

Situação da hanseníase no Estado de São Paulo em 1978

Walter BELDA *
Clovis LOMBARDI*

RESUMO — Os autores descrevem a situação da endemia da hanseníase no Estado de São Paulo no ano de 1978, através da apresentação dos coeficientes de prevalência e de incidência nas diversas Divisões Regionais de Saúde do Estado.

É tentada ainda uma avaliação da situação de implantação de um programa integrado de controle da hanseníase, iniciado em 1976, através da observação da participação das Unidades Sanitárias da rede estadual nas atividades de vigilância epidemiológica deste programa.

Unitermos: Hanseníase. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

De acordo com as diretrizes de descentralização executiva das ações de saúde, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo dividiu o Estado em 12 Divisões Regionais de Saúde (DRS) ; 11 destas Regiões coincidem com a divisão em Regiões Administrativas do Governo do Estado, tendo em comum os municípios-sede. (16)

Em decorrência de problemas específicos, em área de aspectos sócio-econômicos e fisiográficos semelhantes, determinantes de condições de saúde mais precárias, em 1973 foi criada (15) a Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira (DEVALE), englobando municípios do litoral sul pertencentes à DRS-2 (Santos) e alguns municípios vizinhos da região de Sorocaba (DRS-4).

Estas divisões tiveram como escopo proporcionar adaptações mais consentâneas com as realidades regionais, em termos médico-assistenciais e hospitalares, dos programas elaborados pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Cada região compreende um número variável de Distritos Sanitários, englobando estes também números diferentes de municípios. Estas áreas são dotadas de Unidades Sanitárias polivalentes que se ligam administrativamente, em última instância, à Coordenadoria de, Saúde da Comunidade. A rede hospitalar está subordinada à Coordenadoria de Assistência Hospitalar. Estas Coordenadorias, responsáveis pelo atendimento direto à população, subordinam-se ao Secretário da Saúde (16).

(*) Do Departamento de Epidemiologia (Área de Dermatologia Sanitária) da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Instituto de Saúde (Seção de Epidemiologia da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária). S. Paulo, Brasil.

Dentro desse quadro administrativo vêm se desenvolvendo as atividades de atendimento médico-sanitário ao paciente de hanseníase.

De há muito concentrando o maior percentual de doentes de hanseníase do País, o Estado de São Paulo oferece uma das mais ricas experiências históricas em termos de conhecimento epidemiológico da endemia (1, 2, 3, 10, 14).

Inúmeros fatores contribuíram para o crescimento explosivo do Estado, principalmente de sua Capital, tomada o mais importante pólo de desenvolvimento do País (9, 19) desde a expansão da economia do café em fins do século passado (4) até sua atual liderança industrial. Embora grande parte do país exiba características de alta endemicidade para hanseníase, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (5, 6, 13), as condições peculiares de São Paulo propiciaram intensos movimentos migratórios, inicialmente de predominância estrangeira e mais recentemente de movimentação interna, as quais, ao lado de representarem causa e efeito do grande desenvolvimento da região, determinaram um agravamento progressivo de suas condições de saúde, inclusive do problema sanitário da hanseníase (3, 6, 11).

Historicamente, as alterações das condições fisiográficas, sócio-econômicas e das tendências das políticas sanitárias ditadas pelos especialistas, determinaram modificações no enfoque do problema da hanseníase, com variações de eficácia ligadas a fatores políticos, econômicos, sociais, de nível de conhecimentos científicos etc. Assim, o Estado iniciou no fim da década de 1920 (10) o isolamento compulsório; na década de 1950, deu ênfase à ação dispensarial e, a partir de 1968 inicia as primeiras medidas administrativas no sentido de integração do controle de hanseníase nas atividades gerais da saúde (7, 8, 14). Em 1976, a elaboração de um subprograma específico permitiu o início da implantação de um programa integrado de controle da doença

em todas as Unidades Sanitárias da rede estadual (18).

No entanto, em todas estas fases, infelizmente não foi possível um suporte efetivo e completo das atividades, em termos de recursos materiais e humanos, que permitisse uma avaliação segura de suas repercussões na endemia.

Não obstante, temos de assinalar um fato que nos parece de significado, embora confessando a precariedade do controle até os dias atuais: a redução significativa dos percentuais das formas virchovianas que de 75 % nos anos 20, vem oscilando em torno de 50% nos últimos anos; assim, em 1978 tivemos 48,29% de virchovianos para 27,44% de casos indiferenciados (1, 2, 3, 12).

OBJETIVOS

A Seção de Epidemiologia da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde, da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, consolida e analisa as informações referentes à hanseníase no Estado de São Paulo. Embora tenha condições de proporcionar informações corrigidas por extrapolações, tem como norma apenas processar dados realmente registrados e comprovados no Arquivo Médico Central. A multiplicidade de Unidades Sanitárias, nem sempre equipadas convenientemente, as distorções óbvias de um programa em implantação, ainda sem total uniformidade de conceitos, permitiu apenas uma aproximação da realidade.

Na determinação dos objetivos deste trabalho, ressaltamos que trabalhamos com dados incompletos em termos numéricos e registramos dúvidas quanto ao item referente a percentual de "controlados". Com essas ressalvas nos propomos:

a — descrever a situação da endemia da hanseníase (excluindo cerca de 2.500 do-

entes internados) no Estado de São Paulo, através dos coeficientes de prevalência levantados em relatórios encaminhados em 01/07/78 e de incidência durante o ano de 1978.

b — tentar avaliar a situação da implantação do programa integrado de controle, observando a participação da rede estadual de Unidades Sanitárias (US) nas atividades de vigilância epidemiológica do subprograma de hanseníase.

MATERIAL E METODOLOGIA

Tendo em vista as dificuldades ainda existentes no sistema de informações e a não significância das alterações globais ocorridas entre o final do I.º semestre (01-07) e o final do ano (31.12), processamos os dados de prevalência na base do mapa semestral de controle de doentes (Modelo SVE-6) de 01 de julho de 1978. Estes mapas são encaminhados semestralmente à Seção de Epidemiologia da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária pelas US envolvidas no programa. Os informes prestados estão relacionados apenas aos mapas encaminhados e registrados.

As fichas clínico-epidemiológicas, preenchidas na US, são encaminhadas ao Arquivo Central para codificação e transcrição em fichas Mc Bee e posterior processamento. Obtivemos assim dados de incidência relacionados às fichas registradas na Seção de Epidemiologia até abril de 1979, inferior ao total previsto de registro para o ano de 1978, devido a atrasos de comunicação.

Os coeficientes de prevalência e incidência foram calculados em relação às populações residentes estimadas para o ano em cada DRS, na data de 01.07.1978 (17).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a seguir nas Tabelas 1 a 5 e Figura 1 (p.23), reiterando-se a ressalva de que não estão computados, nestes totais, os pacientes em regime de internação prolongada existentes em quatro hospitais, e em número de 2.500.

Na Tabela 1 estão relacionadas, por Divisão Regional de Saúde, as Unidades Sanitárias existentes e o total de Unidades onde a programação foi implantada. De início observa-se que em apenas duas regiões

(DRS-2 e DRS-7) todas as unidades estão envolvidas. O menor percentual encontra-se na Região da Grande São Paulo que, paradoxalmente, conta com apenas 16,25% de suas Unidades integradas no programa de hanseníase, embora nela resida praticamente um terço dos doentes do Estado. As razões deste fato serão analisadas em trabalho posterior. Por outro lado, em que pese as demais regiões terem programas implantados em acima de 70% das suas unidades, os números globais de mapas de controle enviados, de modo geral, denotam dificuldades no sistema de vigilância epidemiológica. Este fato, associado ao frequente não preenchimento correto dos mapas SVE-6, compreensível devido ao pouco tempo de implantação do programa e as naturais dificuldades de modificação de mentalidade sanitária, aliadas a deficiências de pessoal, implica em reconhecer falhas no controle da endemia. No Estado como um todo, das 793 US existentes, apenas 538 (67,14%) conseguiram de uma ou de outra maneira seguir as normas atuais, porém a deficiência de informações já se toma evidente ao verificarmos apenas 62,16% de mapas de controle enviados à Seção de Epidemiologia.

Na Tabela 2 estão relacionados os casos descobertos (total parcial) em 1978 segundo grupo etário, sexo e forma clínica. Os percentuais de formas clínicas (V=43,14%, D=5,15%, I=27,44%, T=17,67% e TR=5,10%) considerando que mais de 75% dos casos advêm da demanda, nos levam a considerar dois fatos:

1.º) Embora com a descentralização, a classe médica em geral vem contribuindo de maneira satisfatória para a solução do problema. Imputamos este evento ao crescente número de dermatologistas disseminados pelo Estado, bem como às atividades de ensino desenvolvidas pela Secretaria da Saúde e por Associações Médicas, principalmente a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Associação Brasileira de Hansenologia, que vêm multiplicando as reuniões,

curso, simpósios e seminários sobre hanseníase.

2.º) A predominância (71,06%) das formas tardias (V+D+T+TR) nos fichamentos, contra apenas 27,44 de indiferenciados (I). Este fato se torna mais significativo quando sabemos que a vigilância sanitária rendeu apenas 40% de casos ini-

ciais. É de se estranhar a existência de 31 casos sem especificação de forma clínica.

Torna-se cada vez de maior significado a predominância de casos após os grupos etários superiores aos 15 anos, em que enfatizamos o grupo 60 e mais, já interpretada por nós como decorrência de mudança

TABELA 1

Unidades Sanitárias da Rede Estadual por Divisão Regional de Saúde (DRS), e segundo a participação no Programa Integrado de Controle da Hanseníase. (01.07.78)

Divisão Regional de Saúde	Unidades Sanitárias	Enviaram Mapa SVE em 01.07.78	Com Sub-Programa de Controle	TOTAL (Existentes)
DRS-1 (Grande São Paulo)		14 (6,89%)	33 (16,25%)	203 (100,00%)
DRS-2 (Santos)		14 (100,00%)	14 (100,00%)	14 (100,00%)
DRS-3 (São José dos Campos)		30 (85,71%)	30 (85,71%)	35 (100,00%)
DRS-4 (Sorocaba)		45 (72,58%)	48 (77,41%)	62 (100,00%)
DRS-5 (Campinas)		71 (83,52%)	78 (91,76%)	85 (100,00%)
DRS-6 (Ribeirão Preto)		74 (88,09%)	80 (95,23%)	84 (100,00%)
DRS-7 (Bauru)		34 (82,92%)	41 (100,00%)	41 (100,00%)
DRS-8 (São José do Rio Preto)		83 (85,56%)	83 (85,56%)	97 (100,00%)
DRS-9 (Araçatuba)		35 (89,74%)	35 (89,74%)	39 (100,00%)
DRS-10 (Presidente Prudente)		45 (73,77%)	45 (73,77%)	61 (100,00%)
DRS-11 (Marília)		36 (70,58%)	36 (70,58%)	51 (100,00%)
DEVALE (Registro)		12 (57,14%)	15 (71,42%)	21 (100,00%)
Estado de São Paulo (Total)		493 (62,16%)	538 (67,84%)	793 (100,00%)

TABELA 2

Casos de hanseníase registrados durante o ano de 1978 por grupo etário, forma clínica e sexo.

Grupo Etário (anos)	Forma clínica		Virchoviana	Dimorfa	Indeterminada	Tuberculóide		Tuberc. reacional		TOTAL																		
	Masc.	Fem.				Total Masc.	Fem.	Total Masc.	Fem.		Total Masc.	Fem.																
0 a 4	—	—	—	—	2	2	—	2	—	—	2	2	4															
5 a 9	4	—	4	1	—	1	5	7	12	6	1	7	—	1	16	9	25											
10 a 14	17	12	29	2	1	3	19	8	27	12	13	25	2	—	2	52	34	86										
15 a 19	17	30	47	—	1	1	32	26	58	12	12	24	3	4	7	64	73	137										
20 a 29	111	83	194	14	6	20	89	63	152	48	49	97	14	7	21	276	208	484										
30 a 39	128	48	176	14	10	24	60	42	102	26	34	60	9	7	16	237	141	378										
40 a 49	116	57	173	15	6	21	45	48	93	27	33	60	8	7	15	211	151	362										
50 a 59	95	63	158	9	9	18	41	30	71	27	26	53	9	7	16	181	135	316										
60 a 69	81	34	115	8	11	19	34	19	53	23	16	39	16	12	28	162	92	254										
Sem especificação de grupo etário e forma clínica																				24	7	31						
T O T A L											569	327	896	63	44	107	325	245	570	183	184	367	64	45	106	1225	852	2077

de comportamento populacional relacionada aos problemas advindos da urbanização.

A discriminação por grupos e formas clínicas, nos números apresentados, é indicador seguro de que pelo menos em nosso meio, em que pesem as naturais ocorrências de erros de classificação, é possível e desejável a existência de ficha clínico-epidemiológica condizente com o estágio de preparo dermatológico de nossos médicos.

Na Tabela 3 procuramos estabelecer as condições de controle médico-sanitário do paciente. Constam como internados apenas os pacientes em controle em Unidade Sanitária, e que estavam internados provisoriamente por intercorrências, no momento do preenchimento dos mapas. Infelizmente, na análise pormenorizada dos mapas estes números não refletem a situação real de controle; basta atentar para os números relativos ao Grupo Indiferenciado para se ter a idéia do problema. O controle do Grupo I é fundamental no programa. No entanto, dos 7.467 Indiferenciados relacio-

nados, 2.355, isto é, 31,54%, estavam fora de controle. A discrepância entre os percentuais de formas clínicas nos dados de prevalência e incidência, decorre do fato de que naquela, periodicamente, são baixados casos de T e I por alta, em muito maior intensidade que nos casos V e D, daí o percentual mais elevado de V na prevalência.

Até certo ponto, este mesmo raciocínio é válido para os números relatados na Tabela 4, onde expomos os números totais de pacientes, por forma clínica, segundo as diferentes Divisões Regionais de Saúde. Importa ressaltar o problema existente na DRS-2, que de há muito exhibe percentual alto de V e baixo registro de casos novos do Grupo Indiferenciado, embora em termos de controle esta regional apresente 90,64% (?) de Virchovianos controlados (Tabela 5).

Para esta Tabela 5 consideramos válidos os comentários feitos quanto ao controle, considerado na Tabela 3.

TABELA 3

Doentes de hanseníase matriculados em Unidades Sanitárias em 01.07.78, por forma clínica e segundo a condição de controle

Condição de Controle	Forma Clínica			
	V + D	I	T + TR	T O T A L
Controlados	14.543	5.099	3.777	23.419 (73,81%)
Sem controle	3.750	2.355	2.054	8.159 (25,72%)
Internados por Intercorrências	118	13	18	149 (0,47%)
T O T A L	18.411 (58,03%)	7.467 (23,54%)	5.849 (18,43%)	31.727 (100%)

V = Virchoviana

D = Dimorfa

I = Indeterminada

T = Tuberculóide

TR = Tuberculóide Reacional

Na Figura 1 relacionamos os coeficientes de prevalência nas diversas Divisões Regionais de Saúde. Com exceção da DRS-2 e DEVALE, onde se faz necessária investigação maior, todas as demais regiões apresentam problema de hanseníase prioritário. A propósito, cabe ressaltar a importância do número global de pacientes e dos fenômenos de urbanização e conurbação da Região da Grande São Paulo. Para um

total, parcial, de 31.727 doentes existentes no período considerado (estimamos em mais de 40.000), 11.652 residem nesta região, isto é, 36,73%. Estamos frente à maior concentração urbana de doentes de hanseníase da América. Este fato por si só impõe um programa prioritário para a Região da Grande São Paulo, independente do coeficiente de prevalência registrado (inferior a 1,00‰).

TABELA 4

Doentes de hanseníase matriculados em Unidades Sanitárias em 01.07.78, por forma clínica e Divisão Regional de Saúde (DRS)

Divisão Regional de Saúde (DRS)	Forma Clínica	V + D	I	T + TR	TOTAL
DRS-1 (Grande São Paulo)		7.066 (60,64%)	2.222 (19,07%)	2.364 (20,29%)	11.652 (100,00%)
DRS-2 (Santos)		456 (71,14%)	82 (12,79%)	103 (16,07%)	641 (100,00%)
DRS-3 (São José dos Campos)		1.149 (51,69%)	666 (29,96%)	408 (18,35%)	2.223 (100,00%)
DRS-4 (Sorocaba)		1.611 (58,39%)	645 (23,38%)	503 (18,23%)	2.759 (100,00%)
DRS-5 (Campinas)		3.145 (61,76%)	1.167 (22,92%)	780 (15,32%)	5.092 (100,00%)
DRS-6 (Ribeirão Preto)		1.891 (59,09%)	678 (23,89%)	631 (19,72%)	3.200 (100,00%)
DRS-7 (Bauru)		780 (61,81%)	350 (27,73%)	132 (10,46%)	1.262 (100,00%)
DRS-8 (São José do Rio Preto)		589 (52,04%)	317 (28,00%)	226 (19,96%)	1.132 (100,00%)
DRS-9 (Araçatuba)		427 (41,53%)	405 (39,49%)	195 (18,98%)	1.028 (100,00%)
DRS-10 (Presidente Prudente)		663 (44,02%)	557 (36,99%)	286 (18,99%)	1.506 (100,00%)
DRS-11 (Marília)		590 (52,73%)	323 (28,87%)	206 (18,40%)	1.119 (100,00%)
DEVALE (Registro)		44 (38,94%)	54 (47,79%)	15 (13,27%)	113 (100,00%)
(Total) Estado de São Paulo		18.411 (58,03%)	7.467 (23,54%)	5.849 (18,43%)	31.727 (100,00%)

TABELA 5

Doentes de Hanseníase matriculados em Unidades Sanitárias em 01.07.78, por Divisão Regional de Saúde (DRS) e segundo a condição de controle.

Divisão Regional de Saúde (DRS)	Condição de Controle			T O T A L
	Controlados	Sem Controle	Internados por Intercorrências	
DRS-1 (Grande São Paulo)	8.079 (69,33%)	3.550 (30,47%)	23 (0,20%)	11.652 (100,00%)
DRS-2 (Santos)	581 (90,64%)	50 (7,80%)	10 (1,56%)	641 (100,00%)
DRS-3 (São José dos Campos)	1.745 (78,50%)	478 (23,12%)	— (0,00%)	2.223 (100,00%)
DRS-4 (Sorocaba)	2.112 (76,55%)	638 (23,12%)	9 (0,33%)	2.759 (100,00%)
DRS-5 (Campinas)	3.865 (75,90%)	1.196 (23,49%)	31 (0,61%)	5.092 (100,00%)
DRS-6 (Ribeirão Preto)	2.597 (81,16%)	572 (17,88%)	31 (0,96%)	3.200 (100,00%)
DRS-7 (Bauru)	991 (78,53%)	245 (19,41%)	26 (2,06%)	1.262 (100,00%)
DRS-8 (São José do Rio Preto)	859 (75,88%)	272 (24,03%)	1 (0,09%)	1.132 (100,00%)
DRS-9 (Araçatuba)	561 (54,57%)	464 (45,13%)	3 (0,30%)	1.028 (100,00%)
DRS-10 (Presidente Prudente)	1.038 (68,92%)	457 (30,35%)	11 (0,73%)	1.506 (100,00%)
DRS-11 (Marília)	895 (79,98%)	220 (19,66%)	4 (0,36%)	1.119 (100,00%)
DEVALE (Registro)	96 (84,96%)	17 (15,04%)	— (0,00%)	113 (100,00%)
Estado de São Paulo (Total)	23.419 (73,81%)	8.159 (25,72%)	149 (0,47%)	31.727 (100,00%)

CONCLUSÕES

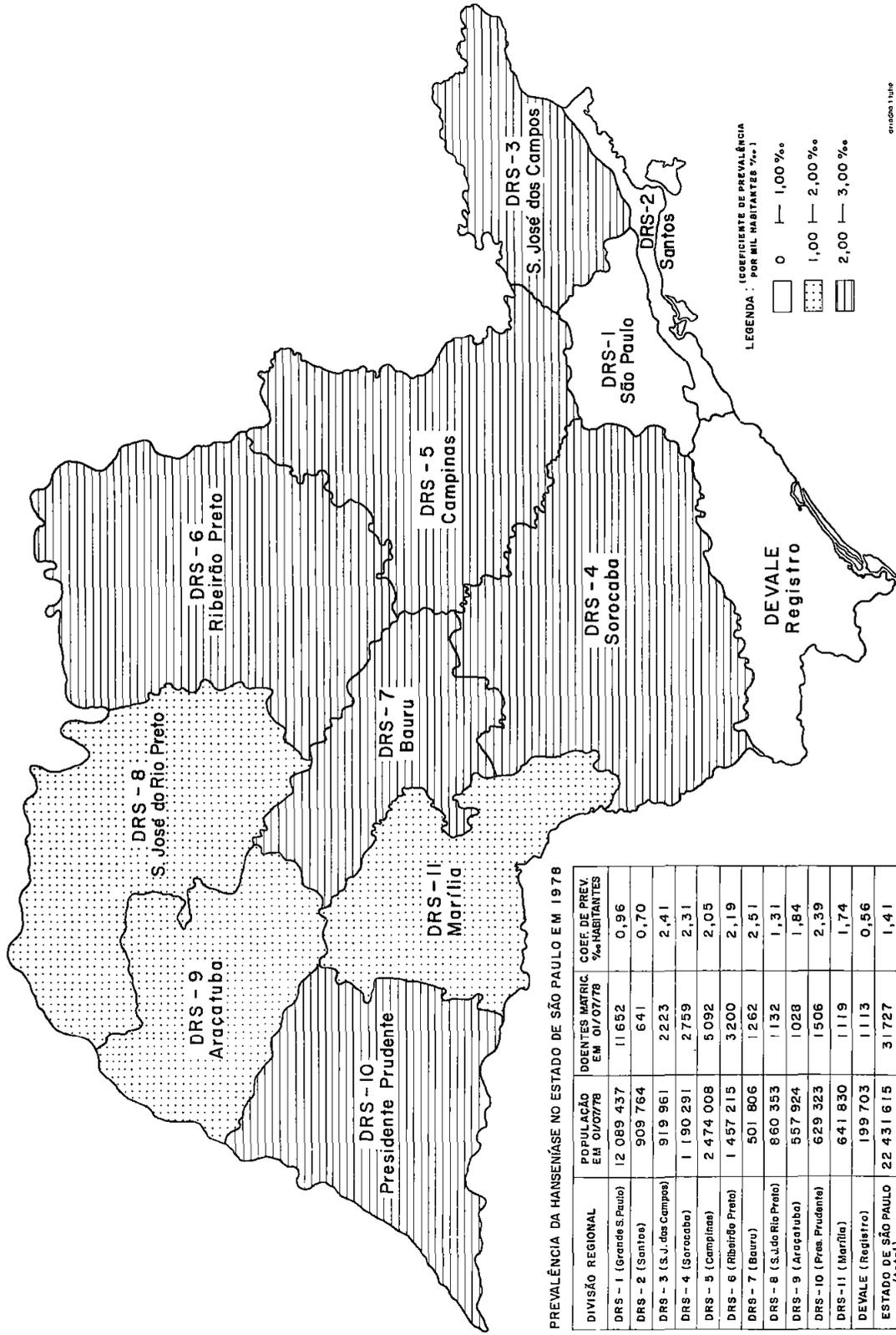
- 1— A hanseníase é problema prioritário de saúde pública no Estado de São Paulo.
- 2— A situação de controle impõe uma reavaliação no subprograma de hanseníase em execução, estabelecendo-se prioridades em função, das concentrações de doentes e não dos índices relativos.

3 — A Região da Grande São Paulo, em particular o município da Capital, deverá ter preferência nessa escala de prioridades.

4 — No período de 1924-1978, pela quarta vez se ultrapassa, no Estado de São Paulo a cifra de 2.000 fichamentos novos anuais (1957 = 2.065; 1959 = 2.111; 1961=2.142 e 1978=2.077). Acreditamos que na revisão final, em

PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO EM 1978

DOENTES MATRICULADOS EM UNIDADES SANITÁRIAS EM 01/07/1978, POR DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE (D R S)



PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO EM 1978

DIVISÃO REGIONAL	POPULAÇÃO EM 01/07/78	DOENTES MATRIC EM 01/07/78	COEF. DE PREV. % ¹⁰⁰ HABITANTES
DRS - 1 (Grande S. Paulo)	12 089 437	11 652	0,96
DRS - 2 (Santos)	909 764	641	0,70
DRS - 3 (S. J. dos Campos)	919 961	2223	2,41
DRS - 4 (Sorocaba)	1 190 291	2759	2,31
DRS - 5 (Campinas)	2 474 008	5092	2,05
DRS - 6 (Ribeirão Preto)	1 457 215	3200	2,19
DRS - 7 (Bauru)	501 806	1262	2,51
DRS - 8 (S. João do Rio Preto)	860 353	1132	1,31
DRS - 9 (Araçatuba)	557 924	1028	1,84
DRS - 10 (Pres. Prudente)	629 323	1506	2,39
DRS - 11 (Marília)	641 830	1119	1,74
DEVALE (Registro)	199 703	1113	0,56
ESTADO DE SÃO PAULO (10101)	22 431 615	31727	1,41

processamento, o fichamento de 1978 estará na ordem de 2.100 casos.

- 5 — Em que pese a extensão da rede de atendimento, em um louvável programa de descentralização, os percentuais de descoberta de casos I, principalmente pela rede sanitária, não permitem antever, a curto prazo, perspectivas otimistas para o problema.

Em termos de sugestão, na avaliação do subprograma, enfatizaríamos o aproveitamento imediato de dermatologistas pelo

menos nas Unidades que comportem área especializada. A multiplicação de Escolas de Medicina e as atividades da Sociedade Paulista de Dermatologia já permitem aproveitar nesse campo da saúde pública, um profissional especializado relativamente abundante no mercado de trabalho. Sugeriríamos também a fixação em cada Regional de um dermatologista, treinado em hanseníase e com curso de Saúde Pública, para exercer as funções de supervisor. São Paulo tem condições, não aproveitadas até o momento, de interferir na situação epidemiológica da hanseníase.

ABSTRACT — The authors describe the situation of endemic Hansen's disease in the State of São Paulo in 1978, presenting the prevalence and incidence rates of the disease in the several Regional Health Divisions of the State. An attempt to evaluate the Hansen's disease control programme carried out since 1976, is also presented, through the participation of the Health Units of the State in the activities of epidemiologic surveillance of the programme.

Uniterms: Hansen's disease. Epidemiology

REFERÊNCIAS

1. BELDA, W. Aspectos da "incidência" da Hanseníase no Estado de São Paulo em 1976. *Hansen. Int.*, 2(1):73-88, 1977.
2. BELDA, W. Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo em 1974. *Hansen. Int.*, 1(1):11-24, 1976.
3. BELDA, W. *A endemia da hanseníase no Estado de São Paulo (situação atual, tendência secular, 1924-1970)*. São Paulo, Fundação Paulista contra a Lepra, 1974. I Tese — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
4. BRAGA, J.C. S. *A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista*. Campinas, 1978. Tese (mestre em economia) — Faculdade de Economia da Universidade Estadual de Campinas
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Hanseníase no Brasil. *Bol. Div. Nac. Derm. Sanit.*, 36(1):11-30, 1977.
6. CONFERENCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, Brasília, 1976. Brasília, Ministério da Saúde s.d. Mimeografado
7. FAVERO, W. Integração das tarefas de controle da endemia leprótica nas atividades rotineiras das unidades de saúde. *Boi. Div. Nac. Lepra*, 33(1/4):1-2, 1974.
8. INSTRUÇÕES para controle da hanseníase. *JAMB*, 19(849):4, 1977.

9. LOMBARDI, C. *Situação da endemia da hanseníase no Município de São Paulo (1976-1977)*. São Paulo, 1978. I Tese (mestre em saúde pública) — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
10. MAURANO, F. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939. v.1.
11. MELLO, A. Hanseníase nas áreas metropolitanas. *Bol. Div. Nac. Derm. Sanit.*, 36(1):31-40, 1977.
12. NOBREGA, R.C. & MASCANI, M. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na região do Vale do Paraíba — São Paulo. *Hansen. Int.*, 3(1):62-75, 1978.
13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. SÉRIE DE INFORMES TÉCNICOS. Comité de expertos de la OMS en lepra: quinto informe. Ginebra, n.º 607, 1977.
14. ROTBERG, A. A fase III do controle da hanseníase começa no Brasil. *Hansen Int.*, 2(1):1-4, 1977. (Editorial)
15. SÃO PAULO (Estado). Leis, decretos, etc. Decreto n.º 2.329 de 30 de agosto de 1973. Cria a Divisão Especial de Saúde do Vale da Ribeira — DEVALE — na Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial*, São Paulo, 31 ago. 1973. p.45.
16. SÃO PAULO (Estado). Leis, decretos, etc. *Reforma administrativa. Textos legais e regulamentares — 1967-1970*. São Paulo, 1971.
17. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. *População presente e população residente no Estado de São Paulo. Estimativas de 1970 a 1980*. São Paulo, 1977. (Estudos e Pesquisas, n.º 7)
18. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria da Saúde da Comunidade. *Subprograma de controle da hanseníase*. São Paulo, 1976. Mimeografado.
19. SEMINÁRIO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS BRASILEIRAS, São Paulo, 1975. *Anais*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1976.

Recebido para publicação em julho, 1979