

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO, EM 1974

W. BELDA (\*)

"Ao Professor Francisco Eduardo Rabello, *nossa homenagem em seu Jubileu profissional*".

RESUMO — Em 1974, no Estado de São Paulo foram descobertos e matriculados, nas unidades sanitárias, 1.907 pacientes de hanseníase. Estes doentes são analisados segundo a distribuição regional, procedência, naturalidade, filiação, meios de descoberta de casos, sexo, idade e condições sócio-econômicas.

*Termos índice:* Hanseníase. Epidemiologia — São Paulo, Brasil *Key*

*words:* Hanseniasis. Epidemiology — S. Paulo, Brasil.

### 1 - INTRODUÇÃO

A hanseníase parece ter sido desconhecida no Estado de São Paulo até meados do Século XVIII, quando surgiram as primeiras medidas para seu atendimento. Iniciou-as Luiz Antonio de Souza Botelho e Mourdo, Governador da Província de São Paulo no período de 1765 — 1775.

Um serviço especializado, oficial, teve nascimento em 1924 por iniciativa de Paula Souza. De

Então, até dezembro de 1974, foram registrados 76.824 pacientes. No decênio 1965 — 1974 foram descobertos 16.564 hansenianos, cujas características, em termos de percentuais de formas clínicas e índices de incidência, estão relacionados no quadro I. Neste, por motivos vários, para o cálculo dos percentuais, não foram incluídos 100 pacientes distribuídos entre os anos 1971 e 1974.

---

(\*) Professor Assistente Doutor da Faculdade de Saúde Pública U.S.P. Encarregado da Seção de Epidemiologia da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Instituto de Saúde) Secretaria da Saúde, S.P.

Belda

QUADRO I

Fichamento anual, por forma clínica, de pacientes de Hanseníase no Estado de São Paulo (1965-1974)

Ano	Formas		I		T		TOTAL	
	V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
1965	887	50,65	449	25,64	419	23,70	1 751	0,10
1966	799	51,68	416	26,90	331	21,41	1 546	0,07
1967	782	51,27	424	27,80	319	20,91	1 525	0,08
1968	896	51,08	472	26,90	386	22,00	1 754	0,08
1969	735	48,38	422	27,78	362	23,83	1 519	0,08
1970	799	53,30	372	24,81	326	21,88	1 499	0,08
1971	806	50,69	397	24,97	387	24,34	1 599	0,09
1972	867	51,42	433	25,68	386	22,94	1 691	0,09
1973	872	49,32	487	27,55	409	23,13	1 778	0,09
1974	888	48,63	500	27,38	438	23,99	1 907	0,10
TOTAL	8 331	50,60	4 372	26,55	3 761	22,84	16 564	100,00

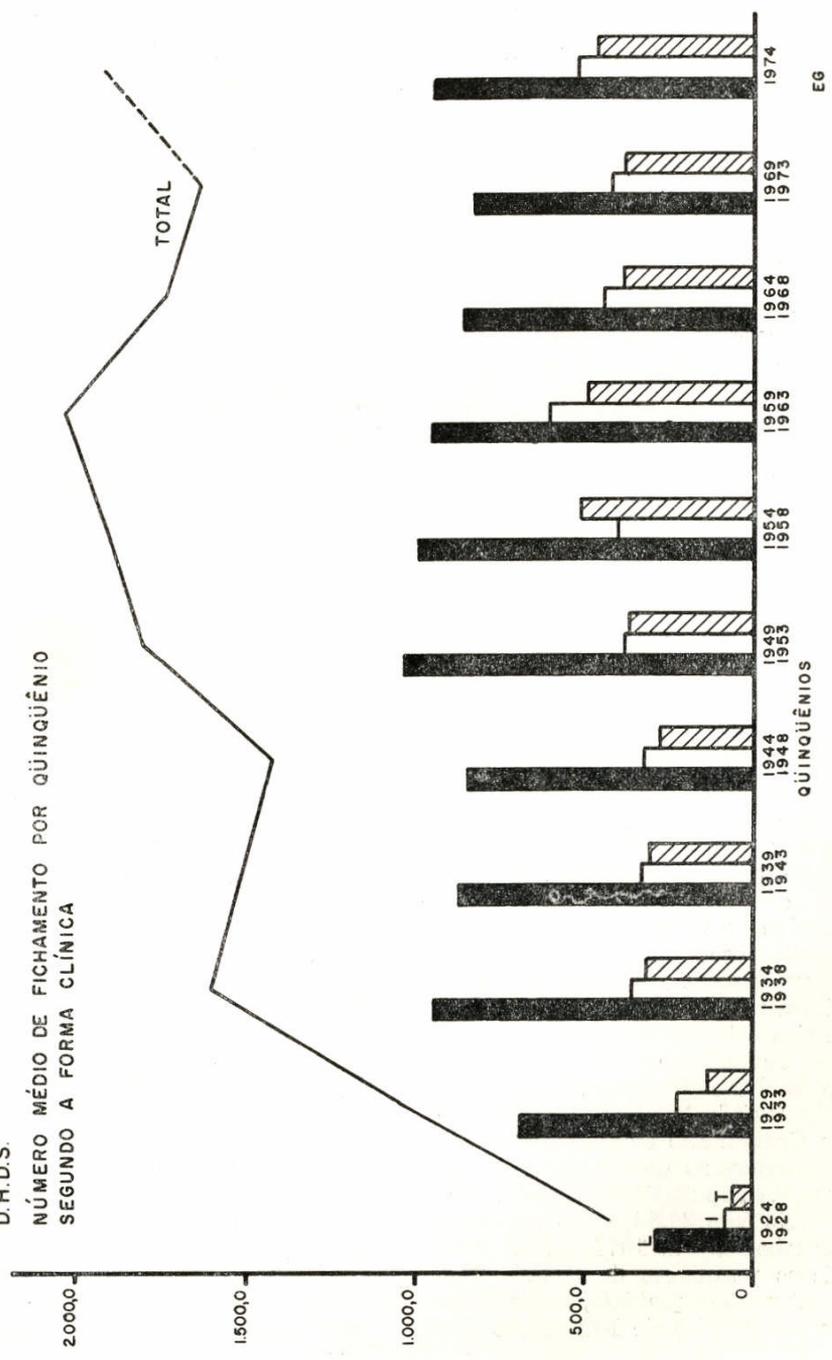
O maior índice de incidência, no Estado de São Paulo, foi de 0,20 :1 .000, observado nos anos 1935 e 1940. A partir então houve queda contínua que se estabiliza no decênio 1965 -- 1974. Os números brutos não acompanham esta tendência. Em 1961 foi fichado o maior número de casos — 2 .142, que caiu para 1.499 em 1970. Em seguida há, aumento progressivo até atingir-se 1.907 casos em 1974. No gráfico A, procuramos comparar os números referentes ao ano de 1974, com os números médios

de fichamento observados nos quinquênios que se seguiram a 1924. Quanto às formas clínicas, o maior percentual de I (31,97%) e o menor de V (44,49% ) foram observados no ano de 1961.

No decênio considerado, após queda para 24,81% de I e aumento de V para 53,30%, observamos tendência inversa até atingir-se 27,38% de I e 46,63% de V. Embora auspicioso, tal aumento ainda esbarra com a existência nada confortante de 72,62% de casos polarizados.

D.H.D.S.

NÚMERO MÉDIO DE FICHAMENTO POR QUINQUÊNIO  
SEGUNDO A FORMA CLÍNICA



EG

Hanseníase em S. Paulo

2— A ENDEMIA EM 1974

2.1 — Distribuição dos pacientes descobertos em 1974, segundo as regiões administrativas do Estado

Q U A D R O II

Doentes fichados segundo a residência nas divisões regionais (1974)

Regional I \ Formas	V	%	I	%	T	%	Total	%	% em 1970
1 — G. S. PAULO ..	357	49,65	165	22,95	197	27,40	719	39,38	36,52
2 — SANTOS .....	23	62,16	5	13,51	9	24,32	37	2,03	2,47
3 — V. PARAÍBA ..	64	43,54	62	42,18	21	14,29	147	8,05	5,91
4 — SOROCABA ..	62	67,39	13	14,13	17	18,48	92	5,04	7,04
5 — CAMPINAS ...	139	46,96	66	22,30	91	30,74	296	16,21	16,26
6 — R. PRETO ....	76	54,29	41	29,29	23	16,43	140	7,67	11,89
7 — BAURU .....	20	41,67	19	39,59	9	18,75	48	2,63	2,53
8 — S. J. R. PRETO	62	49,21	39	30,95	25	19,84	126	6,90	4,67
9 — ARAÇATUBA .	21	39,62	23	43,40	9	16,98	53	2,90	3,55
10 — P. PRUDENTE .	27	29,35	42	45,65	23	25,00	92	5,04	4,86
11 — MARÍLIA .....	29	46,77	19	30,65	14	22,58	62	3,40	3,59
12 — DEVALE .....	8	57,15	6	42,86	—	—	14	0,77	—
TOTAL .....	888	48,63	500	27,38	438	23,99	1.826	100,00	100,00

O Estado de São Paulo, sob o prisma administrativo está dividido em doze regiões, cada qual com uma Regional de Saúde. O quadro II distribui os pacientes residentes nas respectivas regiões por ocasião do fichamento. A distribuição observada está relacionada às populações respectivas. Historicamente os grandes focos vêm se situando nas Regiões da Grande São Paulo, Campinas, Vale do Paraíba, Ribeirão Preto, Sorocaba e São José do Rio Preto. A Região da Grande São Paulo, onde em 36 municípios se agrupa cerca da metade da população do Estado, contribuiu com 39,38% dos pacientes descobertos em 1974. Suas condições peculiares de grande pólo de atração migratória, a existência de um serviço de Elucidação que

concentra os suspeitos encaminhados para diagnóstico, em parte justificam o baixo percentual (22,95%) de casos iniciais. No entanto o percentual de virchovianos foi menor que nos anos anteriores.

Seis Regiões apresentam percentuais acima e outras seis abaixo da média, para o Estado, de fichamentos de V. A Região melhor aquinhoadada é a de Presidente Prudente com 29,35% de V. Sorocaba se apresenta no outro extremo com 67,30% de V. Quanto ao Grupo I, os extremos se situam em Presidente Prudente com 45,65 e Santos com 13,51%.

No quadro II, introduzimos, com vista a uma possível compa-

Belda

ração, os percentuais de distribuição por residência, na ocasião do fichamento, nas respectivas Regiões Administrativas, relativas ao ano censitário de 1970. Tendo em

conta esta distribuição, comparamos — quadro II — A, os percentuais de I encontrados em 1970 e 1974, nas regiões onde houve aumento de fichamentos.

QUADRO TI-A  
Percentuais de pacientes do grupo I  
fichados em quatro regiões administrativas nos anos de 1970 e 1974

Regiões	%	1970	1974
GRANDE SÃO PAULO .....		14,49	22,95
VALE DO PARAÍBA .....		34,52	42,18
S. J. RIO PRETO .....		18,30	30,95
PRES. PRUDENTE .....		33,33	45,65

Das regiões onde não houve aumento de fichamento, somente Araçatuba apresentou, em relação a 1970, aumento do percentual de I e diminuição de V. Estas melhoras se situaram em regiões onde

o processo de integração tem sido feito sem maiores distorções. Na Grande São Paulo, o Serviço de Elucidação teve sensível reforço de pessoal médico com formação dermatológica.

2.2 — Residência (Estado) na época relatada do aparecimento da doença

QUADRO  
Pacientes segundo o Estado de origem, na ocasião do início relatado da doença

F. Clínica	V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
Estado								
ACRE .....	1	25,00	1	25,00	2	50,00	4	0,22
ALAGOAS .....	1	100,00	—	—	—	—	1	0,05
AMAZONAS .....	3	100,00	—	—	—	—	3	0,16
BAHIA .....	22	50,00	12	27,27	10	22,73	44	2,36
BRASÍLIA .....	1	100,00	—	—	—	—	1	0,05
CEARÁ .....	2	33,33	2	33,33	2	33,33	6	0,32
ESPÍRITO SANTO ..	2	100,00	—	—	—	—	2	0,11
GOIÁS .....	6	66,67	3	33,33	—	—	9	0,48
GUANABARA .....	3	100,00	—	—	—	—	3	0,16
MARANHÃO .....	2	100,00	—	—	—	—	2	0,11
MATO GROSSO .....	11	47,83	7	30,44	5	21,74	23	1,23
MINAS GERAIS .....	90	60,40	33	22,15	26	17,45	149	7,99
PARAÍBA .....	2	66,67	—	—	1	33,33	3	0,16
PARANÁ .....	30	60,00	15	30,00	5	10,00	50	2,68
PERNAMBUCO .....	4	30,77	3	23,08	6	46,15	13	0,70
PIAUI .....	—	—	—	—	1	100,00	1	0,05
RIO DE JANEIRO ..	3	33,33	3	33,33	3	33,33	9	0,48
SÃO PAULO .....	722	46,95	432	28,09	384	24,97	1 538	82,51
SERGIPE .....	1	100,00	—	—	—	—	1	0,05
EXTERIOR .....	2	100,00	—	—	—	—	2	0,11
TOTAL .....	908	48,71	511	27,41	445	23,87	1 864	100,00

*Hanseníase em S. Paulo*

Dadas as suas condições de desenvolvimento, o Estado de São Paulo atrai consideráveis correntes migratórias. Importa, pois, no estudo de sua endemia a contribuição dos casos importados. O estudo da exportação de casos não nos foi possível fazer. Assim procuramos determinar o local de residência no provável momento de eclosão da doença em termos de Estado. Segundo a distribuição feita, 17,49% dos casos de doença seriam importados. Contribuíram para isso de maneira mais significativa os Estados de Minas Gerais (7,99% ), Bahia (2,36% ), Paraná (2,68%) e Mato Grosso (1,23% ). Tais percentuais nos parecem aquém da realidade. O longo tempo de incubação, as fases iniciais

freqüentemente silenciosas ou pauci-sintomáticas, a ignorância real da moléstia e a decorrente dos preconceitos, a inexistência de padrões para estimar o tempo de moléstia, o preenchimento das fichas clínico-epidemiológicas por pessoal não habilitado, dificultam sobremaneira a interpretação de tais dados.

Parece-nos ser possível uma aproximação associando-se o provável tempo de moléstia e a naturalidade. Se a naturalidade pode ser obtida com facilidade, o relato do tempo decorrido entre o provável início da moléstia e a data do diagnóstico e tratamento não se traduz com fidelidade. Os dados do quadro IV e V, procuram dar idéia do problema.

QUADRO IV

Pacientes fichados em 1974, segundo a naturalidade e forma clínica

Estado	Forma		I		T		TOTAL	
	V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
ACRE .....	1	50,00	1	50,00	—	—	2	0,11
ALAGOAS .....	4	44,44	3	33,33	2	22,22	9	0,48
AMAZONAS .....	2	100,00	—	—	—	—	2	0,11
BAHIA .....	44	43,14	23	22,55	35	34,31	102	5,40
CEARÁ .....	4	22,22	6	33,33	8	44,44	18	0,95
ESPÍRITO SANTO ..	5	45,46	3	27,27	3	27,27	11	0,58
GOIÁS .....	5	83,33	—	—	1	16,67	6	0,32
GUANABARA .....	3	60,00	1	20,00	1	20,00	5	0,27
MARANHÃO .....	3	100,00	—	—	—	—	3	0,16
MATO GROSSO .....	10	62,50	5	31,25	1	6,25	16	0,85
MINAS GERAIS .....	191	50,80	103	27,39	82	21,81	376	19,89
PARÁ .....	1	100,00	—	—	—	—	1	0,05
PARAÍBA .....	1	25,00	1	25,00	2	50,00	4	0,21
PARANÁ .....	21	51,22	11	26,83	9	21,95	41	2,17
PERNAMBUCO .....	8	23,53	11	32,35	15	42,12	34	1,80
PIAUI .....	2	25,00	1	12,50	5	62,50	8	0,42
RIO BRANCO .....	—	—	—	—	1	100,00	1	0,05
RIO DE JANEIRO ..	5	41,67	3	25,00	4	33,33	12	0,64
RIO G. DO NORTE ..	2	33,33	1	16,67	3	50,00	6	0,32
RIO G. DO SUL .....	—	—	—	—	1	100,00	1	0,05
STA. CATARINA .....	4	66,67	1	16,67	1	16,67	6	0,32
SÃO PAULO .....	570	48,93	333	28,58	262	22,49	1 165	61,64
SERGIPE .....	1	25,00	1	25,00	2	50,00	4	0,21
EXTERIOR .....	34	59,65	10	17,54	13	22,81	57	3,02
TOTAL .....	921	48,73	518	27,41	451	23,86	1 890	100,00

Verificamos sensível alteração em relação ao quadro anterior. Os estrangeiros passaram de 0,11% a 3,02%. Minas Gerais passa a contribuir com 19,89%. Bahia aumenta para 5,40% e Pernambuco para 1,80%. Outros Estados aparecem e São Paulo baixa de 82,51% para 61,64%. Subtraindo-se os 3,02% de estrangeiros,

verificamos que os nascidos em outros Estados representam 35,34% dos fichados como doentes de hanseníase em 1974. Há certa coerência em tais informações ao verificarmos que, subtraindo-se nos dois quadros os dados referentes a São Paulo, os polarizados são respectivamente 73,62% e 74,28%.

## QUADRO V

Tempo provável de doença na ocasião do fichamento

Tempo	Forma		I		T		TOTAL	
	V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
- 1 ano .....	40	36,46	32	30,77	32	30,77	104	5,52
1 ano .....	90	29,41	123	40,20	93	30,40	306	16,25
2 anos .....	87	33,33	98	37,55	76	29,12	261	13,86
3 anos .....	104	39,39	75	28,41	85	32,20	264	14,02
4 anos .....	52	42,28	42	34,15	29	23,59	123	6,53
5 anos .....	171	63,81	43	16,04	54	20,15	268	14,23
6-9 anos .....	157	63,31	48	19,35	43	17,34	248	13,17
10-15 anos .....	190	75,40	30	31,90	32	12,70	252	13,38
16-19 anos .....	6	60,00	2	20,00	2	20,00	10	0,53
V/ 20 anos .....	22	46,81	21	44,60	4	8,51	47	2,50
<b>TOTAL</b> .....	<b>919</b>	<b>48,80</b>	<b>514</b>	<b>27,30</b>	<b>450</b>	<b>23,90</b>	<b>1 883</b>	<b>100,00</b>

Ignorando o tempo de incubação, verificamos que, no ano de 1974, apenas 5,52% foram diagnosticados com sintomatologia específica de menos de um ano, dado evidentemente criticável ao notarmos que apenas 30,77% eram casos do Grupo Indeterminado. Entre 1 e 3 anos encontramos um índice razoável de 44,13% em que pesem os 35,62% de indeterminados. Com 5 e mais anos estão 44,06% dos casos, evidenciando o diagnóstico tardio. t" de se estranhar que, entre 47 pacientes fichados com provável duração da doença de 20 ou mais anos, 44,68 % permaneçam indeterminados. Le-

vando em consideração os dados relacionados nestes três últimos casos, acreditamos ser possível supor que, no mínimo, cerca de 27% dos pacientes registrados, já aportaram em São Paulo com a doença em atividade.

Se assim aceitarmos, o problema se volta para uma atenção maior nos organismos responsáveis pelo controle das correntes migratórias no País. Como dado complementar a essas observações, procuramos analisar o problema levando em consideração a naturalidade dos pais dos pacientes matriculados, resumidamente exposta no quadro VI.

Hanseníase em S. Paulo

QUADRO VI

Pacientes segundo forma clínica e naturalidade dos pais

Forma Natural.	V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
	Pais brasileiros .....	700	46,95	422	28,30	369	24,75	1.491
Pais estrangeiros .....	108	58,06	42	22,58	36	19,35	186	10,60
Pai est. + mãe bras. ..	32	57,14	13	23,21	11	19,64	56	3,19
Pai bras. + mãe est. ..	9	42,86	7	33,33	5	23,81	21	1,20
<b>T O T A L</b> .....	<b>849</b>	<b>48,40</b>	<b>484</b>	<b>27,59</b>	<b>421</b>	<b>24,00</b>	<b>1.754</b>	<b>100,00</b>

Em 85,01% dos pacientes, ambos os pais eram brasileiros e 10,60% estrangeiros. Estes percentuais têm se modificado no tempo. Em 1950, Souza Campos, Bechelli e Rotberg, revendo os dados relativos ao período 1924-1942, encontraram: pais brasileiros, 48,65%; pais estrangeiros 29,38%. Para tais doentes os per-

centuais da forma virchoviana eram respectivamente 56,7% e 57,3%. Nos pacientes de 1974, os percentuais encontrados foram 46,95% e 58,06% respectivamente para pais brasileiros e pais estrangeiros. Quando o pai é estrangeiro, o percentual de V se apresenta maior, e menor o de T, em relação a existência de pai brasileiro.

2.3 — As fontes de descoberta de doentes

QUADRO VII

Doentes fichados em 1974, por forma clínica e modo de apresentação

Forma Apresentação	V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
	Espontânea .....	211	51,09	120	29,06	82	19,85	413
Notificação .....	524	50,73	221	21,39	288	27,88	1.033	54,80
Denúncia .....	11	68,75	1	6,25	4	25,00	16	0,85
Ex. Com. Novos .....	72	43,64	65	39,39	28	16,97	165	8,75
Ex. Com. Antigos .....	89	37,55	105	44,30	43	18,14	237	12,58
Ex. Coletivo .....	14	66,67	5	23,81	2	9,52	21	1,11
<b>T O T A L</b> .....	<b>921</b>	<b>48,86</b>	<b>517</b>	<b>27,43</b>	<b>447</b>	<b>23,71</b>	<b>1.885</b>	<b>100,00</b>

No Estado de São Paulo, as diferentes atividades relacionadas descoberta de casos de hanseníase, estão assim nomeadas : apresentação espontânea; notificação ; denúncia; exame de comunicantes novos; exame de comunicantes antigos (vigilância sanitária) e exame de coletividade. São nomeados como de apresentação espontânea os pacientes que de motu próprio procuram os serviços especializados das Unidades Sanitárias. Nem sempre isto é real pois que o paciente, com freqüência foi orientado previamente por um profissional médico ou afim. A não existência de um encaminhamento escrito fará com que a observação, na ficha clinico-epidemiológica seja de apresentação espontânea. Por outro lado a notificação é confundida com uma solicitação de exame dermatológico para elucidação diagnóstica. A denúncia ao serviço especializado ainda se processa, evidentemente ligada aos antigos conceitos estigmatizantes da moléstia. De qualquer modo esses meios refletem, direta ou indiretamente, os conhecimentos da doença não só pela classe médica não especializada, de muito apontada como desconhecedora do problema, como pela população em geral.

Acredita-se que uma elevação substancial da apresentação espontânea, revelará os frutos de um programa de educação sanitária bem orientado, principalmente no que tange à desestigmatização da moléstia. O quadro VII revela o alto rendimento desses meios de descoberta de casos. A apresentação espontânea contribuiu com 21,91% e a notificação com 54,80% dos casos registrados em 1974. Acrescentando-se o percentual das denúncias, teremos um rendimento igual a 77,52%. Acre-

ditamos que, pelo menos no atual estágio dos nossos conhecimentos, o alto percentual de formas polares (76,61%) para apenas 23,3970 de I, não diminuiu a importância deste fato que vem se acentuando nos últimos anos. Parece-nos que na explicação dessa ocorrência ganham peso as atividades de hansenologia desenvolvidas nas sucessivas reuniões da Sociedade Brasileira de Dermatologia, no interesse de alguns docentes de Dermatologia e na intensificação dos estágios de ensino desenvolvidos pelo grupo do "Hospital Lauro de Souza Lima".

Se de um lado essas observações são encorajadoras, o rendimento baixo da procura ativa pela maioria das Unidades Sanitárias, é motivo de preocupação. Desprezando-se o percentual de casos descobertos por exame de coletividade (1,11% ), dadas as características intrínsecas desta atividade, verificamos que o exame de comunicantes rendeu apenas 21,32% dos casos. O exame de comunicante é realizado em duas etapas. O exame dos comunicantes relacionados no fichamento do caso índice é denominado de "exame de comunicantes novos". Seu rendimento foi de apenas 8,75%, porem com o razoável percentual de 39,39% de casos iniciais. Os individuos dados como negativos neste primeiro exame, passarão a ser vigiados por tempo mínimo de 3 anos. Seria de supor, que nesta vigilância sanitária, os casos surgidos fossem na quase totalidade do grupo indeterminado. Seu rendimento foi de apenas 12,57%, com 55,70% de casos polares.

No quinquênio 1970-1974, quadro VIII, podemos observar a tendência dessa atividade. Embora se possa pensar na possível eficá -

*Hanseniase em S. Paulo*

cia do tratamento dos casos índices e conseqüente redução de seu poder infectante, para explicar esse baixo rendimento, os percentuais de ano para ano vem aumentando, ainda que com um aumento de descoberta de casos iniciais.

No entanto, no total de 1.084 casos detectados no período 1970-1974, através exame de comunicantes antigos, 59,23% eram de formas polares, o que implica em reconhecer falhas no sistema de vigilância sanitária.

QUADRO VIII

Doentes descobertos através exame de comunicantes antigos no período 1970-1974

ANO	GRUPO I	%	V + T	%	TOTAL	%
1970	75	37,50	125	62,50	200	18,45
1971	89	41,01	128	58,99	217	20,02
1972	81	38,03	132	61,97	213	19,65
1973	92	42,40	125	57,60	217	20,02
1974	105	44,30	132	55,70	237	21,59
<b>TOTAL</b>	<b>442</b>	<b>40,77</b>	<b>642</b>	<b>59,23</b>	<b>1.084</b>	<b>100,00</b>

2.4 — O fator sexo

QUADRO IX

Doentes por forma clínica e sexo no ano de 1974

Sexo	Forma	V		I		T		TOTAL	
			%		%		%		%
MASCULINO	.....	635	68,57	300	57,80	264	58,54	1.199	63,24
FEMININO	.....	291	31,43	219	42,20	187	41,46	697	36,76
<b>T O T A L</b>	.....	<b>926</b>	<b>100,00</b>	<b>519</b>	<b>100,00</b>	<b>451</b>	<b>100,00</b>	<b>1.896</b>	<b>100,00</b>

Como sói acontecer na quase totalidade dos relatos epidemiológicos, o sexo masculino foi predomi-

nante não só no número total de pacientes, como em relação a cada forma clínica.

*Belda*  
2.5 — O fator idade

QUADRO X  
Distribuição dos pacientes fichados em 1974,  
segundo idade e forma clínica

Idade		Forma	V		I		T		TOTAL	
			V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
0	— 5	.....	—	—	—	—	1	100,00	1	0,05
5	— 10	.....	5	16,67	18	60,00	7	23,33	30	1,58
10	— 15	.....	23	34,33	33	49,25	11	16,42	67	3,53
15	— 20	.....	51	40,16	51	40,16	25	19,69	127	6,70
20	— 30	.....	179	43,55	134	32,60	98	23,84	411	21,68
30	— 40	.....	191	51,21	102	27,35	80	21,45	373	19,67
40	— 50	.....	183	49,86	90	24,52	94	25,61	367	19,36
50	— 60	.....	149	54,58	50	18,31	74	27,11	273	14,40
maior	que 60	.....	145	58,70	41	16,60	61	24,70	247	10,03
T O T A L .....			926	48,84	519	27,37	451	23,79	1.896	100,00

Como em todas as doenças de longo período de incubação, há um aumento de casos conforme o progredir da idade. Como tem acontecido nos relatos nacionais, no ano de 1974, há também predomínio no grupo 20-49 anos, responsáveis por 60,91% dos casos.

No entanto, tendo em conta os dados apontados no quadro V, referente ao tempo provável da doença na ocasião do fichamento, somos levados a supor uma deficien-

te vigilância nos grupos menores não só pelos serviços especializados, como pelos serviços de atendimento ao escolar e pelos responsáveis de expedição de carteira de saúde para o trabalho do menor. Estes dados são naturalmente confirmados no quadro seguinte (quadro XI) referente à distribuição de doentes por forma clínica e estado civil, já que na população de solteiros estão incluídos os menores de 20 anos.

QUADRO XI  
Doentes por forma clínica e estado civil

Est. Civil		Forma	V		I		T		TOTAL	
			V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
SOLTEIRO .....			266	44,04	206	34,11	132	21,85	604	31,66
CASADO .....			567	51,50	274	24,89	260	23,61	1.101	58,07
VIÚVO .....			66	49,62	26	19,55	41	30,83	133	7,01
DESQUITADO .....			9	47,37	7	36,84	3	15,79	19	1,00
AMASIADO .....			18	46,15	6	15,38	15	38,46	39	2,06
T O T A L .....			926	48,84	519	27,39	451	23,79	1.896	100,00

2.6 — Aspectos sócio-econômicos

E de verificação constante a associação direta entre as doenças transmissíveis por contágio e os estados de baixa condição sócio-econômica. Em hansenologia, ainda não se tendo estabelecido um mecanismo de transmissão indireta e seu possível significado epidemiológico, o consenso geral é de que a transmissão se faz por con-

tágio, conseqüentemente facilitada pelas maiores oportunidades de contato entre as fontes e os suscetíveis. Observando-se os dados do quadro XII, verificamos entre os pacientes 81,95% de residência urbana, que acompanha a tendência de urbanização da população do Estado de São Paulo.

QUADRO XII

Distribuição dos pacientes fichados em 1974, segundo o tipo de residência e forma clínica

Residência \ Forma	V		I		T		TOTAL	
	V	%	I	%	T	%	TOTAL	%
URB. FAMILIAR .....	705	47,41	407	27,37	375	25,22	1.487	79,18
URB. COLETIVA .....	25	48,08	11	21,15	16	30,77	52	2,77
RURAL FAMILIAR ..	178	54,27	96	29,27	54	16,46	328	17,47
RURAL COLETIVA ..	7	63,64	1	9,09	3	27,27	11	0,59
<b>T O T A L</b> .....	<b>915</b>	<b>48,72</b>	<b>515</b>	<b>27,42</b>	<b>448</b>	<b>23,86</b>	<b>1.878</b>	<b>100,00</b>

A urbanização progressiva, principalmente nas Áreas de maior desenvolvimento, onde se supõe melhores condições assistenciais e

assim maiores facilidades de diagnóstico, favorece, pela concentração populacional, maior disseminação da doença.

QUADRO XIII

Distribuição dos pacientes por forma clínica e grau de escolaridade

Instrução \ Forma	T		I		V		TOTAL	
	T	%	I	%	V	%	TOTAL	%
NULA .....	236	55,79	93	21,99	94	22,22	423	22,42
RUDIMENTAR .....	331	50,15	159	24,09	170	25,76	660	34,98
PRIMÁRIA .....	294	44,75	215	32,72	148	22,53	657	34,82
SECUNDÁRIA .....	55	41,98	45	34,35	31	23,66	131	6,94
PROFISSIONAL .....	4	44,44	2	22,22	3	33,33	9	0,48
SUPERIOR .....	4	57,14	1	14,29	2	28,57	7	0,37
<b>T O T A L</b> .....	<b>924</b>	<b>48,97</b>	<b>515</b>	<b>27,29</b>	<b>448</b>	<b>23,74</b>	<b>1.887</b>	<b>100,00</b>

A urbanização intempestiva leva a uma concentração em condições insatisfatórias dos menos aquinhoados. Estas condições, *condições sócio-econômicas* poderão, indiretamente, ser medidas pelo grau de escolaridade. No caso presente, o pequeno percentual de pacientes com menos de 15 anos (5,16%) não distorce tal medição. Os dados do quadro XIII confirmam a associação da moléstia á

deficiências sócio-econômicas. Do total de pacientes observados 92,21% referiram no máximo o curso primário, sendo que 22,42% não apresentavam nenhum grau de escolaridade e 34,98% apenas instrução rudimentar. Em que pese o número pequeno de pacientes com instrução secundária, profissional e superior, é de estranhar-se os baixos percentuais de casos do grupo indeterminado.

## 2.7 — Considerações finais

Com prevalência em torno de 2:1000, 35.000 doentes em tratamento e cerca de 1.700 casos novos atuais, o Estado de São Paulo constitui um dos principais focos de hanseníase do País. Sua vasta rede sanitária ainda não está suficientemente aparelhada para o atendimento global do problema. No tempo as variações político do Estado e a morosidade de adaptação de um serviço, anteriormente bem estruturado As novas orientações sanitárias, ao lado de progressivo desinteresse pela atividade médica em serviços de saúde, determinaram sensível deterioração no atendimento do problema. Tal situação, notada principalmente quando se analisam os dados referentes A vigilância sanitária, não deixa, contudo, de atrair grande número de pacientes oriundos de outros Estados.

Seguramente mais de 25% dos doentes são casos importados, trazendo, não apenas, um agravo A endemia mas, principalmente, uma somatória de sérios problemas sociais. O atendimento do paciente nas unidades sanitárias, racionalmente mais factível e aceitável que o comportamento anterior, não tem sido bem compreen-

dido não só pelos não integracionistas como pelos próprios advogados da integração. Os dados referentes a 1974 são elucidativos.

Em que pesem estas observações, o aumento progressivo de fichamento a partir de 1971, com discreta diminuição dos percentuais de virchovianos e aumento dos indeterminados, parecem indicar novo comportamento em relação ao problema. As melhoras são mais sentidas nas áreas onde a integração se processa sem grandes desencontros.

Contribui de maneira importante nesse recrudescer de detecção de casos novos — vejam-se os percentuais de apresentação espontânea e notificação — uma nova geração de médicos que, há cerca de uma década, vem sendo estimulada pela intensificação do ensino da hansenologia em algumas Faculdades de Medicina e, seguramente, pela atividade intensiva das jornadas de hanseníase nas constantes reuniões da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A continuar a ênfase que as autoridades sanitárias voltam a dar ao problema, assim como o estímulo apresentação e notificação, podemos esperar um quadro mais otimista para os próximos anos.

## *Hanseníase em S. Paulo*

No entanto devemos lembrar que se há perspectivas fundamentadas para o melhor atendimento do doente, não poderemos esperar sensíveis alterações no quadro epidemiológico da endemia. A pre-

cariedade dos meios atuais de profilaxia, fundamentados apenas em uma terapêutica excessivamente prolongada, impõe urgentemente um incentivo maior as pesquisas no campo da hansenologia.

### SUMMARY

#### *EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF HANSENIASIS IN THE STATE OF S. PAULO, BRAZIL, IN 1974.*

*With 35.000 patients under treatment, an index of prevalence of 2:1.000 and about 1.700 new cases registered annually, the state of S. Paulo is one of the principal foci of hanseniasis in Brazil. Its vast preventive apparatus is not yet sufficient for a global attention to the problem. Political and administrative changes, slow adaptation of the old and firmly established service to new principles, and a progressive disinterest among the medical personnel for public health problems, are responsible for this situation. In spite of this, S. Paulo continues attracting patients from the whole country, and 25% of the registered cases immigrated from other states, aggravating its endemic and social problems.*

*In general public health centers, hanseniasis patients have not been well accepted even by some advocates of integration. Nevertheless, the increasing indexes of registration since 1971 and of the percentage of indetermined cases, although discrete, seem to represent a new trend, whose hopeful signs are better seen in the areas*

*where integration proceeds with less trouble.*

*An important factor for the recognition of new cases, as gauged from the growing indexes of notification by the medical profession and voluntary presentation, is a new generation of doctors who have been stimulated by the intensification of teaching on hansenology in some medical schools, and most certainly by the intensive activity of the "journeys of hansenology" and the frequent meetings and congresses of the Brazilian Society of Dermatology. A more optimistic outlook for the next years may be expected if this trend is confirmed and if the emphasis recently given to the hanseniasis problem by the state health authorities continues.*

*However, the epidemiological situation is not expected to profit appreciably from the growing attendance, in view of the precariousness of our preventive measures, based exclusively on an extremely long treatment. Therefore, research on hansenology must be urgently fostered.*

---

Recebido para publicação em 24 de setembro de 1975.