

ALGUNS ASPECTOS SOBRE A HANSENIASE NA REGIÃO DE LONDRINA, PARANA,
1968-1978. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS

Nilton TORNERO *
Eduardo Abujamra ASSEIS **
Lilia Bueno de MAGALHÃES *
Teresinha PRISCINOTTI **
Yonice Lisieux BARTH ***
Neusa A. CASAGRANDE **

RESUMO — O presente estudo adiciona informações complementares ao conhecimento da endemia hansênica na região do 17.º Distrito Sanitário, cuja sede é Londrina. Observou-se uma porcentagem crescente de doentes oriundos das zonas urbanas dos municípios; evidenciou-se a grande importância que se revestem as formas V e D na disseminação da doença, devido à sua alta ocorrência, principalmente no sexo masculino. Sendo uma região de alta, endemicidade, torna-se necessária uma reorientação da política sanitária em relação ao seu controle, dando-se ênfase à busca dos casos. Um programa prioritário deveria concentrar-se na detecção de casos entre os escolares, por meio de exame de massa e na vigilância extensiva de contatos das formas bacilíferas, principalmente nos contatos intradomiciliares.

Palavras chave: Hanseníase. Epidemiologia-Londrina, PR, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

Em trabalho anterior estudaram-se as características gerais da hanseníase na região do 17.º Distrito Sanitário, cuja sede é a cidade de Londrina. Naquela ocasião apresentaram-se dados sobre a composição etária e por sexo dos pacientes; a distribuição segundo as formas clínicas, "tempo de início", forma de apresentação, procedência, naturalidade. Calcularam-se, somente para o município de Londrina, as taxas de "incidência" e prevalência. A "incidência" apresenta-se em torno de 15/100.000 hab. para os últimos anos,

enquanto os valores da prevalência, calculados somente para os últimos anos, sempre foram superiores a 3,0/1.000 hab. Foi possível concluir que a região, ou pelo menos Londrina, é de alta endemicidade ¹.

Neste trabalho, continuação do anterior, estudam-se algumas características específicas relacionadas à hanseníase. As seguintes distribuições são apresentadas: a) anual por local de residência (urbano/rural) ; b) anual para as formas polares e indeterminadas; c) conforme a forma clínica, de acordo com o sexo e o grupo etário e

(*) Docentes do Depto. Materno-Infantil e Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, PR.

(**) Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, PR.

(***) Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, PR.

d) conforme o sexo, forma clínica e ano do diagnóstico.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O material é o mesmo do trabalho anterior, ou seja, examinaram-se 858 prontuários, referentes a todos os doentes diagnosticados no período de estudo (1968-1978) no Centro de Saúde de Londrina.

3 RESULTADOS

São apresentados nas figuras de 1 a 8.

Os doentes provenientes da zona urbana predominam, notando-se tendência a um maior aumento desses pacientes com o passar do tempo, principalmente após 1972.

As formas polares (V+D+T) sempre apresentam valores acima de 60%, atingindo valor máximo em 1968 (86,8%). A tendência da curva pouco tem se alterado com os anos.

As distribuições conforme o sexo, forma clínica e grupo etário estão expressas nas figuras 3, 4 e 5. Comparando-as, em relação ao sexo masculino, a forma I incide nos grupos etários mais jovens (abaixo de 20 anos) : 18,4% contra 12,7% da forma T e 5,3% das formas V+D. Todavia, nas faixas etárias acima dos 40 anos, a forma T predomina (56,8% dos pacientes) contra 52,5% das formas V+D e 38,5% da forma I. Observam-se valores diferentes para o sexo feminino. Para os menores de 20 anos, a forma I incidiu em 19,6% dos pacientes, as formas V+D em 17,2% e a forma T em 13,5%. Para os maiores de 40 anos, obteve-se: forma T, 47,3%; forma I, 41,2% e formas

V+D, 40,5%. Comparando-se os sexos observam-se grandes diferenças das formas clínicas conforme o grupo etário considerado. Nos grupos etários menores de 20 anos, os valores para as formas I e T estão próximos ; todavia, observam-se altos valores para as formas V+D no sexo feminino (17,2% contra 5,3.% no sexo masculino). Nos grupos etários maiores de 40 anos os valores que mais se aproximam são da forma I (41,2% para o sexo feminino contra 38,5% para o sexo masculino). Para as formas T e V+D os valores são sensivelmente menores no sexo feminino, o que indica, para este sexo, uma maior incidência de tais formas nos grupos etários mais jovens.

As distribuições segundo o sexo e a forma clínica, nos diferentes anos, estão nas figuras 6, 7 e 8. Para o sexo masculino, em seu conjunto, exceção a 1971 e 1972, as formas V+D sempre são superiores a 50%, sendo que em 1968 atingiu 74,2%. Nos últimos 3 anos nota-se uma tendência para valores em torno de 50%. Para o sexo feminino, exceto para 1971, as formas V+D nunca ultrapassaram 50%. Comparando-se os sexos observa-se uma maior proporção das formas V+D no sexo masculino e, conseqüentemente, predomínio maior das formas I e T no sexo feminino.

4 DISCUSSÃO

Um dos aspectos observados no presente trabalho é a crescente distribuição urbana dos doentes de hanseníase, ainda que a participação rural não seja desprezível (cerca de 30% nos anos recentes). Os dados dizem respeito a toda região do 17.º Distrito Sanitário e é impossível saber se esta tendência acompanha ou não a tendência de urbanização da região como um todo, assim

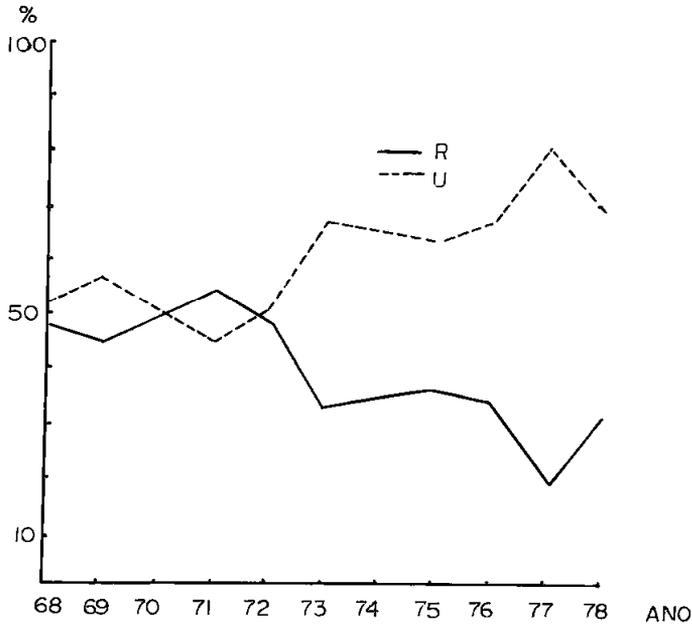


FIGURA I — Distribuição anual, conforme a procedência urbano/rural, dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

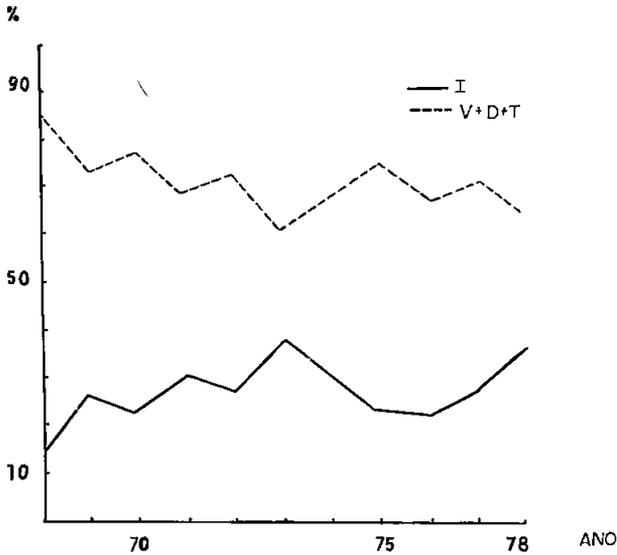


FIGURA 2 — Distribuição anual das formas polares (V + D + T) e da forma indeterminada dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

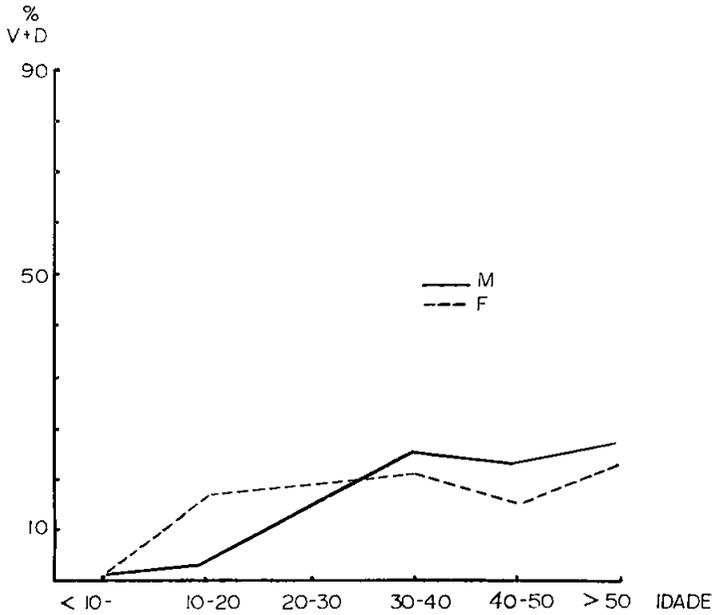


FIGURA 3 — Distribuição das formas bacilíferas (V -I- D) segundo o sexo e o grupo etário dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

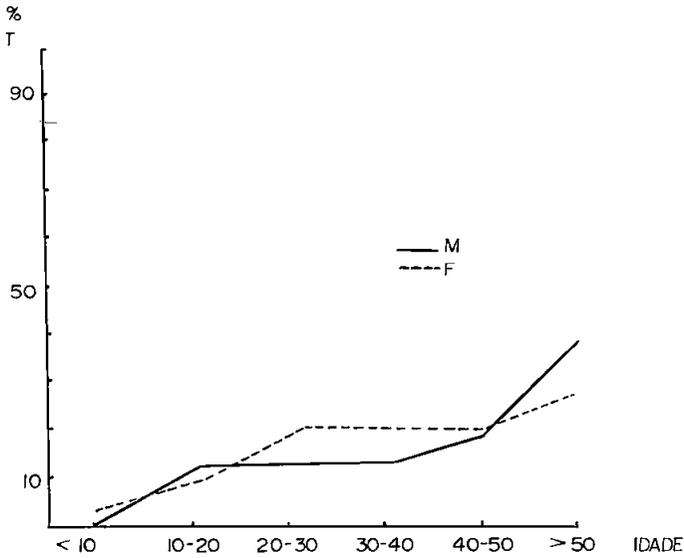


FIGURA 4 — Distribuição da forma T segundo o sexo e o grupo etário dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

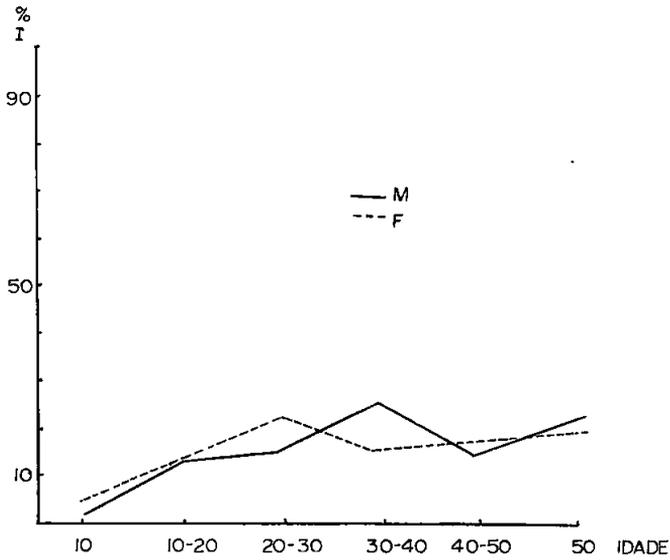


FIGURA 5 — Distribuição da forma I segundo o sexo e o grupo etário dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

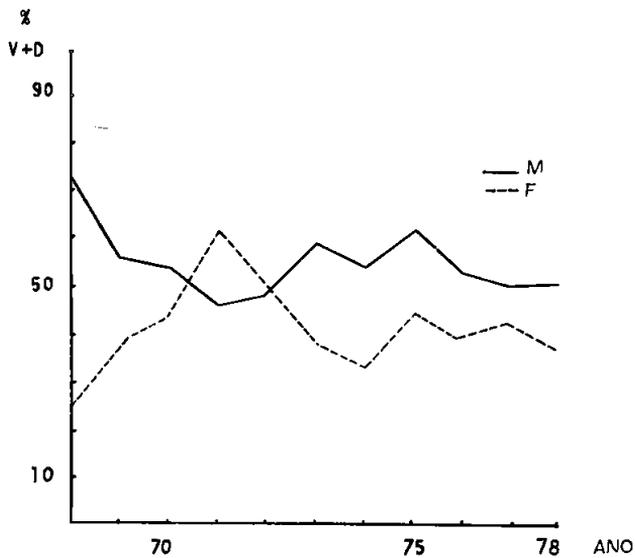


FIGURA 6 — Distribuição anual das formas bacilíferas (V + D) segundo o sexo, dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

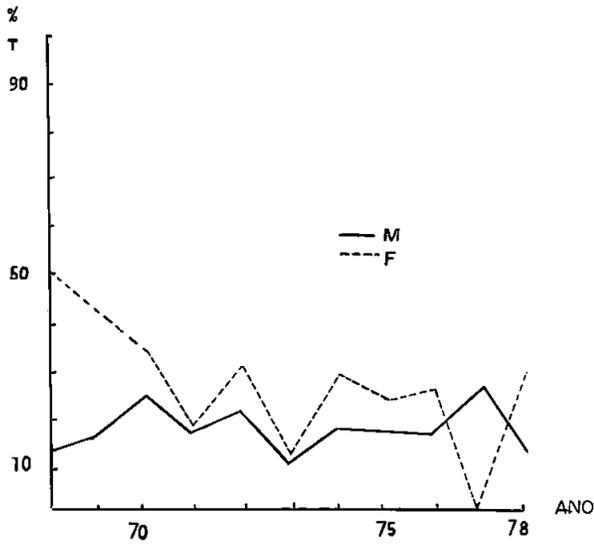


FIGURA 7 — Distribuição da forma T segundo o sexo, dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

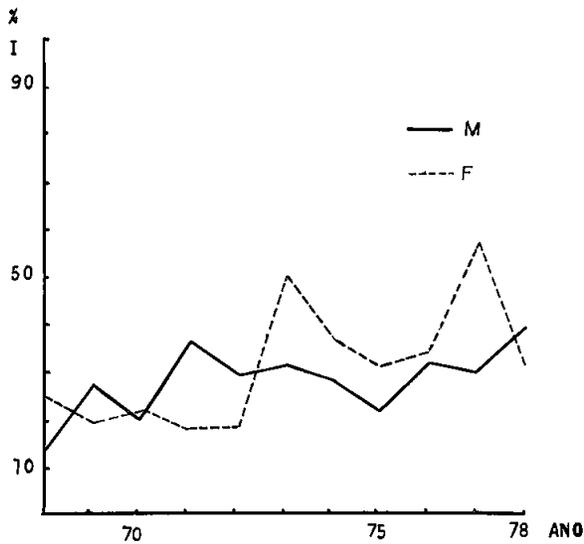


FIGURA 8 — Distribuição anual da forma I segundo o sexo, dos pacientes portadores de hanseníase diagnosticados no Centro de Saúde de Londrina entre 1968 e 1978.

como é impossível saber se realmente está ocorrendo maior "incidência" na zona urbana. Se isto estiver ocorrendo, a urbanização pode se constituir num fator positivo para o controle da endemia, agrupando os doentes em uma área mais restrita — periferia das médias e grandes cidades — o que, teoricamente, "facilita a investigação epidemiológica de cada caso novo registrado³. Entretanto "para que as atividades de luta nas cidades sejam eficazes há necessidade de uma boa cobertura das zonas rurais porque, caso contrário, as oportunidades de tratamento anti-hansênico, podem constituir um atrativo a mais para a migração dos pacientes dos pequenos centros rurais em direção às cidades"⁴.

Evidenciaram-se altas freqüências de formas polares (V+D+T) — sempre superiores a 60% — em todo o período de estudo. Estes achados são conseqüência da apresentação passiva dos doentes — 84,9% dos casos — sendo que 54,1% do total dos pacientes foram conhecidos por meio da notificação ou denúncia¹.

As formas bacilíferas (V+D) guardam importante papel na disseminação da doença. Martinez Dominguez et al.² encontraram, em estudo controlado na Birmânia, que a incidência (por 1000 hab.) a partir de casos-índices da forma V foi de 21,9 e a partir da forma D foi 10,1, enquanto que a partir das formas I e T foi 7,6. Mostraram também a grande importância do domicílio nesta disseminação : a incidência de casos domésticos a partir de contatos com a forma V+D foi 26,5/1000 hab. enquanto que, para os contatos extradomiciliares, foi 5,9/1000 hab.². O presente estudo evidenciou o predomínio das formas bacilíferas no sexo masculino, onde aproximadamente 95% dos casos estão em adultos acima dos 20 anos. Considerando-se a grande mobilidade deste

sexo nestas faixas etárias é fácil perceber o significado deste achado na disseminação da doença. No sexo feminino as formas I e T predominaram, porém, em relação às formas V-FD, observou-se uma grande participação (17,2%) destas formas nos grupos etários até os 20 anos. No sexo masculino esta porcentagem foi 5,3% (portanto 3,2 vezes maior no sexo feminino). Torna-se difícil explicar esta diferença: provavelmente trata-se de achado ocasional (os doentes concentram-se nos grupos etários entre 10 e 20 anos).

Para que haja controle da doença a partir da situação descrita neste trabalho e no anterior é necessário que uma política ativa de detecção de casos seja implantada, identificando-se os fatores atualmente limitantes a esta política e dando-se prioridade a sua resolução. Como ocorre com outras doenças, os índices apresentados constituem apenas uma mostra da magnitude do problema. No caso da hanseníase, ficou evidenciado que a região é altamente endêmica, o que justifica uma política agressiva de detecção de casos, onde teria prioridade o exame em massa de escolares e a busca de contatos, principalmente a partir de caso-índice das formas V e D, com ênfase à busca domiciliar.

5 CONCLUSÕES

Em trabalho anterior, analisando-se o mesmo material aqui apresentado, concluiu-se que o 17.º Distrito Sanitário, ou no mínimo o município de Londrina, é região de alta endemicidade.

Neste estudo evidenciou-se, entre outros achados, a participação crescente de doentes oriundos das zonas urbanas dos municípios, assim como a grande importância que adquirem, no controle da endemia, as altas taxas de formas bacilíferas, especialmente no sexo masculino.

Foi possível concluir que para haver um controle eficaz da doença há necessidade de uma reorientação da política sanitária, dando-se ênfase à busca ativa de casos em extratos prioritários da população.

Agradecimentos

Os autores são gratos ao Dr. Roberto Schintzler, chefe do serviço de Dermatologia Sanitária do Centro de Saúde de Londrina, por ter colocado os arquivos à disposição, durante o período de realização do estudo.

ABSTRACT — Following a previous work, this one intends to add new data on the occurrence of hanseniasis in the Public Health District of Londrina, in the state of Parana, Brazil. In this study, it was observed an increasing percentage of patients coming from the urban area of the near towns and one of the aspects stressed in this research was the great importance of the V and D forms in the dissemination of the disease, since they affect mostly male individuals. Once this area is characterized by a high endemicity, a new sanitary policy should be put into practice comprising aspects of control and search for cases. Besides it should be developed a special program of case detection among the students carried out by large scale medical examinations and through extensive observation of contacts of the bacilloscopic positive patients, mainly in the household contacts.

Key words: Hanseniasis. Epidemiology-Londrina, PR, Brazil.

REFERENCIAS

- 1 ASSEIS, E.A. et alii. Alguns aspectos sobre a hanseníase na região de Londrina, Pr., 1968-1978. I. Características gerais. *Hansen. Int.*, 6(1):
- 2 MARTÍNEZ DOMINGUEZ, V.; GALLEGO GARBAJOSA, P.; MG MG GYI; TAMONDONG, C.T.; SUNDARESAN, T.; BECHELLI, L.M.; KYAW LWIN; SANSARRICQ, H.; WALTER, J.; NOUSSITOU, F.M. Epide-
miological information on leprosy in the Singu area of Upper Burma. *Bull. Wld. Hlth. Org.*, 58(1):81-89, 1980.
- 3 MELLO, A. Hanseníase nas áreas metropolitanas. *Bol. Div. Nac. Dem. Sanit.*, 36 (1) :31-40, 1977.
- 4 OMS, Genève. *Comité de Expertos de la OMS en lepra*; quinto informe. Ginebra, 1977. 61p. (Série de informes técnicos, 607).

Recebido para publicação em fevereiro de 1981; aceito para publicação em março de 1981