

Observações sobre a freqüência da hanseníase em Hospital Universitário (*)

ADEMIR DE ASSIS FIGUEIREDO (*)

LISSA SUDO (***)

RESUMO — Os autores realizam levantamento dos casos de hanseníase (139 doentes) em Hospital Universitário da cidade do Rio de Janeiro durante o período de Janeiro de 1975 a março de 1978. São discutidos os dados apresentados dando-se ênfase aos aspectos epidemiológicos peculiares à Área metropolitana. Destacam os autores o aumento considerável da incidência da hanseníase neste Hospital e sua importância como centro de triagem na Área metropolitana do Rio de Janeiro, recomendando melhor preparo técnico e material para o combate it endemia.

Termos índice: Hanseníase. Epidemiologia. Brasil — Rio de Janeiro.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Situação da Endemia no Brasil

A Organização Mundial de Saúde situa nosso País, de acordo com os graus de endemicidade estabelecidos, como área de alta endemia (acima de 1 por mil) com a taxa de prevalência de 1,29 por mil habitantes.

Em dezembro de 1975, o total de doentes em registro ativo no Território Nacional era de 140.091, sendo 54,7% das formas clínicas Virchowianas (V) e Dimorfa (D), 24,9% do grupo Indeterminado (I) e 20,4% da forma Tuber culbide (T). Em 1975 foi registrado um total de 9.300 casos novos de Hansenia-

se, perfazendo o coeficiente de 8,68 por 100.000 habitantes.

O que verificamos, no País, de acordo com os dados oficiais, é um aumento gradual de incidência da Hanseníase a partir exatamente de 1970 (5,88), com um aumento significativo a partir de 1973, chegando b. cifra de 8,68 por 100.000 habitantes em 1975.

E do conhecimento de todos que as estimativas oficiais representam, infelizmente, a "ponta do iceberg" do problema da Hanseníase no Brasil. As perspectivas para o próximo quinquênio (1975 — 1980) serão sombrias para a endemia no País, se evidentemente não forem tomadas medidas efetivas e a

(*) Trabalho apresentado ao II Congresso Brasileiro de Hansenologia (30 de junho a 2 de julho de 1978). Rio de Janeiro, Brasil.

(**)Hospital de Clinicas da UERJ (Hosp. Pedro Ernesto). Serviço de Dermatologia do Prof. R. D. Azulay.

(***)Hospital de Clinicas da UERJ (Hosp. Pedro Ernesto). Serviço de Dermatologia do Prof. R. D. Azulay.

curto prazo nas tarefas de controle da doença.

1.2 Situação da Endemia nas Regiões Metropolitanas

Em 1975, tivemos na Área metropolitana do Grande Rio — 14 municípios que representam 81,22% da população da Unidade Federativa — o registro de 894 casos novos, dos quais 481 das formas clínicas V e D, 158 do grupo I e 260 da forma T, perfazendo um total de 93,3% de casos novos do Estado do R.J., considerado Área de alta endemicidade, com a taxa de prevalência de 1,05 por mil habitantes.

A urbanização dá população rural, com a grande concentração nas regiões metropolitanas, somando-se As dificuldades de ordem social, econômico e conseqüentemente de Saúde Pública, constituem um capítulo A parte no actor de doenças infecto-contagiosas.

A falta de saneamento básico, principalmente na periferia das Areas metropolitanas, e o fluxo da população de baixo poder aquisitivo, são fatores que contribuem e favorecem a disseminação da doença, dificultando o controle da Hanseníase nestas áreas.

O que observamos no nosso levantamento neste período em estudo, é um aumento considerável da incidência da Hanseníase no nosso Hospital, refletindo, quem sabe, a situação nada auspiciosa que a endemia alcançou recentemente nas regiões metropolitanas.

A agilização dos meios de controle da Hanseníase nas regiões metropolitanas, considerando os aspectos epidemiológicos peculiares destas áreas, através de um efetivo controle sobre as formas consideradas infectantes e, por extensão, a população sujeita a maior risco de contágio, ainda representa o 1.0 passo para sustar os focos endêmicos e descobrir novos casos.

2. MATERIAL E MATODO

O material de estudo é constituído por pacientes que compareceram ao Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da UERJ (Pedro Ernesto), com suspeita das mais variadas dermatoses, durante os anos de 1975 a março de 1978.

Neste período compareceram ao nosso Serviço 690 pacientes em 1975, 1.318 em 1976, 1.921 em 1977 e 170 de janeiro a março de 1978, com um total de 4.099 pacientes.

O total de doentes de Hanseníase neste período foi de 17 casos em 1975, 29 em 1976, 83 em 1977 e 10 de janeiro a março de 1978, somando-se um total de 139 casos.

É necessário salientar que a maioria dos pacientes suspeitos de Hanseníase que chega ao nosso Serviço, faz parte de um atendimento de demanda. Não significam o resultado de um trabalho de investigação ou de vigilância de contatos por parte do nosso Serviço ou de outras Unidades de Saúde.

A colheita de dados dos pacientes é oriunda, inicialmente, do livro de registro de biópsia do nosso Serviço de Dermatologia, posteriormente complementada por dados do arquivo do Hospital. Cabe aqui mencionar que muitos casos atendidos no Serviço, não foram computados na nossa estatística. A falta de condições dos pacientes de efetivarem a matrícula no Hospital, a desistência de pacientes após as primeiras consultas (não sendo possível confirmar o diagnóstico), representam parcela significativa no total de casos levantados. Somando-se a estes motivos, defrontamos, infelizmente, com o despreparo técnico e material do setor médico para o diagnóstico e controle da Hanseníase, minimizando e dificultando a triagem de novos casos.

A classificação clínico-patológica dos casos foi confirmada através da histopatologia dos pacientes suspeitos e por outros exames necessários (Mitsuda, esfregado de muco e linfa etc.).

Foi levantado na colheita de dados um total de 14 variantes, dando ênfase, além de classificação clínico - patológica dos casos, A, localização da residência por bairro dos pacientes, o tempo de evolução da doença, a comparação com o total de outras dermatoses e o controle ou não dos casos até a presente data. Foram registrados, também, dados considerados importantes quanto ao aspecto epidemiológico peculiar da Área metropolitana em estudo.

Para o tratamento estatístico do estudo em apreço, os dados serão apresentados em tabelas e gráficos para análise descritiva.

Para verificar associação entre determinadas características pesquisadas, procederemos ao teste não paramétrico de χ^2 (qui-quadrado), adotando-se o nível de significância de 5% de probabilidade ($P < 0,05$).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Comparação com o total de Dermatoses

O total de casos dermatológicos atendidos no Serviço de Dermatologia do nosso Hospital, durante o período de janeiro de 1975 a março de 1978, é um valor estimativo e perfaz 5.000.

O aumento considerável do atendimento a partir do ano de 1976, deve-se ao convênio firmado entre nossa Unidade Hospitalar e o Instituto Nacional de Previdência Social.

A incidência da Hanseníase acompanhou em número absoluto o aumento no atendimento do total de dermatoses, registrando em 1977 um aumento

significativo, tanto percentual como em número absoluto dos casos de Hanseníase.

Foram excluídos da nossa estatística os casos de Hanseníase que suscitaram dúvidas quanto a considerar casos novos ou não, e os casos oriundos de outras unidades de saúde para estudo e pesquisa no nosso Serviço de Dermatologia.

O percentual de casos de Hanseníase registrados no 1.º trimestre de 1978, quando o atendimento de demanda é reduzido, ao que tudo indica é suficiente para a manutenção da incidência no corrente ano.

3.2 Classificação Clínico-Patológica dos Casos

Os casos de Hanseníase foram melhor classificados, quando conseguimos um elenco maior de dados clínico-imuno-patológicos para o diagnóstico das formas clínicas; todavia, foi possível verificar e realizar, em todos os casos, o estudo e exame histopatológico.

As formas V e D foram reunidas no levantamento, não só pela dificuldade de confirmar o diagnóstico da forma D, como também pela importância epidemiológica dessas formas consideradas infectantes.

Comparando a proporção percentual entre as várias formas clínicas, verificamos não haver uma diferença marcante, como habitualmente ocorre entre as formas mais infectantes (V e D) e as formas potencialmente benignas (T e I).

O aumento do diagnóstico das formas consideradas precoces (T e I) é significativo, considerando um atendimento de demanda da população em que o motivo da consulta não resulta de investigação epidemiológica ou vigilância de contato.

TABELA I

INCIDENCIA DE HANSENIASE COM O TOTAL DE DERMATOSES
JANEIRO DE 1975 A MARÇO DE 1978 — HC-IIEJ

Ano	Total Dermatoses	Hanseníase	
		Número	%
1975	690	17	2,46
1976	1318	29	2,20
1977	1921	83	4,32
1978	170	10	5,88
Total	4099	139	3,99

INCIDENCIA DA HANSENIASE HC-LTERJ

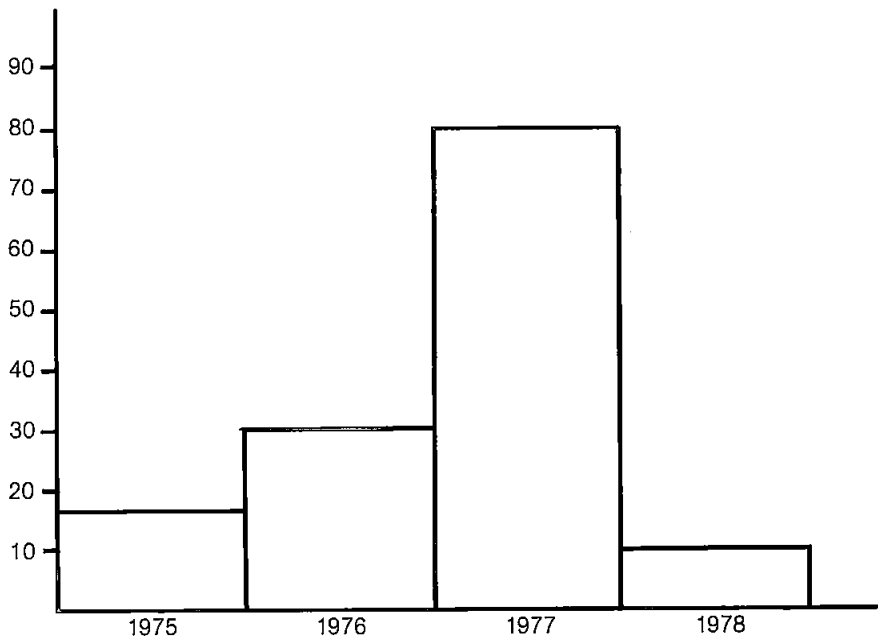
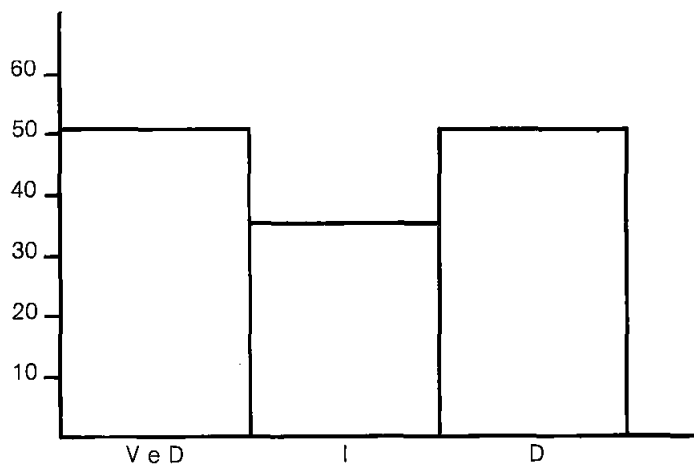


TABELA II
 INCIDÊNCIA DE HANSENÍSE POR FORMA CLÍNICA
 JANEIRO DE 1975 A MARÇO DE 1978 — HC-UERJ

Ano	V e D	I	T	Total	%
1975	4	3	10	17	12,23
1976	7	13	9	29	20,86
1977	34	19	30	83	59,71
1978	6	1	3	10	7,19
Total	51	36	52	139	100,00
%	36,69	25,89	37,41	100,00	—

INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE POR FORMA CLÍNICA
 JANEIRO DE 1975 A MARÇO DE 1978 — HC-UERJ



3.3 Sexo e Estado Civil

No material de estudo examinado, não houve prevalência do sexo masculino ou feminino, considerando-se o fator exposição ao contágio e o predomínio da idade adulta na amostragem.

Quanto ao estado civil, destaca-se a maior presença de casos de Hanseníase entre os casados, e discreto aumento das formas mais infectantes entre os casados em comparação com os solteiros.

TABELA III

FORMAS CLÍNICAS DE HANSENÍASE DE ACORDO COM ESTADO CIVIL POR SEXO
JANEIRO DE 1975 A MARÇO DE 1978 — HC-UERJ

Est. Civil	Sexo	V e D	I	T	Total
Solteiros	M	14	8	5	27
	F	6	10	11	27
Casados	M	14	5	13	32
	F	13	11	19	43
Ignorado	M	3	—	2	5
	F	1	2	2	5
Total	M	31	13	20	64
	F	20	23	32	75

TABELA IV
ASSOCIAÇÃO ENTRE SEXO E FORMAS CLÍNICAS

Sexo	V e D	I	T	Total
M	31	13	20	64
F	20	23	32	75
Total	51	36	52	139

ESTUDO ESTATÍSTICO

Hipótese principal: há associação entre sexo e formas clínicas.

Hipótese alternativa: não há associação entre sexo e formas clínicas.

Aplicando o teste de $X^2 = 8,07$, este valor foi considerado significativo a nível de 5% de probabilidade ($< 0,05$).

Aceita-se, por conseguinte, a hipótese principal.

A incidência de hanseníase em ambos os sexos quanto à forma clínica, não se apresenta com a mesma freqüência. No sexo masculino predominam as formas V e D, em comparação com outras formas.

Quanto ao sexo feminino, a forma T se faz mais presente em relação às formas V e D, I.

3. 4 Idade

O que podemos nos contentar no levantamento de dados, quanto A idade provável do início da moléstia, refere-se ao início de lesão dermatológica, geralmente detectável na maioria dos casos.

Temos que considerar os aspectos subjetivos das informações por parte dos pacientes, e a falta de critérios na obtenção dos dados por parte dos médicos.

Constata-se um predomínio de casos de hanseníase entre a faixa etária de 20 — 29 anos (38 casos), assim como maior presença das formas infectantes nesta faixa etária.

TABELA V

FORMAS CLÍNICAS E IDADE PROVAVEL DO INICIO DA MOLÉSTIA

JANEIRO DE 1975 A MARCO DE 1978 — HC-UERJ

F. Clín. G. Et.	V e D	I	T	Total
5 — 9	2	2	3	7
10 — 14	2	2	1	5
15 — 19	3	7	5	15
20 — 29	14	9	9	32
30 — 39	6	4	4	14
40 — 49	9	3	12	24
50 — 59	5	3	5	13
≧ 60	6	—	9	15
Ignorado	4	6	4	14
Total	51	36	52	139
%	36,69	25,89	37,41	100

TABELA VI

ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE E FORMAS CLÍNICAS

Idade	V e D	I	T	Total
< 20	7	11	9	27
20 — 40	20	13	13	46
> 40	20	6	26	52
Total	47	32	48	125

ESTUDO ESTAUSTICO

Hipótese principal: há associação entre idade e formas clínicas.

Hipótese alternativa: não; há associação entre idade e formas clínicas.

O teste não paramétrico de X² (qui-quadrado) igual a 14,02 é considerado significativo ao nível de 5% de probabilidade (P 0,05).

Por conseguinte, aceita-se a hipótese principal.

Quanto às faixas etárias estudadas em relação. As formas clínicas, observa-se que na faixa abaixo, de 20 anos, predomina a forma clinica I; na faixa etária de 20 a 40 anos há maior freqüência de formas V e D e naquelas com mais de 40 anos é evidente a maior incidência na forma T.

3.5 Local de Procedência e Controle da Endemia

A procedência dos casos, quanto aos bairros do município do R. J., obedeceu à divisão do município por região administrativa e o principal bairro destas regiões.

Verificou-se a presença da freqüência de casos, na sua maioria, em bairros

periféricos do município do R. J., além de municípios-satélites que fazem parte da região metropolitana do Grande Rio.

O maior número de casos coube ao município de São João de Menti (14 casos, dos quais 10 são das formas

infectantes, constituindo-se possivelmente em um foco endêmico neste município.

A presença do Hospital no bairro de Vila Isabel parece favorecer a freqüência de 11 casos, dos quais 7 são das formas L e D.

Quanto ao controle da endemia ficou patente, mais uma vez, a dificuldade na obtenção de maiores informações, importantes na elucidação da maioria dos casos.

Podemos considerar no levantamento realizado, como casos relativamente sob controle, apenas 30 do total de 139 casos.

TABELA VII
FORMAS CL/NICAS: PROCEDENCIA E CONTROLE — HC-IIERJ
1976 A MARÇO DE 1978

Procedência	Formas Clínicas			
	yen	I	T	Total
S. J. Multi	10	1	3	14
Bangu	6	6	2	13
Vila Isabel	7	1	3	11
D. Caxias	4	2	4	10
Nova Iguaçu	3	3	3	9
Madureira	1	2	5	8
Irajá	3	2	2	7
Penha	2	2	3	7
Tijuca	1	3	2	6
Meier	—	—	5	5
Centro	2	1	1	4
Jacarepaguá	2	—	2	4
Ramos	—	4	—	4
Rio Comprido	—	2	1	3
Anchieta	—	1	2	3
Engenho Novo	2	1	—	3
Campo Grande	1	1	1	3
São Gonçalo	1	—	1	2
Santa- Cruz	—	—	2	2
Copacabana	—	1	1	2
Itaguaí	1	—	—	1
Petrópolis	1	—	—	1
São Cristóvão	—	—	1	1
Botafogo	—	—	1	1
Magé	—	—	1	1
Angra dos Reis	—	—	1	1
Saquarema	—	—	1	1
Outros Locais	4	3	4	11
TOTAL	51	36	52	139

4. COMENTÁRIOS

Nossa preocupação na discussão dos resultados restringiu-se apenas as condições descritivas, a partir de dados estatísticos, evitando inferências epidemiológicas que inevitavelmente somariam aos erros e imperfeições dos dados estatísticos.

Um estudo epidemiológico mais aprofundado e mais amplo das condições peculiares às regiões metropolitanas, merece e faz-se necessário, na proporção em que a endemia consegue urbanizar-se.

Um dos objetivos principais do trabalho é questionar a necessidade, hoje presente, de avaliar a importância das unidades de saúde de grande demanda, na região metropolitana do Grande Rio, no diagnóstico e controle da endemia.

A política de integração da Hanseníase nos Serviços Gerais de saúde, "decretada" a partir de 1970, vem reforçar a premência de dotar estes centros de saúde, de condições técnicas e materiais no combate a endemia nestas áreas.

SUMMARY

The authors make a survey of hanseniasis cases (139 patients) in the University Hospital of the City of Rio de Janeiro during the period from January 1975 to March 1978. The data presented are discussed by the authors, who specially consider the epidemologic aspects of the metropolitan area. They emphasize the considerable increase of hanseniasis incidence in that hospital and the importance of the latter as a screening center for the metropolitan area of Rio de Janeiro, recommending better material and technical preparation to fight the endemics.

Key words: Hanseniasis. Epidemiology. Brazil - Rio de Janeiro.

REFERENCIAS

1. AGRICOLA, E. Alguns aspectos da epidemiologia e da profilaxia da lepra no Brasil. *An. Bras. Dermat.*, 50(3):215-222, 1975.
2. AZULAY, R.D. Preservação do sadio: medidas específicas visando aumentar a resistência do sadio. In: SIMPÓSIO SOBRE PROFILAXIA DA LEPRO, Rio de Janeiro, 1962. Rio de Janeiro, Ass. Bras. Leprol., 1964. p. 305-317.
3. BELDA, W. Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo, em 1974. *Hansen. Int.*, 1(2):11-24, 1976.
4. CARVALHO, S.N. Natureza da resistência e suscetibilidade à lepra. *Bol. Serv. Nac. Leprol.*, 25(3/4):15-37, 1966.
5. CHOU, Y. *Análisis Estadístico*. 19ª. ed. Mexico, Interamericana, 1972.
6. COMITÉ DA OMS DE PERITOS EM HANSENIASE, 5º, Genebra, 1976. *Relatório* apud *Boi. Div. Nac. Dermat. Sanit.*, 32(2/4):79-87, 1977.
7. FONTES, J. Epidemiologia da lepra. *Boi. Serv. Nac. Leprol.*, 19(2):156-171, 1960.
8. MELLO, A. Hanseníase nas áreas metropolitanas. *Boi. Div. Nac. Dermat. Sanit.*, 36(1):31-40, 1977.
10. MIGUEZ ALONSO, A. & FONTES, J. Idade, sexo e infecção leprótica. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE LA LEPRO, 5.0, Habana, 1948. *Memória*. Habana, Cedit, 1949. p. 1101-1113.
11. SEMINÁRIO PAN-AMERICANO SOBRE CONTROLE DA LEPRO, 4.0, Caracas, 1975 apud *Boi. Div. Nac. Dermat. Sanit.*, 35(1):47-57, 1976.
11. SILVEIRA, A.R. Hanseníase: situação atual da epidemia no Brasil. *Boi. Div. Nac. Dermat. Sanit.*, 35(1):25-41, 1976.

Recebido para publicação em outubro de 1978.