

SITUAÇÃO DA ENDEMIAS DA HANSENIASE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL (1976-1977) *

Clovis Lombardi **

RSPUB9/473

LOMBARDI, C. *Situação da endemia da hanseníase no município de São Paulo, Brasil. (1976-1977)* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 13:281-98, 1979.

RESUMO: *Descreve-se e avalia-se a situação da endemia da hanseníase no município de São Paulo no biênio 1976/1977, caracterizando-a como problema de saúde pública, através da apresentação e discussão dos coeficientes de prevalência e de incidência, por local de residência nos diversos distritos e subdistritos e nas zonas Central, Intermediária e Periférica do município. Os recursos sanitários existentes são descritos e avaliados segundo os mesmos critérios de localização, tentando-se relacionar sua distribuição com a dos índices endêmicos verificados.*

UNITERMOS: *Hanseníase, S. Paulo, SP, Brasil. Epidemiologia.*

INTRODUÇÃO

Não se conhece ao certo a época ou a maneira da introdução da hanseníase em São Paulo, porém aceita-se que sua origem deva ser a mesma admitida para outras regiões do território nacional, ou seja, os colonizadores portugueses, especialmente açorianos e possivelmente os escravos africanos. Concorde-se também que a sua introdução tenha sido simultânea à ocorrida em outros pontos do Brasil-Colônia.^{12,23}

No final do século XIX e início do século XX, a abolição da escravatura, a imigração estrangeira e a expansão da lavoura cafeeira agravaram a endemia em São Paulo, provocando a sua recrudescência.²³

Em 1916, Emílio Ribas,²⁸ diretor do Serviço Sanitário, declara-se contrário ao isolamento insular utilizado até então e propõe a criação de asilos-colônia, próximos às

cidades, em zonas salubres e de recursos fáceis, estabelecendo o plano que serviu de base, até recentemente, ao controle da hanseníase no Estado de São Paulo; os campos de Santo Angelo foram escolhidos para a instalação do primeiro hospital modelo. A inauguração do Sanatório de Santo Angelo em 1928 e a efetivação da legislação vigente por Aguiar Pupo em 1929 e 1930 precederam a criação, em 1935, do então denominado "Departamento de Profilaxia da Lepra" (DPL).^{12,23}

Dividindo o Estado em 16 Inspetorias Regionais e adotando uma política de controle baseada na internação compulsória e suportada pelo tripé: "hospital especializado — dispensário-preventório", o DPL mobilizou uma enorme soma de recursos e constituiu-se, sem dúvida, na maior estrutura

* Resumo de Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP — 1978.

** Do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil.

médico-hospitalar e de assistência social já utilizada no combate à hanseníase em qualquer país do mundo e em todos os tempos, a qual monopolizou, durante quase 40 anos, todas as atividades de controle da endemia no Estado de São Paulo.^{2,7}

Em 1969, a Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo,³¹ baseada em diretrizes de integração de serviços a nível local, de regionalização executiva e centralização normativa das ações de saúde, extinguiu o DPL e criou a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, ligada ao Instituto de Saúde e com funções na área técnica, substituindo a Divisão Técnica Auxiliar do DPL; os antigos sanatórios especializados foram transformados em Hospitais de Dermatologia Sanitária e entregues à administração da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, para progressiva desativação como hospitais de hanseníase.

A atenção ao doente de hanseníase e a maior responsabilidade no controle da endemia foram desde então transferidas para a rede de unidades sanitárias da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. No município de São Paulo, os 10 dispensários então existentes transformaram-se em "Áreas Especializadas" de Dermatologia Sanitária, todas sediadas em unidades sanitárias de rede estadual.

Em 1970, foi abolido oficialmente o termo "lepra" e derivados, na terminologia oficial da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo,³² providência esta que posteriormente foi estendida, por ato do governo federal, a todo o Brasil.²⁰

Como parte do Programa de Assistência à Gestante, à Criança e ao Adulto, a Secretaria da Saúde do Estado elaborou, em 1976, o Subprograma de Controle da Hanseníase, que se propõe "desenvolver junto à população pertencente à área de atuação das suas diversas unidades, ações integradas de saúde visando a redução dos riscos de infecção e de morbidade por Hanseníase".³⁴

Calcado nas diretrizes gerais de regionalização do sistema de atendimento e de integração de atividades a nível de Centro de Saúde, este modelo de programação tipicamente horizontal delega a todos os Centros de Saúde da rede estadual a execução do controle da hanseníase, fundamentado já agora totalmente em ações de saúde dinâmicas e integradas.

Parcialmente implantado em algumas regiões do interior do Estado e em fase de incipientes ensaios de implantação na Região da Grande São Paulo, o subprograma proposto constitui-se numa tentativa de implantação de uma política integrada de controle de uma doença milenarmente segregada, quer pelas populações, quer pelas instituições médicas e mesmo de saúde pública, oficiais ou não oficiais.^{3,4,15,16}

Num complexo urbano heterogêneo e de grandes dimensões como a Grande São Paulo, inserido como de vital importância econômica no contexto de um país subdesenvolvido e endêmico como o Brasil, a implantação de uma política sanitária de integração das atividades de controle da hanseníase nos serviços gerais de saúde permitirá inclusive uma avaliação do problema da hanseníase como endemia urbana, ainda não conhecido em termos mundiais.^{8,9,10,30}

Com efeito, no levantamento bibliográfico por nós realizado sobre a epidemiologia e o controle da hanseníase em grandes centros urbanos estrangeiros, obtivemos apenas alguns relatos, bastante limitados, referentes a algumas cidades da Índia^{14,40} e Sudeste Asiático,¹⁹ que, por diversos motivos, nem remotamente se prestariam como modelos para um projeto adequado de estudo do problema em nosso meio.

Quanto à literatura nacional sobre o assunto, também é pobre de relatos expressivos,^{22,24} embora já se configure uma preocupação com o problema, antevista nas conclusões do Seminário sobre Situação de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras³⁹.

O evoluir das pesquisas sobre o comportamento epidemiológico da hanseníase começa atualmente a abrir nova perspectiva no corpo clássico de conhecimentos sobre a história natural da doença. Possivelmente o contacto fortuito porém repetido, facilitado pelo modo de vida típico dos grandes aglomerados humanos, seja tão importante na cadeia de transmissão e, conseqüentemente, na caracterização do quadro epidemiológico da doença, como o já classicamente admitido contacto íntimo e/ou prolongado com o doente bacilífero, no ambiente familiar.^{8,10,13,17,24,26}

A área estudada apresenta um aspecto tipicamente cosmopolita que torna mais difícil não só a descrição como a análise de qualquer fenômeno de natureza coletiva. Por este motivo procuramos dar a este trabalho um cunho fundamentalmente descritivo e panorâmico, porém que pudesse fornecer subsídios não só aos propósitos operacionais de implantação de um programa de controle integrado, como também para a detecção de problemas que possam estar ligados à hanseníase como fenômeno urbano.

Os objetivos do presente trabalho são:

- a) Descrever e avaliar o problema sanitário representado pela hanseníase no município de São Paulo no biênio 1976/1977.
- b) Através da situação encontrada, levantar elementos que permitam estudos futuros, como contribuição para a compreensão da hanseníase como endemia urbana.
- c) Fornecer subsídios para a implantação, no município de São Paulo, do Subprograma de Controle da Hanseníase da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODOS

O município de São Paulo foi subdividido em 3 zonas, segundo a classificação de Leser²¹. O critério adotado por esse autor é arbitrário, baseado no conhecimento pessoal do desenvolvimento histórico da cidade. Esta divisão foi a seguinte:

Zona Central

Aclimação
Barra Funda
Bela Vista
Belenzinho
Bom Retiro
Brás
Cambuci
Cerqueira Cesar
Consolação
Jardim América
Jardim Paulista
Lapa
Liberdade
Mooca
Pari
Perdizes
Pinheiros
Santa Cecília
Santa Ifigênia
Sé
Vila Madalena
Vila Mariana

Zona Intermediária

Alto da Mooca
Casa Verde
Ibirapuera
Indianópolis
Ipiranga
Jabaquara
Limão
Nossa Senhora do Ó
Penha
Santana
Santo Amaro
Saúde
Tatuapé
Vila Formosa
Vila Guilherme
Vila Maria
Vila Matilde
Vila Nova Cachoeirinha
Vila Prudente

Zona Periférica

Brasilândia
Butantã
Cangaíba
Pirituba
Cap. Socorro
Tucuruvi
V. Jaguara
Ermelino Matarazzo
Guaianazes
Itaquera
Jaraguá
Parelheiros
Perus
São Miguel Paulista

A Zona Central, constituída por 22 subdistritos do distrito de São Paulo, representa a região de povoamento mais antigo e que apresentava, no período estudado pelo autor (1950 a 1970), uma cobertura quase total de serviços de água e esgotos, coeficientes de mortalidade infantil relativamente menores, bem como baixas taxas de crescimento demográfico, tanto vegetativo quanto migratório, além da melhor cobertura em termos de serviços de saúde.

A Zona Periférica, que compreende 7 subdistritos periféricos do Distrito de São Paulo e os outros 7 distritos do Município, todos localizados na periferia, praticamente não dispunha, na época estudada, de qualquer infra-estrutura em termos de saneamento básico. Exibia os maiores coefi-

cientes de mortalidade infantil e as taxas de crescimento populacional mais altas, devidas principalmente aos elevados contingentes de migrantes internos instalados em São Paulo nas duas ou três últimas décadas; quanto à cobertura de serviços médico-sanitários, apresentava-se como a mais carente.

Finalmente, a Zona Intermediária, composta por 19 subdistritos do distrito de São Paulo, povoados na primeira metade deste século, apresentava níveis intermediários em relação a todos os índices citados acima.

Com populações estimadas³⁵, pelo método geométrico, para 1º de julho de 1977, apresentamos na Tabela 1 algumas características demográficas dessas três zonas do município de São Paulo.

TABELA 1

Características demográficas das zonas Central, Intermediária e Periférica do município de São Paulo — 01/07/1977.

Zonas *	Características demográficas	Area (km ²)	% da área Total	População estimada em 01/07/77	% da pop. Total	Densidade demográfica (hab/km ²)	Taxa de urbanização (%)
Central		108,0	7,12	1.340.462	16,74	12.411	100
Intermediária		379,5	25,03	4.091.816	51,09	10.796	> 99
Periférica		1.028,5	67,85	2.577.047	32,17	2.506	> 90
Total (município de São Paulo)		1.516,0	100,00	8.009.325	100,00	5.253	> 99

* Adaptado de: Leser 21

Fonte dos Dados Básicos: Secretaria de Economia e Planejamento, 35,36

Os dados numéricos foram extraídos das seguintes fontes:

— *Dados populacionais*: Seção de Demografia Dinâmica da Divisão de Estatística Demográfica da Coordenadoria de Análise de Dados do Departamento Estadual de Estatística — Secretaria de

Economia e Planejamento do Estado de São Paulo.

— *Dados sobre os doentes de hanseníase*: Seção de Epidemiologia da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde — Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

— *Dados sobre a rede de Unidades Sanitárias Estaduais do Município de São Paulo*: Serviço de Planejamento da Divisão de Estudos e Programas do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo (DRS-1) — Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

— *Informações sobre as Áreas Especializadas de Dermatologia Sanitária, localizadas no Município de São Paulo*: Assessoria de Dermatologia Sanitária da Coordenadoria de Saúde da Comunidade — Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

A consolidação dos dados foi efetuada com a finalidade de se obter os seguintes índices e distribuições:

— Distribuição dos doentes matriculados em 31-12-76 nas unidades sanitárias que contam com área especializada localizadas no município de São Paulo e que nele residem, por distrito ou subdistrito de residência e por forma clínica¹⁸.

— Coeficientes de prevalência, por local de residência, nos distritos e subdistritos do município de São Paulo, em 31-12-76.

— Coeficientes de prevalência em 31-12-76, segundo o local de residência, nas zonas Central, Intermediária e Periférica do município de São Paulo.

— Distribuição dos casos registrados durante o ano de 1977, residentes no município de São Paulo, por distrito ou subdistrito de residência e por forma clínica¹⁸.

— Coeficientes de casos registrados durante o ano de 1977, residentes no município de São Paulo, por distrito ou subdistrito de residência.

— Coeficientes de casos registrados durante o ano de 1977, residentes no município de São Paulo, por local de residência nas zonas Central, Intermediária e Periférica.

— Distribuição das áreas de dermatologia sanitária e da rede de unidades sanitárias estaduais localizadas no município de São Paulo, por distrito ou subdistrito censitário de localização e por tipo¹⁸.

— Distribuição da rede de unidades sanitárias estaduais, pelas zonas Central, Intermediária e Periférica.

Como complemento, cabe ressaltar que, por ser a hanseníase uma doença de evolução crônica e de longo período de incubação, torna-se difícil precisar o momento de início do processo patológico. Conseqüentemente, a utilização do termo "incidência" para um período anual (1977) poderia não satisfazer o rigor científico desejado. Belda⁶ recentemente evidenciou a coincidência dos coeficientes de "casos registrados" e de "incidência"; não obstante, utilizamos a expressão "casos registrados" ao invés de "incidência" em todas as citações que incluam referências numéricas (especialmente Tabelas). Ao longo do texto, por facilidade de expressão e entendimento, e também por tradição, utilizamos indiferentemente ambos os termos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados de local de residência e matrícula

Observamos na Tabela 2, que 7% dos doentes matriculados em unidades sanitárias do município de São Paulo residem em outros municípios, enquanto que pela Tabela 3 verificamos que municípios vizinhos da Região da Grande São Paulo absorvem apenas 153 doentes residentes em São Paulo, o que corresponde a menos de 2% do total de doentes residentes. É possível que ambos os percentuais estejam abaixo da realidade, dada a tendência dos doentes de evitar a matrícula em unidades próximas a sua residência^{4,22,29}. Entretanto, parece-nos lícito argumentar que a já conhecida atração exercida pelas facilidades e recursos de

uma metrópole na satisfação das necessidades da população se faça sentir também a nível do diagnóstico e tratamento de hanseníase, explicando possivelmente a diferença observada.

TABELA 2

Distribuição dos doentes de hanseníase matriculados no município de São Paulo, por local de residência (31-12-76).

Local de residência	Nº	%
Município de São Paulo	8.482	91,51
Fora do município de São Paulo	654	7,06
Residência não relatada	133	1,43
Total	9.269	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

TABELA 3

Doentes de hanseníase residentes no município de São Paulo e matriculados em unidades sanitárias de outros municípios da Grande São Paulo (31-12-76).

Doentes matriculados	Nº	%
Unidade sanitária		
Osasco	59	38,57
São Bernardo do Campo	53	34,84
Guarulhos	37	24,18
Santo André	3	1,96
Mogi das Cruzes	1	0,65
Total	153	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia), da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Na distribuição dos doentes matriculados pelas poucas unidades especializadas prestadoras de serviços (Tabela 4), o mesmo fenômeno da formação de pólos de atração faz-se notar também em relação aos sub-centros onde a atenção médico-sanitária está disponível e que se localizam nas áreas de convergência natural dos setores mais populosos do município.

TABELA 4

Distribuição dos doentes de hanseníase matriculados no município de São Paulo, por unidade sanitária. (31-12-76)

Doentes de hanseníase	Nº	%
Unidade sanitária		
"Victor A. Homem de Mello"	159	1,72
Santa Cecília	493	5,32
"Geraldo H. de Paula Souza"	535	5,77
Vila Maria	700	7,55
Vila Prudente	768	8,29
Tucuruvi	831	8,97
Santo Amaro	951	10,26
Lapa	1.346	14,52
Jabaquara	1.400	15,10
Penha de França	2.086	22,50
Total	9.269	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Assim, a unidade sanitária de Penha de França, que tem matriculados mais de 22% do total de doentes do município de São Paulo, deve receber uma boa parte da demanda dos populosos bairros da zona leste da cidade, já que apenas 399 (cerca de 20%) de seus 2.086 doentes matriculados residem no subdistrito demográfico de Penha de França (Tabela 5).

TABELA 5

Prevalência da hanseníase nos distritos e subdistritos do município de São Paulo —
Doentes residentes em 31-12-1976.

Distrito ou subdistrito	Nº de Doentes	População 01/01/77	Prevalência o/oo
I. Ermelino Matarazzo	149	217.306	0,68
II. Guaianazes	96	114.376	0,83
III. Itaquera	219	308.854	0,70
IV. Jaraguá	8	29.998	0,26
V. Parelheiros	24	16.176	1,48
VI. Perús	52	42.352	1,22
VII. São Miguel Paulista	420	367.577	1,14
VIII. São Paulo	7.667	6.754.221	1,13
1. Aclimação	36	56.520	0,63
2. Alto da Mooca	69	154.613	0,44
3. Barra Funda	44	30.629	1,43
4. Bela Vista	66	69.305	0,95
5. Belenzinho	73	49.898	1,46
6. Bom Retiro	50	27.284	1,83
7. Brás	95	53.852	1,76
8. Brasilândia	14	144.829	0,09
9. Butantã	183	258.293	0,70
10. Cambuci	79	52.283	1,51
11. Cangaíba	55	77.367	0,71
12. Capela do Socorro	143	265.911	0,53
13. Casa Verde	178	119.668	1,48
14. Cerqueira Cesar	8	55.012	0,14
15. Consolação	42	75.654	0,55
16. Ibirapuera	40	147.564	0,27
17. Indianópolis	89	88.309	1,00
18. Ipiranga	356	195.559	1,82
19. Jabaquara	435	279.448	1,55
20. Jaguará	9	67.155	0,13
21. Jardim América	9	55.519	0,16
22. Jardim Paulista	64	107.225	0,59
23. Lapa	602	143.491	4,19
24. Liberdade	46	68.786	0,66
25. Limão	69	87.552	0,78
26. Mooca	116	33.648	3,44
27. Nossa Senhora do Ó	326	202.703	1,60
28. Pari	57	30.890	1,84
29. Penha de França	399	167.550	2,38
30. Perdizes	123	114.554	1,07
31. Pinheiros	97	52.834	1,83
32. Pirituba	27	122.583	0,22
33. Santa Cecília	66	79.030	0,83
34. Santa Ifigênia	32	37.266	0,85
35. Santana	268	264.760	1,01
36. Santo Amaro	549	578.219	0,94
37. Saúde	106	303.005	0,34
38. Sé	66	8.545	7,72
39. Tatuapé	428	325.277	1,31
40. Tucuruvi	670	475.327	1,40
41. Vila Formosa	162	118.738	1,36
42. Vila Guilherme	116	101.008	1,14
43. Vila Madalena	23	39.081	0,58
44. Vila Maria	194	140.075	1,38
45. Vila Mariana	135	91.002	1,48
46. Vila Matilde	206	207.907	0,99
47. Vila Nova Cachoeirinha	66	37.690	1,75
48. Vila Prudente	581	490.813	1,18
Total (município de São Paulo)	8.635	7.850.860	1,09

Fonte dos Dados Básicos:

- 1) População: Secretaria de Economia e Planejamento.^{35,36}
- 2) Doentes de hanseníase: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Do mesmo modo, o Centro de Saúde "Geraldo H. de Paula Souza", que conta com 535 doentes matriculados, recebe apenas 81 deles dos subdistritos circunjacentes de Cerqueira Cesar, Jardim América e Jardim Paulista, o que corresponde a uma proporção aproximada de apenas 15% de sua demanda total, proveniente em sua maioria de outros subdistritos da área central da cidade.

O mesmo fenômeno pode ser observado, em graus variáveis, nas outras unidades especializadas e explica-se facilmente pela concentração da prestação de serviços em determinadas áreas, acrescida às vezes, como parece ser o caso do Centro de Saúde "Geraldo H. de Paula Souza", do papel da tradição e da imagem positiva feita pela população sobre a qualidade dos serviços prestados.

Note-se que os resultados do Centro de Saúde "Victor A. Homem de Mello" (Pinheiros) não se prestam a essas considerações em vista de sua área especializada ser de instalação recente e de sua clientela não estar ainda totalmente estabelecida.

Resumindo, podemos afirmar que a atual estrutura da rede de prestação de serviços especializados, impregnada ainda de imagens do passado e inadequada para cobrir de maneira homogênea a área do município, determina a formação de pólos de convergência da demanda, cujo ônus para a população, embora difícil de ser mensurado, nos parece inegável.

Dados de prevalência

Em 31 de dezembro de 1976 residiam e estavam registrados no município de São Paulo 8.635 doentes de hanseníase, dentre uma população estimada de 7.850.860 habitantes, o que resulta numa prevalência de 1,09 o/oo.

Cerca de 58% deste total de doentes pertencem às formas contagiantes de hanseníase (V+D) e aproximadamente 20% correspondem ao grupo inicial (I). Cerca

de 80% do total de doentes apresentam formas avançadas da moléstia (V+D+T+TR). (Tabela 6).

TABELA 6

Distribuição dos doentes de hanseníase residentes no município de São Paulo, por forma clínica — (31-12-76).

Forma clínica	Nº	%
Virchoviana + Dimorfa (V + D)	5.044	58,41
Indeterminada (I)	1.679	19,45
Tuberculóide + Tuberculóide Reacional (T + TR)	1.912	22,14
Total	8.635	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

Os dados gerais observados nas Tabelas 5 e 6, evidenciando uma prevalência superior a 1 o/oo, permitem-nos caracterizar a hanseníase como importante problema de saúde pública no município de São Paulo^{1,7}. Em determinadas áreas do município temos características evidentes de alta endemicidade da doença, embora a taxa global observada (1,09 o/oo) seja apenas ligeiramente superior ao limite que define uma área como de alta endemicidade²⁵.

A proporção de 80% de formas avançadas (ou polarizadas) leva-nos a admitir que a estrutura atualmente mobilizada no combate à hanseníase esteja trabalhando de maneira estática, com uma demanda passiva de doentes já antigos; apenas 20% de formas iniciais traduzem o fato de que as atividades de diagnóstico precoce estão bastante aquém do desejável, sugerindo que a endemia está fora de controle.

Além disso, uma população de doentes em que mais da metade é portadora de

formas bacilíferas (V+D) representa em termos de saúde pública um grave risco coletivo potencial de infecção, especialmente se atentarmos para a hipótese que hoje em dia já vem sendo aceita de que a hanseníase é antes uma doença de baixa patogenicidade do que de baixa infectividade, na qual talvez o contacto extra familiar fortuito, porém repetido, desempenhe papel importante na manutenção da cadeia de transmissão.^{7,8,17,27,38} Este fenômeno nos parece evidentemente facilitado nos grandes aglomerados urbanos, como o que se localiza no município de São Paulo.

A distribuição dos coeficientes de prevalência por distrito e subdistrito do município (Tabela 6) não mereceu, por razões já citadas, interpretações mais minuciosas do que as já referidas. No entanto, julgamos válida sua apresentação por permitir antever a necessidade de estudos mais profundos sobre a dinâmica da interação entre fenômenos demográficos, econômicos e sociais e o perfil da endemia na metrópole paulistana^{27,38}.

Dados de incidência

Durante o ano de 1977 foram matriculados 489 novos casos de hanseníase em pacientes residentes no município de São Paulo; destes, 377 (77%) apresentavam formas clínicas polarizadas (V+D+T+TR) as quais eram bacilíferas (V+D) em 236 casos (48%). O número de casos iniciais diagnosticados foi de 112, o que corresponde a cerca de 22% do total (Tabela 7).

A população estimada do município de São Paulo para o meio do período (01-07-77) foi de 8.009.325 habitantes. Assim, tivemos um coeficiente de casos registrados de 6,09 por cem mil habitantes (Tabela 8).

Embora o coeficiente geral de incidência para o município, tomado isoladamente, não seja de molde a possibilitar inferências seguras quanto à situação da endemia em São Paulo, o mesmo não ocorre quanto à distribuição dos novos casos por forma clínica.

TABELA 7

Casos de hanseníase registrados no município de São Paulo durante o ano de 1977, por forma clínica.

Forma clínica	Nº	%
Virchoviana + Dimorfa (V + D)	236	48,27
Indeterminada (I)	112	22,90
Tuberculóide + Tuberculóide Reacional (T + TR)	141	28,83
Total	489	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Com efeito, se estão se registrando apenas 22% de casos iniciais, obviamente não se está fazendo o diagnóstico precoce e se 48% dos casos registrados já o são quando contagiantes, o potencial de manutenção das condições anteriores de transmissão da endemia permanece intocado pelas ações de controle atualmente em execução, configurando um quadro epidemiológico e uma situação sanitária atual e potencialmente bastante insatisfatórios.

Ressalve-se aqui que as diferenças observadas na proporção de casos bacilíferos (V + D) existentes em 31/12/76 — (58%) e registrados durante 1977 (48%), deve-se provavelmente à diminuição relativa das formas tuberculóides (T + TR) no registro de prevalência, dado que as baixas no arquivo central são quase exclusivamente de casos tuberculóides. A proporção de formas iniciais apresenta variação muito pequena nas duas situações, evidenciando que realmente não houve melhora nas condições de diagnóstico precoce.

A distribuição do registro de novos casos por distrito e subdistrito (Tabela 8) apresenta as mesmas limitações e sugere as

TABELA 8

Casos de hanseníase registrados nos distritos e subdistritos do município de São Paulo, durante o ano de 1977, por local de residência.

Distrito ou subdistrito	Nº de casos	População (01/07/77)	Casos registrados por cem mil
I. Ermelino Matarazzo	9	222.882	4,03
II. Gualanazes	5	117.862	4,24
III. Itaquera	26	319.633	8,13
IV. Jaraguá	5	30.775	16,24
V. Parelheiros	1	16.482	6,06
VI. Perús	4	43.638	9,16
VII. São Miguel Paulista	27	379.334	7,11
VIII. São Paulo	412	6.878.719	5,98
1. Aclimação	7	56.998	12,28
2. Alto da Mooca	2	156.744	1,27
3. Barra Funda	1	30.572	3,27
4. Bela Vista	14	69.790	20,06
5. Belenzinho	3	49.434	6,06
6. Bom Retiro	1	27.324	3,65
7. Brás	3	53.550	5,60
8. Brasilândia	9	148.679	6,05
9. Butantã	15	265.395	5,65
10. Cambuci	1	52.408	1,90
11. Cangaíba	3	78.765	3,80
12. Capela do Socorro	5	274.833	1,81
13. Casa Verde	8	121.178	6,60
14. Cerqueira Cesar	0	55.897	0,00
15. Consolação	3	76.647	3,91
16. Ibirapuera	5	150.570	3,32
17. Indianópolis	4	89.655	4,46
18. Ipiranga	16	197.053	8,11
19. Jabaquara	17	286.617	5,93
20. Jaguará	4	68.356	5,85
21. Jardim América	1	56.091	1,78
22. Jardim Paulista	6	108.249	5,54
23. Lapa	13	144.910	8,97
24. Liberdade	1	69.368	1,44
25. Limão	6	88.904	6,74
26. Mooca	5	33.327	15,00
27. Nossa Senhora do Ó	12	207.942	5,77
28. Pari	4	30.767	13,00
29. Penha de França	24	169.745	14,13
30. Perdizes	7	115.456	6,06
31. Pinheiros	9	53.462	16,83
32. Pirituba	8	125.661	6,36
33. Santa Cecília	3	79.776	3,76
34. Santa Ifigênia	4	36.924	10,83
35. Santana	10	270.184	3,70
36. Santo Amaro	55	595.812	9,23
37. Saúde	10	308.457	3,24
38. Sé	3	8.556	35,06
39. Tatuapé	11	330.880	3,32
40. Tucuruvi	23	484.752	4,74
41. Vila Formosa	8	120.426	6,64
42. Vila Guilherme	3	103.244	2,90
43. Vila Madalena	5	39.369	12,70
44. Vila Maria	7	141.804	4,93
45. Vila Mariana	3	91.587	3,27
46. Vila Matilde	6	212.631	2,82
47. Vila Nova Cachoeirinha	10	38.192	26,18
48. Vila Prudente	34	501.778	6,77
Total (município de S. Paulo).	489	8.009.325	6,09

Fonte dos Dados Básicos:

- 1) População: Secretaria de Economia e Planejamento, 35,36
- 2) Doentes de hanseníase: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

mesmas propostas já comentadas quanto aos dados de prevalência, embora eventualmente, em alguns casos isolados, possa talvez ser representativa dos primeiros esforços de dinamização das atividades de controle da hanseníase que vem sendo

desenvolvidos por algumas unidades sanitárias do município de São Paulo.

Os coeficientes de prevalência e incidência foram recalculados em função das 3 zonas: Central, Intermediária e Periférica (Tabela 9).

TABELA 9

Hanseníase — Distribuição da prevalência em 31/12/76 e dos casos registrados durante o ano de 1977 nas zonas Central, Intermediária e Periférica do município de São Paulo, por local de residência.

Zonas *	População em 01/01/77	Doentes existentes em 31/12/76	Prevalência por 0/00 31/12/76	População em 01/07/77	Casos reg. no ano de 1977	Casos reg. por cem mil (1977)
Central	1.332.258 (16,97%)	1.929 (22,34%)	1,44	1.340.462 (16,74%)	97 (19,34%)	7,23
Intermediária	4.010.498 (51,08%)	4.637 (53,70%)	1,15	4.091.816 (51,09%)	248 (50,71%)	6,06
Periférica	2.508.104 (31,95%)	2.069 (23,96%)	0,82	2.577.047 (32,17%)	144 (29,45%)	5,58
Total (município de S. Paulo)	7.850.860 (100%)	8.635 (100%)	1,09	8.009.325 (100%)	489 (100%)	6,09

* Adaptado de: Leser 21

Fonte dos Dados Básicos:

- 1) População: Secretaria de Economia e Planejamento 35,36
- 2) Doentes de hanseníase: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Por esses resultados, observamos que tanto a prevalência da hanseníase em 31/12/76 quanto a incidência no ano de 1977 decrescem à medida que nos afastamos do centro para a periferia do Município e que as taxas encontradas para a Zona Intermediária da cidade praticamente coincidem com as registradas para o Município como um todo, ou seja, esta Zona cuja área corresponde a 25% da área total do Município, abriga aproximadamente a metade da população da cidade e, igualmente, a metade da população de doentes conhe-

cidos, tanto antigos como recém-registrados. (Tabelas 1 e 9).

A Zona Central de São Paulo, correspondente a um segmento de apenas 7% da área total do município, detém 16% de sua população residente e aproximadamente 20% da população de doentes de hanseníase. A Zona Periférica abriga em sua extensa área geográfica (67% da área total), cerca de 32% da população do Município e apenas 23% de sua população de doentes de hanseníase. (Tabela 9)

São diversas as interpretações possíveis deste fenômeno que em sua causalidade sugere ser mais de natureza demográfica e ligado aos efeitos presentes ou às repercussões passadas das políticas adotadas no controle da endemia, do que especificamente devido a algum caráter epidemiológico intrínseco da hanseníase, embora a aglomeração mais intensa, que podemos avaliar grosseiramente pela densidade demográfica, possa ter algum papel na manutenção da cadeia de transmissão.^{10,17}

Assim, os altos índices endêmicos observados na Zona Central tanto podem estar ligados a uma população muito densa, cujas condições de vida e especialmente de habitação, estão em intensa e progressiva deterioração, como também, e nos parece mais ponderável este segundo fator, ao atendimento estático e acumulativo de uma demanda passiva e tradicional por parte da população, facilitada pela maior concentração de recursos sanitários na área, como veremos em capítulo posterior.

Na Zona Periférica, fatores sócio-econômicos de natureza semelhante devem estar intervindo para a composição do quadro epidemiológico observado, embora tenhamos de deixar bem claro que aqui, os índices relativamente mais baixos verificados devem-se provavelmente às dificuldades de acesso da população periférica aos recursos de diagnóstico, o que faz baixar, artificialmente, as taxas observadas.

A Zona Intermediária apresenta, em todos os índices, uma situação intermediária entre as duas outras Zonas, e que praticamente se confunde com a situação do município visto globalmente. Mais do que um caráter de representatividade e equilíbrio, entretanto, esta situação deve ser vista, entendemos, como a resultante, em termos demográficos e de saúde pública, da interação dinâmica dos fatores que estão agindo, quer para elevar o nível endêmico na Zona Central, como para baixá-lo na Zona Periférica, ou seja, de um lado a deterioração da qualidade de vida da população

e, de outro, a insuficiência de recursos para o efetivo conhecimento da situação epidemiológica real, etapa primeira para um efetivo controle da endemia⁴¹. Esta observação se torna mais contundente quando analisamos o problema não em números relativos, mas em números absolutos.

Dados de recursos sanitários

Embora se saiba que, em termos de diagnóstico, a rede de unidades sanitárias estaduais forneça apenas 20% do total dos casos descobertos⁵, é ela a única responsável pelo tratamento e controle de todos os doentes, tanto no município como em todo o Estado de São Paulo. O Subprograma de Controle da Hanseníase que está sendo implantado continua com a mesma política, uma vez que os outros recursos de saúde da comunidade não foram direta ou indiretamente incluídos nas atividades de controle da doença.

Em vista disso, levamos em conta, no levantamento realizado sobre os serviços de saúde para o combate à hanseníase existentes no município de São Paulo, apenas os Centros de Saúde da rede estadual.

Em 1º de julho de 1977 estavam em atividade no município de São Paulo, 145 unidades sanitárias estaduais, das quais 10 contavam com área especializada de dermatologia sanitária, ou seja, responsabilizavam-se formalmente pelo seguimento dos doentes e comunicantes. As atividades de diagnóstico estavam centralizadas na Seção de Elucidação e Diagnóstico da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, localizada no subdistrito censitário de Jardim América, na Zona Central do município de São Paulo.

A Tabela 10 apresenta a distribuição, tanto das Unidades Sanitárias, classificadas por tipo segundo critérios da Secretaria da Saúde do Estado³³, como das Áreas Especializadas de Dermatologia Sanitária, pelos diversos distritos e subdistritos censitários do município de São Paulo, sem levar em

TABELA 10

Unidades Sanitárias da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo localizadas no município de São Paulo, por distrito e subdistrito censitário de localização e por tipo — 01/07/1977.

Unidade sanitária (Tipo)		I	II	III	IV	V	Outros	Observações
I.	Ermelino Matarazzo	—	1	—	—	1	—	
II.	Guaianazes	—	—	—	1	—	—	
III.	Itaquera	—	1	—	1	3	—	
IV.	Jaraguá	—	—	—	—	1	—	
V.	Parelheiros	—	—	—	1	—	—	
VI.	Perús	—	1	—	—	—	—	
VII.	São Miguel Paulista	1	—	—	—	3	—	
VIII.	São Paulo							
1.	Aclimação	—	—	—	—	—	—	
2.	Alto da Mooca	—	—	—	—	3	—	
3.	Barra Funda	—	—	—	—	—	1	
4.	Bela Vista	—	—	—	—	1	—	
5.	Belenzinho	1	—	—	—	—	—	
6.	Bom Retiro	—	—	—	—	—	—	
7.	Brás	—	1	—	—	—	—	
8.	Brasilândia	—	—	—	—	2	—	
9.	Butantã	—	1	—	1	5	—	
10.	Cambuci	—	—	—	—	—	1	
11.	Cangaíba	—	—	1	—	2	—	
12.	Capela do Socorro	—	—	—	1	1	—	
13.	Casa Verde	—	—	1	—	1	—	
14.	Cerqueira Cesar	—	—	—	—	1	—	
15.	Consolação	—	—	—	—	—	—	
16.	Ibirapuera	—	—	—	—	1	—	
17.	Indianópolis	—	—	—	—	1	—	
18.	Ipiranga	1	—	—	—	5	—	
19.	Jabaquara	1	—	1	—	2	—	"Área Dermat. Sanit."
20.	Jaguara	—	—	—	1	1	—	
21.	Jardim América	—	1	—	—	—	—	"Área Dermat. Sanit."
22.	Jardim Paulista	—	2	—	—	—	—	
23.	Lapa	1	—	—	1	2	—	"Área Dermat. Sanit."
24.	Liberdade	—	—	—	—	—	—	
25.	Limão	—	—	—	—	1	—	
26.	Mooca	—	—	1	—	—	—	
27.	Nossa Senhora do Ó	1	—	—	2	3	—	
28.	Pari	—	—	1	—	—	—	
29.	Penha de França	1	—	—	2	—	—	"Área Dermat. Sanit."
30.	Perdizes	—	1	—	—	—	—	
31.	Pinheiros	1	—	—	—	1	—	"Área Dermat. Sanit."
32.	Pirituba	—	—	—	3	4	—	
33.	Santa Cecília	1	—	—	—	—	1	"Área Dermat. Sanit."
34.	Santa Ifigênia	—	—	—	—	—	—	
35.	Santana	—	1	—	—	4	—	
36.	Santo Amaro	1	—	—	—	7	—	"Área Dermat. Sanit."
37.	Saúde	—	—	1	—	6	—	
38.	Sé	—	—	—	—	—	—	
39.	Tatuapé	—	—	1	—	7	—	
40.	Tucuruvi	1	—	1	1	5	—	"Área Dermat. Sanit."
41.	Vila Formosa	—	—	1	—	2	—	
42.	Vila Guilherme	—	—	1	—	3	—	
43.	Vila Madalena	—	—	—	—	1	—	
44.	Vila Maria	1	—	—	—	1	—	"Área Dermat. Sanit."
45.	Vila Mariana	1	—	—	—	—	—	
46.	Vila Matilde	—	—	—	1	4	—	
47.	Vila Nova Cachoeirinha	—	—	—	—	1	—	
48.	Vila Prudente	1	—	—	1	5	—	"Área Dermat. Sanit."
Total (município de S. Paulo).		14	10	10	17	91	3	

conta a divisão administrativa especificamente adotada pela Secretaria da Saúde.

Observamos que, das 10 áreas especializadas existentes, apenas uma, a instalada no Centro de Saúde tipo I do Tucuruvi, localiza-se em subdistrito pertencente à Zona Periférica do município. Das 9 restantes, 4 localizam-se na Zona Central (Jardim América, Lapa, Pinheiros e Santa Cecília). Todas as áreas especializadas localizam-se em Centros de Saúde tipo I, com exceção da sediada no Centro de Saúde "Geraldo H. de Paula Souza", mantido sob convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP.

Na distribuição geral das unidades sanitárias é interessante observar que dos 14 Centros de Saúde tipo I existentes, apenas 2 localizam-se na Zona Periférica e que a grande maioria (82%) das unidades prestadoras de serviços sediadas na Zona Periférica pertence aos tipos IV e V, ou seja, os mais limitados no que diz respeito a recursos, quer humanos quer materiais e de instalações.

Na Tabela 11, sem nos preocuparmos com os aspectos qualitativos dos recursos avaliados, observamos que a Zona Periférica conta com apenas 31% das unidades sanitárias instaladas, embora seja habitada pelo terço mais carente da população paulistana, quer do ponto de vista econômico, quer social ou sanitário.^{11,37,39}

Podemos avaliar facilmente, com esses dados, a precariedade da cobertura dada à Zona Periférica de São Paulo, quer em termos quantitativos quer em termos qualitativos. Por outro lado, na Zona Central estão localizados 5 Centros de Saúde tipo I (35% do total do município) e 4 áreas especializadas (40% do total do município), para atender à demanda de um segmento da população correspondente a 16% do total municipal e cujas características sócio-econômico-sanitárias o tornam bem menos dependente da atenção da rede oficial de saúde do que a população da periferia.

TABELA 11

Unidades sanitárias da Secretaria da Saúde do Estado, segundo a localização nas Zonas Central, Intermediária e Periférica do município de São Paulo — 01/07/77.

Unidades sanitárias	Nº	%
Zonas *		
Central	22	15,17
Intermediária	77	53,11
Periférica	46	31,72
Total (município de S. Paulo)	145	100,00

* Adaptado de: Leser 21

Fonte dos Dados Básicos: DRS-1.

A excessiva centralização de algumas atividades de controle da hanseníase, aliada à considerável insuficiência e à evidente má distribuição dos recursos existentes torna lícito prever grandes dificuldades para a operacionalização do Subprograma de Controle da Hanseníase no município de São Paulo, a curto e mesmo a médio prazo. Essa situação poderá ser modificada se o sistema global de atenção médico-sanitária for previamente adequado à assimilação de uma programação descentralizada e integrada, visando a uma cobertura de massa, que atinja efetivamente a população do município, quer no aspecto puramente quantitativo, quer no que diz respeito à qualidade das ações de saúde executadas.^{27,38,41}

CONCLUSÕES

- 1 — O complexo urbano-industrial localizado no município de São Paulo exerce, provavelmente por razões demográficas e sócio-econômicas, uma função de pólo de atração da

- demanda de doentes de hanseníase, em relação aos municípios vizinhos da Região Metropolitana da Grande São Paulo.
- 2 — O mesmo fenômeno de atração da demanda pode ser observado em relação aos distritos e subdistritos onde existem áreas especializadas de prestação de serviços e para onde confluem os meios de transporte das extremidades mais populosas da cidade.
 - 3 — O coeficiente de prevalência observado para o município de São Paulo como um todo (1,09 o/oo) identifica a hanseníase como problema de saúde pública e caracteriza o município como área de alta endemicidade para a doença, segundo o critério preconizado pela Organização Mundial da Saúde, mesmo considerando-se somente a população de doentes registrados, a qual representa, seguramente, apenas uma fração do total de doentes existentes.
 - 4 — A proporção de 58,41% de formas bacilíferas (V+D) entre os doentes residentes no município em 31-12-76 reflete as condições de controle num passado recente e faz supor um forte potencial evolutivo da endemia para os próximos anos, se não houver adequação e intensificação das medidas que visem a interrupção da cadeia de transmissão.
 - 5 — O número elevado de subdivisões administrativas e a complexidade da região estudada tornam difícil a interpretação da distribuição da prevalência por distrito ou subdistrito de residência, evidenciando, outrossim, a necessidade de estudos mais completos a esse respeito.
 - 6 — O coeficiente de novos casos registrados durante o ano de 1977, no município de São Paulo (6,09 por cem mil habitantes) é considerado pouco significativo, tomado isoladamente, como indicador do nível endêmico.
 - 7 — A proporção de 22,90% de formas iniciais (I) entre os novos casos matriculados em 1977 é conclusiva quanto à ineficiência das atividades de diagnóstico precoce atualmente executadas, e, conseqüentemente, também quanto à afirmação de que a endemia da hanseníase está fora de controle no município de São Paulo.
 - 8 — Pelos mesmos motivos citados em relação à prevalência, a distribuição dos coeficientes de incidência por distrito ou subdistrito censitário não permite interpretações seguras e sugere a necessidade de pesquisas sobre o assunto.
 - 9 — Os altos coeficientes de prevalência e incidência na Zona Central do município podem estar relacionados à deterioração da qualidade de vida da população desta área da cidade e também às facilidades de acesso desta população aos serviços de saúde.
 - 10 — O fato da Zona Periférica do município exibir os mais baixos coeficientes de prevalência do município reflete, muito provavelmente, a ineficiência da atuação dos serviços de saúde responsáveis pela cobertura desta área, ou seja, a ausência de diagnóstico.
 - 11 — Os recursos médico-sanitários do município de São Paulo diretamente envolvidos no combate à endemia, mostram-se insuficientes (especialmente na Zona Periférica) e mal distribuídos, não obstante tenham sido mensurados apenas em termos grosseiros de capacidade instalada. Determinadas atividades, particularmente o diagnóstico, seguem obedecendo uma diretriz operacional de total centralização.

- 12 — Para a implantação em larga escala do Subprograma de Controle da Hanseníase no município de São Paulo conclui-se ser indispensável, além de uma prévia dinamização dos recursos já existentes, um substancial incremento da cobertura proporcionada à população da Zona Periférica do município, não só em termos puramente quantitativos de número de unidades sanitárias instaladas, mas principalmente no que toca à capacitação destas unidades para a execução das atividades que compõem o programa.
- 13 — A abordagem da hanseníase como endemia urbana, que emergiu recentemente como conseqüência da formação de grandes metrópoles em alguns países tropicais subdesenvolvidos e endêmicos, principalmente o Brasil, propõe um problema de saúde pública inédito na história mundial do controle da endemia. Conceitos epidemiológicos clássicos da história natural da doença começam inclusive a ser revistos em função do desafio proposto pela nova conjuntura.

RSPUB9/473

LOMBARDI, C. [*The situation of endemic Hansen's disease in the county of S. Paulo, Brazil (1976 - 1977)*] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13:281-98, 1979.

ABSTRACT: *The situation of endemic Hansen's disease in the county of S. Paulo, Brazil during 1976 and 1977 is described and analyzed and also characterized as a public health problem through the presentation and discussion of prevalence and incidence rates according to the location of the homes in the different districts and subdistricts of the city including the central, intermediary, and outlying zones of the citycounty. The specific medical resources available are described and evaluated according to the same criteria. An attempt was made to relate the distribution of the resources to the distribution of the endemic rates found.*

UNITERMS: *Leprosy, S. Paulo, SP, Brazil. Epidemiology.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBORNOZ MARTINEZ, R. Epidemiologia y profilaxis de la lepra. In: Reunion Leprológica del Cono Sud, 1a., Buenos Aires, 1970. Buenos Aires, 1970. p. 61-78.
2. BARROS, J. M. A hanseníase no Estado de São Paulo e sua relação com o isolamento compulsório e tratamento dos doentes em unidades especializadas. In: Congresso Brasileiro de Higiene, 17º, Salvador, 1968. *Resumo dos trabalhos*. Salvador, Sociedade Brasileira de Higiene, 1968. p. 38.
3. BECHELLI, L. M. Advances in leprosy control in the last 100 years. *Int. J. Leprosy*, 41:285-97, 1973.
4. BECHELLI, L. M. & ROTBERG, A. *Compêndio de leprologia*. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Lepra, 1951
5. BELDA, W. Aspectos da "incidência" da da hanseníase no Estado de São Paulo em 1976. *Hansenol. int.*, 2:73-88, 1977.
6. BELDA, W. Contribuição ao estudo da epidemiologia da hanseníase indiferen-

- ciada: análise de 4.391 casos. [apresentado ao Congresso Brasileiro de Hansenologia, 2º, Rio de Janeiro, 1978]
7. BELDA, W. *A endemia da hanseníase no Estado de São Paulo: situação atual, Tendência Secular 1924-1970*. São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado — Faculdade de Saúde Pública da USP]
 8. BROWNE, S. G. *La lepra*. Basilea, 1971. (Documenta Geigy-Acta Clinica).
 9. BROWNE, S. G. Leprosy programmes in the context of endemic disease control. *Leprosy Rev.*, 45:201-4, 1974.
 10. BROWNE, S. G. Opiniones actuales sobre la epidemiologia de la lepra. *Rev. Leprol. Fontilles*, 10:335-41, 1976.
 11. CAMARGO, C. P. F. et al. *São Paulo 1975: crescimento e pobreza*. São Paulo. Edições Loyola, 1976.
 12. CAMPOS, N. S. *História da endemia leprosa em São Paulo: da organização atual do D.P.L.* São Paulo, 1942. [Mimeografado]
 13. CONFERENCIA NACIONAL PARA AVLIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, Brasília, 1976. Brasília, Ministério da Saúde, 1976. [Mimeografado]
 14. DAS, K. C. Notes on urban leprosy problem. *Leprosy in Índia*, 47:239-40, 1975.
 15. FAVERO, W. Integração das tarefas de controle da endemia leprótica nas atividades rotineiras das unidades de saúde. *Bol. Div. nac. Lepra*, 33(1/4): 1-2, 1974.
 16. FAVERO, W. Subsídios para o planejamento e programação das atividades de controle da lepra no Brasil. *Bol. Div. nac. Lepra*, 29(3/4):47-74, 1970.
 17. GODAL, T. & NEGASSI, K. Subclinical infections in leprosy. *Brit. med. J.*, 3:557-9, 1973.
 18. O GUIA: maior e melhor planta da cidade. 7a. ed. São Paulo, Mapograf Editora, 1977.
 19. KONGSEUBCHAT, K. et al. Problems of leprosy control in Bangkok Metropolis. *Int. J. Leprosy*, 41:627, 1973.
 20. LEIS. decretos e instruções para o controle da hanseníase. *J. Ass. med. bras.*, 19 (849):4, 1977.
 21. LESER, W. S. P. Problemas de saúde em áreas metropolitanas. In: Seminário Sobre Situação de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras, São Paulo, 1975. *Anais*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP, 1976. p. 31-51.
 22. MACHADO, P. A. Profilaxia da hanseníase em meio urbano. In: Congresso Brasileiro de Higiene, 17º, Salvador, 1968. *Resumo dos trabalhos*. Salvador, Sociedade Brasileira de Higiene, 1968. p. 48.
 23. MAURANO, F. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939.
 24. MELLO, A. Hanseníase nas áreas metropolitanas. *Bol. Div. nac. Derm. sanit.*, 36:31-40, 1977.
 25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Hanseníase no Brasil. *Bol. Div. nac. Derm. sanit.*, 36:13-30, 1977.
 26. NEWELL, K. W. La lepra vista por un epidemiólogo. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 65:1-45, 1968.
 27. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Lepra, Ginebra, 1976. *Quinto informe*. Ginebra, 1977. (Ser. Inf. técn., 607).
 28. RIBAS, E. A lepra. Sua freqüência no Estado de São Paulo. Meios profiláticos aconselháveis. In: Congresso Médico Paulista, 1º, São Paulo, 1916. *Anaes*. São Paulo, 1916. v. 1, p. 145-72.
 29. ROTBERG, A. As barreiras culturais da "lepra" que impedem a solução do problema da hanseníase. *Bol. Div. nac. Derm. sanit.*, 36:65-72, 1977.
 30. SCHALLER, K. F. The geographic distribution of leprosy in the developing countries. *Appl. Sci. Develop.*, 3:41-52, 1974.
 31. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. *Reforma administrativa: textos legais e regulamentares, 1967/70*. São Paulo, 1972.

32. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. *Terminologia referente à hanseníase — Norma técnica SS-3/70, de 10/12/70.* São Paulo, 1970. [Mimeografado]
33. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Portaria SS-CG. nº 8, de 06/06/72. In: Coletânea de Portarias do Coordenador (período de junho de 1971 a março de 1973). São Paulo, 1973, p. 27-31. [Mimeografado]
34. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. *Subprograma de controle da hanseníase.* São Paulo, 1976. [Mimeografado]
35. SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DO ESTADO. *População presente e população residente no Estado de São Paulo: estimativas de 1970 a 1980.* São Paulo, 1977. (Série Estudos e Pesquisas, 7)
36. SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DO ESTADO. Departamento de Estatística. *Conheça seu município: Região da Grande São Paulo.* São Paulo, 1974. v. 5, tomo 3.
37. SECRETARIA DOS NEGÓCIOS METROPOLITANOS DO ESTADO. *Região Metropolitana de São Paulo: diagnóstico 75.* São Paulo, 1975. [Mimeografado]
38. SEMINARIO PANAMERICANO SOBRE EL CONTROL DE LA LEFRA, 4º, Caracas, 1975. Washington D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1977. (OPAS-Publ. cient., 344).
39. SEMINARIO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS BRASILEIRAS, São Paulo, 1975. *Anais.* São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1976.
40. SHANKAR, P. V. Urban leprosy control: strategy and tools. *Leprosy in India*, 47:228-9, 1975.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A guide to leprosy control.* Geneva, 1966.
- Recebido para publicação em 31/05/1979*
Aprovado para publicação em 30/07/1979