d) É talvez possível neste tipo de censo um estudo detalhado de todos os fatores já mencionados e que podem influenciar a transmissão da lepra, incluindo a lepromino-reação ou outra reação imunobiológica semelhante;

e) "Follow up" de todos os indivíduos na área censada inclusive todos os casos de lepra e contato domiciliares.

Este tipo de inquérito deve ser realizado em diversas áreas de amostras ("Sample areas") cuidadosamente escolhidas de modo revelarem, tanto quanto possível diferenças relacionadas com profissão, clima, altitude, incidência da lepra e outros fatores.

3 — O "follow up" contínuo ou evolutivo dos contatos domiciliares.

Por este método de estudo nos próprios comunicantes a evolução da moléstia, fatores clínicos, imunológicos, bem como a transmissibilidade, podem ser correlacionadas e melhor compreendidos. À medida que novos fatos vierem à luz tanto pelo censo intensivo como pelo tipo contínuo de inquérito, podem eles ser encaminhados para aplicação plástica.

ASSUNTOS RECOMENDADOS PARA A PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA

1 — Durante a segunda grande guerra muitas pessoas vindas de áreas endênicas de lepra foram subitamente localizadas em regiões de variável endemicidade leprosa durante os períodos de tempo também variáveis mas conhecidos. Um estudo de grupo selecionado poderia fornecer informações básicas com referência ao período de incubação da moléstia bem como dados importantes referentes a avaliação do risco de contaminação leprosa em campanhas militares.

2 — Os gráficos obtidos nos preventórios de São Paulo mostram que em crianças separadas de seus pais doentes depois de certo período do contato, os primeiros sintomas da moléstia aparecem entre o primeiro e o quinto ano após a separação, com o máximo até o terceiro ano. Estudos nesse sentido em outras regiões poderiam auxiliar a trazer luz sobre a questão.

3 — A história da disseminação da lepra nos diferentes países da América deve ser cuidadosamente investigada de modo a permitir um estudo da disseminação e desenvolvimento da moléstia no Hemisfério Ocidental.

QUADRO A

EPIDEMIOLOGIA DA LEPRO

GRUPO DE IDADE PARA O CENSO ESTATÍSTICO DE 1946

IDADE	Denominação do Período	Caracteres Biológicos
0 a 15 dias	Recemnacido	Queda do cordão umbelical e cicatrização
+ 15 dias a 1 a.	Pequena infância (Castaldi)	Aleitamento materno - LACTENTE
+ 1 a 2 anos		Primeira dentição que vae do 6.º ao 30.º mês.
+ 2 a 6 anos	Média infância (Nobecourt)	Período de turgor que vae do 2.º ao 5.º ano. (TURGOR PRIMUS) Período de alongamento que vae do 5.º ao 6.º ano. (PROCRITAS PRIMA)
+ 6 a 10 anos	Grande infância (Nobecourt)	Início da 2.ª dentição com o aparecimento do 1.º retro-molar aos 6 anos. O 2.º período de turgor (TURGOR SECUNDUS) vae do 6.º ao 10.º ano.

M U L H E R:		H O M E M:	
Idade:	Denominação do período	Idade:	Denominação do período
+ 10 a 13 a.	Período pré-pubere.	+ 10 a 15 a.	Período pré-pubere.
+ 13 a 15 a.	Puberdade.	+ 15 a 18 a.	Puberdade.
+ 15 a 21 a.	Adolescência e idade pré-adulta.	+ 18 a 25 a.	Adolescência e idade pré-adulta.
+ 21 a 35 a.	Período de virilidade crescente.	+ 25 a 30 a.	Período de virilidade crescente.
+ 35 a 40 a.	Período virilidade constante.	+ 40 a 50 a.	Período de virilidade constante.
+ 40 a 50 a.	Período de virilidade decrescente incluindo o CLIMATÉRIO que se inicia a partir dos 45 a. e tem a duração variável de 1 a 4 anos.	+ 50 a 60 a.	Período de virilidade decrescente incluindo o CLIMATÉRIO que se inicia a partir dos 50 a. e tem a duração variável de 1 a 4 anos.
+ 50 a 60 a.	Período dentro do qual pode surgir o envelhecimento precoce.		

Grupos Etários:	Acima de 60 a.		Acima de 60 a.	
	Geral:	Velhice.	Mulher:	Homem:
0 a 15 dias			+ 10 a 13 anos	+ 10 a 15 anos
+ 15 dias a 1 ano			+ 13 a 15 "	+ 15 a 18 "
+ 1 a 2 anos			+ 15 a 21 "	+ 18 a 25 "
+ 2 a 6 "			+ 21 a 35 "	+ 25 a 40 "
+ 6 a 10 "			+ 35 a 40 "	+ 40 a 50 "
+ 60 anos			+ 40 a 50 "	+ 50 a 60 "
			+ 50 a 60 "	+ 50 a 60 "

LUIGI CASTALDI — Acrescimento corporeo e Costituzione del uomo. Firenze 1928 — Précis de Médecine Infantile — Paris 1912 - P. Nobecourt.