CLOVIS ^{ml}
LOMBARDI

SITUAÇÃO DA ENDEMIA DA HANSENÍASE

NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

(1976 - 1977)

Dissertação de Mestrado apresen-
tada ao Departamento de Epidemio-
logia da Faculdade de Saúde Públi-
ca da Universidade de São Paulo.

Orientador: - Prof. José Martins de Barros

SÃO PAULO

1978

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

Aos meus pais

e à Lena

Aos doentes de hanseníase, cuja si
tuação nos proporcionou a maté -
ria-prima e a motivação para a
elaboração desta dissertação, acre
ditando que nosso esforço lhes
possa ser de alguma valia.

AGRADECIMENTOS:

À CAPES

A todas as pessoas que de algum modo colaboraram para que se tornasse possível a realização deste trabalho, especialmente a JOSÉ MARTINS DE BARROS e a WALTER BELDA.

"O trabalho em hanseníase não é meramente um trabalho de assistência médica; é transformar a frustração na vida em alegria da dedicação, a ambição pessoal em serviço desinteressado; se você pode transformar a vida de um paciente ou mudar seus valores de vida, você pode mudar a comunidade e o país".

Mahatma Gandhi

Í N D I C E

RESUMO/SUMMARY

1 - INTRODUÇÃO.	1
1.1. O Município de São Paulo.	1
1.1.1. Situação geográfica	1
1.1.2. Esboço histórico.	2
1.1.3. Características demográficas	6
1.2. A hanseníase no Município de São Paulo	11
1.2.1. Histórico.	11
1.2.2. O atual Subprograma de Controle.	15
2 - OBJETIVOS.	19
3 - MATERIAL E MÉTODOS.	20
3.1. Fonte dos dados.	20
3.2. Consolidação dos dados	21
4 - RESULTADOS (Em Tabelas e Mapas).	24
4.1. Doentes matriculados no Município de São Paulo, por local de residência(31-12-76).	24
4.2. Doentes residentes no Município de São Paulo e matriculados em Unidades Sanitárias de outros municípios da Grande São Paulo (31-12-76).	25
4.3. Doentes matriculados no Município de São Paulo, por Unidade Sanitária(31-12-76).	26
4.4. Doentes residentes no Município de São Paulo, por forma clínica (31-12-76).	27
4.5. Prevalência nos Distritos e Subdistritos do Município de São Paulo (31-12-76).	28
4.6. Casos registrados no Município de São Paulo, no ano de 1977, por forma clínica.	29
4.7. Incidência nos Distritos e Subdistritos do Município de São Paulo(1977).	30
4.8. Prevalência (31-12-76) e Incidência(1977) nas Zonas "Central","Intermediária" e "Periférica" do Município de São Paulo.	31
4.9. Unidades Sanitárias e Áreas Especializadas localizadas no Município de São Paulo, por Distrito e Subdistrito e por tipo (01-07-77).	32

4.10. Unidades Sanitárias localizadas nas Zonas "Central", "Intermediária" e "Periférica" do Município de São Paulo - (01-07-77).	33
5. DISCUSSÃO.	34
5.1. Dados de local de residência e matrícula. .	35
5.2. Dados de prevalência.	38
5.3. Dados de incidência.	40
5.4. Dados de prevalência e incidência nas três Zonas do Município.	42
5.5. Dados de recursos sanitários.	45
6. CONCLUSÕES.	49
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	54

RESUMO/SUMMARY

R E S U M O

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.

S U M M A R Y

The situation of endemic Hansen's disease in São Paulo County (Brazil), during the years 1976/1977, is described and analysed and is characterized as a public health problem through the presentation and discussion of prevalence and incidence rates according to local of housing in the different districts and subdistricts of the city, as well as in the "Central", "Intermediary " and "Peripheric" zones of the county.

The specific medical resources available are described and evaluated according to the same criteria. An attempt was made in order to relate the distribution of the resources with the distribution of the endemic rates found.

1- INTRODUÇÃO

1-INTRODUÇÃO.

1.1. O Município de São Paulo

1.1.1.Situação geográfica^{20,31}

Atravessado pelo Trópico de Capriórnio e localizado junto ao rebordo oriental do planalto paulista, a uma altitude média de cerca de 800 m, o Município de São Paulo ocupa uma área de 1.516 Km² e apresenta uma topografia regular e um clima tropical de altitude e úmido, com temperaturas médias anuais oscilando entre 15°C e 25°C. Situado numa bacia sedimentar onde se assentam as várzeas do rio Tietê e de seus afluentes, apresenta-se entrecortado de um suave relevo de colinas, com algumas raras elevações maiores, como a Serra da Cantareira e o Pico do Jaraguá, situados nos extremos Norte e Noroeste do Município.

A latitude da região de São Paulo corresponde ao trecho do litoral paulista em que a Serra do Mar é separada do oceano por uma estreita baixada litorânea, de apenas 15 Km de largura, facilitando o acesso ao mar; após um degrau de 800 m de altura, inicia-se para Oeste o segmento paulista do planalto brasileiro, considerado como o de

melhor qualidade para o desenvolvimento da agricultura.

O relevo, caracterizado pela alternância de várzeas e colinas, cria alguma dificuldade de circulação entre as diversas áreas do Município; a superação dessas dificuldades topográficas resultou, com o crescimento urbano, numa das características mais marcantes do sítio urbano de São Paulo - os viadutos, que interligam as colinas, sem a necessidade de descida ao nível das várzeas.

1.1.2. Esboço histórico^{11,20,31}

A capela-escola dos jesuítas, erigida em 1554 junto à aldeia indígena de Piratininga, na colina em que hoje se situa o Pátio do Colégio e ao redor da qual principiou a crescer lentamente o núcleo urbano, é talvez o exemplo mais marcante do papel da catequese como função urbana primordial na formação e desenvolvimento das cidades brasileiras.

Seis anos após sua fundação, São Paulo passava à condição de vila e, em 1711, à categoria de cidade, sem que fosse rompido seu isolamento econômico e, portanto, sem que o sítio urbano ultrapassasse a colina do Colégio e crescesse

ponderavelmente, apesar do importante papel desempenhado pelas bandeiras paulistas nos ciclos histórico-econômicos da caça ao índio e da descoberta das minas.

Com efeito, além de situada no sul da colônia, distante dos mercados europeus, para ser alcançada São Paulo exigia a transposição do obstáculo da Serra do Mar; por outro lado, o local escolhido pelos jesuítas, plantado sobre a colina, impunha-lhe forte isolamento, medida de segurança contra possíveis ataques indígenas.

Apenas no final do século XVIII e início do século XIX, com a decadência das minas, um ressurgimento agrícola na capitania, baseado na cultura da cana de açúcar, trouxe à sua sede algum progresso, sem que ela entretanto ultrapassasse a condição de núcleo provinciano, com ritmo de crescimento lento.

Em fins do século XIX iniciou-se verdadeiramente o progresso, com o desenvolvimento da cultura do café no interior da Província de São Paulo; a Cidade de São Paulo, ponto de convergência das vias de penetração ao interior, ponto de partida da estrada para o litoral e, além disso, centro administrativo e financeiro da província, be

neficia-se enormemente da expansão da economia exportadora cafeeira: desenvolve-se o transporte ferroviário; a cidade desce das colinas, invade as várzeas, transforma-se num centro de negócios. A população passa a crescer mais rapidamente, a fisionomia e a estrutura da cidade começam a se modificar, inclusive pela chegada de imigrantes europeus, especialmente italianos.

No início e meados do século XX, o crescimento da cidade prossegue e se acelera, já não apenas devido ao progresso da cultura do café, mas cada vez mais intensamente graças à crescente industrialização; surgem as fábricas, os bairros proletários e as áreas industriais. A infraestrutura rodo-ferroviária, criada já no auge do surto da cultura cafeeira, a disponibilidade de energia hidrelétrica e a presença do imigrante europeu, um moderno assalariado rural nas atividades cafeeiras, facilitam o desenvolvimento industrial de todo o Estado de São Paulo e especialmente de seu maior mercado, a Capital. Esta se transforma no maior centro urbano e no principal pólo de atividade econômica do Brasil.

A expansão da Cidade de São Paulo ocorreu em círculos concêntricos a partir do núcleo inicial, com projeções ao longo dos eixos

das principais rodovias e ferrovias, tendendo, pois, a uma configuração estelar.

O crescimento da mancha urbana, ocupando praticamente todo o Município de São Paulo e invadindo municípios limítrofes, processou-se de maneira rápida e não planejada, atendendo às necessidades de uma economia de mercado e gerando graves problemas em diversos setores da vida da cidade, que estão a reclamar uma estratégia peculiar e um trabalho intensivo para seu equacionamento e solução, mesmo porque a região se constitui no fulcro da economia nacional.^{13,14,18,24.40,42} Com esta finalidade foi criada, por lei federal de 1973, a Região Metropolitana da Grande São Paulo, que compreende 37 municípios, inclusive o Município de São Paulo.⁴⁴

O fenômeno de conurbação ocorreu nos últimos anos em diversas capitais brasileiras, especialmente em São Paulo e de maneira intensa e desordenada, deveu-se basicamente ao modelo industrial de desenvolvimento econômico. Este atraiu para a capital paulista, principal pólo de atividade econômica do País, grandes contingentes de mão de obra representada por migrantes, agora já não estrangeiros, mas brasileiros provenientes da zona rural ou de pequenas cidades do interior do Estado e de outras regiões do Brasil. Como con

sequência, São Paulo apresentou um crescimento populacional extremamente rápido e de caráter centrífugo, com a área urbana expandindo-se, em muitos pontos, para além dos limites do Município.^{42,44}

1.1.3. Características Demográficas

Com uma taxa de urbanização superior a 99% e uma densidade demográfica de 5.283 hab/km², o Município de São Paulo é ocupado, praticamente em sua totalidade, pela Cidade de São Paulo, sede do Município e Capital do Estado de São Paulo, constituída por nada menos de 420 bairros e vilas.⁴¹

A população do Município, estimada para 1º de julho de 1977 em 8.009.325 habitantes, constitui-se no maior aglomerado urbano do País e corresponde a 57% da população do Estado de São Paulo e a 70% do conjunto populacional da Região da Grande São Paulo.^{39,40}

O Município de São Paulo é subdividido, administrativamente, em 8 distritos demográficos (ou censitários); um desses distritos, o Distrito de São Paulo, subdivide-se, por sua vez, em 48 subdistritos (Mapa 1).⁴¹

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DISTRITOS E SUBDISTRITOS

Leser,²⁴ em estudo sobre problemas de saúde na área metropolitana de São Paulo, dividiu o Município em três Zonas, adotando um critério arbitrário baseado no conhecimento pessoal do desenvolvimento histórico da cidade; esta divisão é a que se pode observar no quadro abaixo:

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Zona "Central"	Zona "Intermediária"	Zona "Periférica"
Aclimação	Alto da Mooca	Brasilândia
Barra Funda	Casa Verde	Butantã
Bela Vista	Ibirapuera	Cangaíba
Belenzinho	Indianópolis	Pirituba
Bom Retiro	Ipiranga	Cap. Socorro
Brás	Jabaquara	Tucuruvi
Cambuci	Limão	V. Jaguara
Cerqueira Cesar	Nossa Senhora do Ó	Ermelino Matarazzo
Consolação	Penha	Guaianazes
Jardim América	Santana	Itaquera
Jardim Paulista	Santo Amaro	Jaraguá
Lapa	Saúde	Parelheiros
Liberdade	Tatuapé	Perus
Mooca	Vila Formosa	São Miguel Paulista
Pari	Vila Guilherme	
Perdizes	Vila Maria	
Pinheiros	Vila Matilde	
Santa Cecília	Vila Nova Cachoeirinha	
Santa Efigênia	Vila Prudente	
Sé		
Vila Madalena		
Vila Mariana		

Fonte: Leser²⁴

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 coeficientes 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 estimadas³⁹, pelo método geométrico, para 1º de julho de 1977, a presentamos na Tabela 1 algumas características de gráficas 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.

<div> <div>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</div> <div>ZONAS*</div> </div>	ÁREA (km ²)	% DA ÁREA TOTAL	POPULAÇÃO ESTI- MADA 01/07/77.	% DA POP. TOTAL	DENSIDADE DE MOGRÁFICA (hab/km2)	TAXA DE URBANI- ZAÇÃO (%)
"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	5.283	> 99

*- Adaptado de: Leser²⁴

Fonte dos Dados Básicos: Secretaria de Economia e Planejamento.^{39,41}

1.2. A hanseníase no Município de São Paulo

1.2.1. Histórico.

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. Concorda-se também de que a sua introdução tenha sido simultânea à ocorrida em outros pontos do Brasil-Colônia.^{12,26}

Em fins do século XVIII a hanseníase já constituía grave endemia em São Paulo, tanto que em 1805 foi construído, na "Chácara Olaria", o primeiro hospital para doentes de hanseníase, que funcionou durante quase 100 anos.¹²

Já em 1820, em censo de doentes revelava ser o Vale do Paraíba, no caminho de São Paulo para o Rio, um grande foco da doença; a seguir, o desbravamento do sertão com a migração a partir de São Paulo provocada pela colonização e pela fundação de novas cidades, fez surgir novos focos da doença no centro e no sul do Estado.^{5,26}

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.²⁶

A expansão da endemia, proporcional ao crescimento da cidade, forçou a adoção de medidas oficiais e, em 1904, foi inaugurado um hospital especializado no Bairro do Guapira, com 60 leitos, de propriedade da Santa Casa de Misericórdia.¹²

Guapira foi, durante mais de 20 anos, o eixo da assistência aos doentes de hanseníase da capital e do interior do Estado de São Paulo e inclusive de estados vizinhos.¹²

Em 1916, Emílio Ribas,³² 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 Ângelo foram escolhidos para a instalação do primeiro hospital modelo.

A criação da "Inspetoria de Profilaxia da Lepra" (1925) e o aparecimento de legislação estadual específica sobre hanseníase em 1926 (lei Paula Souza) levaram a um progressivo envolvimento dos municípios interioranos no combate ao mal. A inauguração do Sanatório de Santo Ângelo 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" (D.P.L.).^{12,26}

Dividindo o Estado em 16 Inspetorias Regionais e adotando uma política de controle baseada na internação compulsória e suportada pelo tripé: "hospital especializado - dispensário - preventivo", o D.P.L. mobilizou uma enorme soma de recursos e constituiu-se, sem dúvida, na maior estrutura médico-hospitalar e de assistência social já utilizada no combate à hanseníase em qualquer país do mundo e em todos os tempos.⁵

Contando com um Serviço Central, localizado na Capital; 66 dispensários, distribuídos por todo o Estado; 2 preventórios, um deles localizado em São Paulo, 4 hospitais especializados ou asilos-colônia e um hospital de clínicas localizado no município de Guarulhos, para atendimento aos doentes da Capital, o D.P.L. monopolizou, durante qua

se 40 anos, todas as atividades de controle da hanseníase no Estado de São Paulo.^{2,5}

Em 1969, a Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo,³⁶ baseada em diretrizes de integração de serviços a nível local, de regionalização executiva e centralização normativa das ações de saúde, extinguiu o D.P.L. 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 D.P.L.; os antigos sanatórios especializados foram transformados em Hospitais de Dermatologia Sanitária e entregues à administração da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, para progressiva dessativação como hospitais de hanseníase.

A atenção ao doente de hanseníase e a maior responsabilidade no controle da endemia foram 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,³⁵ providência esta que posteriormente foi estendida, por ato do governo federal, a todo o Brasil.²³

1.2.2.0 atual Subprograma de Controle.³⁸

As atividades atuais da Secretaria da Saúde do Estado consubstanciam-se nos Programas de Assistência à Gestante, à Criança e ao Adulto.

Como parte do Programa de Assistência ao Adulto a Coordenadoria de Saúde da Comunidade 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".³⁸

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 execu

ção 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 representa, a nosso ver, um progresso e, como tal, um desafio administrativo e técnico aos profissionais de saúde pública. Embora restrito apenas às unidades sanitárias da rede estadual, 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.^{3,4,16,17}

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.^{8,9,10,34}

Com efeito, a esse respeito lem

bramos aqui que 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^{15,45} e Sudeste Asiático,²² 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,^{25,27} embora já se configure uma preocupação com o problema, antevista nas conclusões do Seminário sobre Situação de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras.⁴⁴ Considerou-se então a hanseníase como problema especial em áreas metropolitanas, ao lado das seguintes outras doenças transmissíveis: tuberculose, raiva e doenças transmitidas sexualmente.

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, por consequência, na caracterização do quadro epidemiológico da doença como o já clássicamente admitido contacto íntimo e/ou prolongado com o doente bacilífero, no ambiente familiar. 8,10,14,19,27,29

2- OBJETIVOS

2- OBJETIVOS

Na elaboração do presente trabalho, tivemos como objetivos:

- 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.

3- MATERIAL E MÉTODOS

3- MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado na Seção de Epidemiologia da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde, da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

3.1.- Fonte dos dados

- a) 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.
- b) 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.
- c) Dados sobre a rede de Unidades Sanitárias estaduais no 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.

- d) 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.

3.2.Consolidação dos dados

- a- Distribuição dos doentes matriculados em 31-12-76 nas Unidades Sanitárias que contam com Área Especializada localizadas no Município da Capital, e que residem no Município de São Paulo, por distrito ou subdistrito de residência e por forma clínica.²¹
- b- Cálculo dos coeficientes de prevalência, por local de residência, nos distritos e subdistritos do Município de São Paulo, em 31-12-76.
- c- Cálculo dos coeficientes de prevalência em 31-12-76, segundo o local de residência, nas Zonas "Central", "Intermediária" e "Periférica" do Município de São Paulo.
- d- Distribuição dos casos registrados durante o ano de 1977, residentes no Município de São Paulo, por distrito ou subdistrito de residência e por

forma Clínica.²¹

- e - Cálculo dos coeficientes de casos registrados durante o ano de 1977, residentes no Município de São Paulo, por distrito ou subdistrito de residência.
- f - Cálculo dos 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" do Município.
- g - 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 tipo.²¹
- h - Distribuição da rede de Unidades Sanitárias estaduais, pelas Zonas "Central", "Intermediária" e "Periférica" do Município de São Paulo.

Como complemento, cabe aqui 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. Consequentemente, a utilização do termo "incidência" para um período anual (1977) poderia não satisfazer o rigor científico desejado. Belda⁷ recentemente evidenciou a coincidência

cia 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 e Mapas). Ao longo do texto, por facilidade de expressão e entendimento, e também por tradição, utilizamos indiferentemente ambos os termos.

4~ RESULTADOS

4- RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados a seguir nas Tabelas 2 a 11 e nos Mapas 2 a 5.

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
T O T A L	9.269	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia).

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)

UNIDADE SANITÁRIA	DOENTES MATRICULADOS	Nº	%
OSASCO		59	38,57
SÃO BERNARDO DO CAMPO		53	34,64
GUARULHOS		37	24,18
SANTO ANDRÉ		3	1,96
MOGI DAS CRUZES		1	0,65
T O T A L		153	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia).

TABELA 4- DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES DE HANSENÍASE MATRICULA
DOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, POR UNIDADE SANI-
TÁRIA. (31-12-76)

UNIDADE SANITÁRIA	DOENTES DE HANSENÍASE	Nº	%
"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
T O T A L		9.269	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Derma-
tologia Sanitária (Seção de Epi-
demiologia).

TABELA 5- 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
T O T A L	8.635	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia).

TABELA 6- 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 EM 01/01/77	PREVALÊNCIA 0/00
I. ERMELINO MATAZZO	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. PERÓS	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. BUTANTÁ	183	258.293	0,70
10. CAMBUÍ	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. JAGUARA	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	526	202.703	2,60
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	52.854	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. SE	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	490.815	1,18
TOTAL (MUNICÍPIO DE S. PAULO)	8.635	7.850.860	1,09

Fonte dos Dados Básicos:

1) População: Secretaria de Economia e Planejamento. 39,41

2) Doentes de hanseníase: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia).

PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE NOS DISTRITOS E SUBDISTRITOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DOENTES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM TRATAMENTO EM UNIDADES SANITÁRIAS/31-12-1976

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
T O T A L	489	100,00

Fonte dos Dados Básicos: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia).

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 0/0000
I.	ERMELINO MATARAZZO	9	222.882	4,03
II.	GUAIANAZES	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.	PERÓIS	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.	BUTANTÁ	15	265.395	5,65
10.	CAMBUCI	1	52.408	1,90
11.	CANGATUA	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.	JAGUARA	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	33.527	15,00
27.	NOSSA SENHORA DO Ó	12	207.942	5,77
28.	PARÍ	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	58.192	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. 39,41
- 2)- Doentes de hanseníase: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia).

MAPA 3

CASOS DE HANSENÍASE REGISTRADOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO DURANTE O ANO DE 1977, POR DISTRITO E SUBDISTRITO DE RESIDÊNCIA

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.

Z O N A S *	POPULAÇÃO EM 01/01/77	DOENTES EXISTENTES EM (31/12/77)	PREVALÊNCIA POR 0/00 (31/12/76)	POPULAÇÃO EM (01/07/77)	CASOS REG. NO ANO DE 1977	CASOS REG. POR 0/0000 (1977)
"CENTRAL"	1.332.258 (16,97%)	1.929 (22,34%)	1,44	1.340.462 (16,74%)	97 (19,84%)	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: Leser²⁴

Fonte dos Dados Básicos:

1)-População: Secretaria de Economia e Planejamento^{39,41}

2 -Doentes de hanseníase: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (Seção de Epidemiologia).

DURANTE O ANO DE 1977 NAS ZONAS "CENTRAL", "INTERMEDIÁRIA" E "PERIFÉRICA" DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA.

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) DISTRITO OU SUBDISTRITO	I	II	III	IV	V	OUTROS	OBSERVA- ÇÕES
I. ERMELINO MATARAZZO	-	1	-	-	1	-	
II. GUATANAZES	-	-	-	1	-	-	
III. ITAQUERA	-	1	-	1	3	-	
IV. JARAGUÁ	-	-	-	-	1	-	
V. PARELHEIROS	-	-	-	1	-	-	
VI. PERÓS	-	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. BUTANTÁ	-	1	-	1	5	-	
10. CAMBUCÍ	-	-	-	-	-	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. SE	-	-	-	-	-	-	
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	-	-	-	-	-	-	
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	

Fonte dos Dados Básicos: DRS-1.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO — REDE DE UNIDADES SANITÁRIAS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, POR DISTRITO E SUBDISTRITO DE LOCALIZAÇÃO E POR TIPO — 01/07/77

TA BELA 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.

Z O N A S *	UNIDADES SANITÁRIAS	Nº	%
"CENTRAL"		22	15,17
"INTERMEDIÁRIA"		77	53,11
"PERIFÉRICA"		46	31,72
TOTAL (MUNICÍPIO DE S.PAULO)		145	100,00

* Adaptado de: Leser²⁴

Fonte dos Dados Básicos: DRS-1.

5- DISCUSSÃO

5- DISCUSSÃO-

Preliminarmente, consideraremos alguns aspectos gerais cuja abordagem prévia nos parece de interesse para o encaminhamento da discussão específica.

É importante lembrar que os 1.516 km² do Município de São Paulo estão totalmente recobertos por um núcleo urbano metropolitano cuja paisagem humana, observada em seus aspectos demográficos, econômicos, sociais e culturais, é extremamente complexa; nela encontramos os mais variados matizes de situações e relações em todos os níveis, desde o pessoal até o institucional. A área estudada tem assim um aspecto tipicamente cosmopolita que torna mais difícil não só a descrição como a análise de qualquer fenômeno de natureza coletiva. A divisão administrativa do Município, por nós utilizada na elaboração deste estudo, subdivide a área estudada em nada menos de 55 subáreas, bastante heterogêneas como unidades de estudo; a divisão do Município em três Zonas, segundo o trabalho de Leser²⁴, pareceu-nos o recurso mais adequado para superar essas dificuldades e conferir um razoável grau de homogeneidade às descrições e interpretações elaboradas.

Por esses motivos, 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 progra-

ma de controle integrado, como também para a detecção de problemas que possam estar ligados à hanseníase como fenômeno urbano.

Os dados obtidos naturalmente deverão sofrer algumas restrições, não só devido às habituais deficiências e distorções de qualquer relato epidemiológico de caráter extensivo como também, neste caso, devido às dificuldades decorrentes do comportamento do grupo social em geral e dos doentes em particular, frente aos estigmas que envolvem a hanseníase.^{3,25,33}

5.1. 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^{25,33}. Entretanto, parece-nos lícito argumentar que a já conhecida atração exercida pe

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

Na distribuição dos doentes matriculados pelas poucas unidades especializadas prestadoras de serviços (Tabela 4) o mesmo fenômeno da formação de pólos de atração, descrito anteriormente de modo global para São Paulo, faz-se notar em relação aos subcentros onde a atenção médico-sanitária está disponível e que se localizam nas áreas de convêrgencia natural dos setores mais populosos do Município.

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 6).

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, provenien -

te 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, 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.

5.2. 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.

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

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

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.^{1,5} 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 endemicidade.²⁸

A proporção de 80% de formas a-

vançadas (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 desejá - vel, 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 porem repetido desempenhe papel importante na manutenção da cadeia de transmissão.^{5,8,19 , 30,43}. 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 e Mapa 2) 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.^{30,43}

5.3. 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.

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 e Mapa 3) apresenta as mesmas limitações e sugere as mesmas propostas já comentadas quanto aos dados de prevalência, embora eventualmente, em alguns casos isolados, possa talvez ser representativa dos primei-

ros esforços de dinamização das atividades de controle da hanseníase que vem sendo desenvolvidos por algumas unidades sanitárias do Município de São Paulo.

5.4. Dados de prevalência e incidência nas três Zonas do Município.

Numa tentativa de contornar as dificuldades criadas pela grande complexidade da região estudada, a fim de conseguir a apresentação de resultados mais homogêneos e comparáveis, adotamos a subdivisão do Município em três Zonas,²⁴ já citada e comentada na introdução deste trabalho e em função da qual recalculamos os coeficientes de prevalência e incidência (Tabela 9 e Mapa 4).

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 conhecidos, tanto antigos como recém-

-registrados. (Tabelas 1 e 9 e Mapa 4).

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 mais de 20% da população de doentes de hanseníase.

A Zona "Periférica" abriga em sua extensa área geográfica (mais de 67% da área total), cerca de 32% da população do Município e menos de 25% de sua população de doentes de hanseníse.

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.^{10,19}

Assim, os altos índices endênicos observados na Zona "Central" tanto podem estar ligados a uma população muito densa, cujas con

dições 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 sôcio-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 diagnôstico, 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 demo-gráficos e de saúde pública, da interação dinâmica dos fatores que estão agindo, quer para elevar o nível endêmico na Zona "Central", como para baixa-lo na Zo

na "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 endemia.⁴⁶ Esta observação se torna mais contundente quando analisamos o problema não em números relativos, mas em números absolutos.

5.5. 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 descobertos⁶, 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 e o Mapa 5 apresentam a distribuição, tanto das Unidades Sanitárias, classificadas por tipo segundo critérios da Secretaria da Saúde do Estado³⁷, como das Áreas Especializadas de Dermatologia Sanitária, pelos diversos Distritos e Subdistritos censitários do Município de São Paulo, sem levar em 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) e 5 na Zona "Intermediária" de São Paulo (Jabaquara, Penha, Santo Amaro, Vila Maria e Vila Prudente). 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 U.S.P.

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.^{11,42,44}

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 (mais de 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.

A excessiva centralização de algumas atividades de controle da hanseníase, aliada à considerável insuficiência e à evidente má distribuição dos recursos existentes tornam lícito prever grandes dificuldades para a operacionalização do Subprograma de Contrôlo 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, que no que diz respeito à qualidade das ações de saúde executadas.³⁰ , 43,46 .

6- CONCLUSÕES

6- CONCLUSÕES-

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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, por consequência, também quanto à afirmação de que a endemia da hanseníase

está fora de controle no Município de São Paulo.

- h) 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.
- i) Os altos coeficientes de prevalência e incidência na Zona "Central" do Município devem-se em parte à deterioração da qualidade de vida da população desta área da cidade e em parte às facilidades de acesso desta população aos serviços de saúde.
- j) 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.
- l) 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.

- m) Para a implantação em larga escala do Subprograma de Controle da Hanseníase no Município de São Paulo consideramos 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.
- n) A abordagem da hanseníase como endemia urbana, que emergiu recentemente como consequência 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. A participação do Bra
sil neste esforço conjunto de pesquisa e atuação prá
tica é inalienável, por sermos um dos países em que
a situação estudada configura-se como das mais graves.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALBORNOZ MARTINEZ, R. Epidemiologia y profilaxis de la lepra. In: REUNION LEPROLÓGICA DEL CONO SUD , la, 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. e ROTBERG, A. Compêndio de leprologia. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Lepra , 1951.
- 4 - BECHELLI, L.M. Advances in leprosy control in the last 100 years. Int. J. Leprosy, 41 (3): 285 - 297, 1973.
- 5 - 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 U.S.P.).

- 6 - BELDA, W. Aspectos da "incidência" da hanseníase no Estado de São Paulo em 1976. Hansenol. int., 2(1): 73-88, 1977.
- 7 - BELDA, W. Contribuição ao estudo da epidemiologia da hanseníase indiferenciada: análise de 4.391 casos. /apresentado ao CONGRESSO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA, 2º, Rio de Janeiro, 1978/.
- 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(3):201-204, 1974.
- 10 - BROWNE, S.G. Opiniones actuales sobre la epidemiologia de la lepra. Rev. Leprol. Fontilles, 10 (4): 335 - 341, 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 - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Sa., Brasília, 1975 .
Anais, Brasília, Ministério da Saúde, 1975.
- 14 - CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE
CONTROLE DA HANSENÍASE, Brasília, 1976. Brasília,
Ministério da Saúde, 1976. (Mimeografado).
- 15 - DAS, K.C. Notes on urban leprosy problem. Leprosy in
India, 47 (3): 239-240, 1975.
- 16 - FAVERO, W. Subsídios para o planejamento e programa
ção das atividades de controle da lepra no Brasil.
Bol. Div.nac. Lepra, 29 (3/4): 47 - 74, 1970.
- 17 - FAVERO, W. Integração das tarefas de controle da en
demia leprótica nas atividades rotineiras das u
nidades de saúde. Bol. Div. nac. Lepra, 33 (1/4):
1-2, 1974.
- 18 - FIGUEIREDO FERRAZ, J.C. Solução urbana depende de
desenvolvimento global. Folha de São Paulo, 17
set., 1978. p.30.
- 19 - GODAL, T. e NEGASSI, K. Subclinical Infection in
Leprosy. Brit.Med.J., 3: 557-559, 1973.
- 20 - GRANDE Enciclopédia Delta - Larousse. Rio de Janei
ro, Editora Delta, 1971. v.13, p. 6143 - 6147.

- 21 - O GUIA: maior e melhor planta da cidade. 7a. ed. São Paulo, Mapograf Editora, Mapas e Publicidade , 1977.
- 22 - KONGSEUBCHAT, K. et al. Problems of leprosy control in Bangkok Metropolis. Int. J. Leprosy, 41 (4): 627 , 1973.
- 23 - LEIS, decretos e instruções para o controle da hanse_níase. J.A.M.B., 19 (849): 4, 1977.
- 24 - 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.
- 25 - 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.
- 26 - MAURANO, F. História da lepra em São Paulo. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939.
- 27 - MELLO, A. Hanseníase nas Áreas Metropolitanas. Bol . Div. nac.Derm. sanit., 36 (1): 31 - 40, 1977.

- 28 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Hanseníase no Brasil. Bol.Div. nac. Derm.sanit., 36 (1): 13- 30, 1977.
- 29 - NEWELL, K.W. La Lepra vista por un epidemiólogo.Bol. Ofic. sanit.panamer., 65 (1): 1 - 45, 1968.
- 30 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Lepra, Ginebra, 1976. Quinto informe. Ginebra, 1977. (Ser. inform. tecn., 607)
- 31 - PREFEITURA MUNICIPAL. Secretaria das Administrações Regionais. Assessoria Técnica de Turismo. Informações gerais sobre o Município de São Paulo. São Paulo, 1977 (Mimeografado).
- 32 - RIBAS, E. A lepra. Sua frequência no Estado de São Paulo. Meios prophiláticos aconselháveis. In: CONGRESSO MÉDICO PAULISTA, 1º, São Paulo, 1916. Annaes. São Paulo, 1916 .v.1., p.145-172.
- 33 - ROTBERG, A. As barreiras culturais da "lepra" que impedem a solução do problema da hanseníase.Bol. Div. nac. Derm.sanit., 36(1): 65-72, 1977.
- 34 - SCHALLER, K.F. The geographic distribution of leprosy in the developing countries. Appl. Sci. - Develop., 3: 41- 52, 1974.

- 35 - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO . Terminologia referente à hanseníase - Norma técnica SS-3/70, de 10/12/70. São Paulo, 1970 (Mimeografado).
- 36 - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Reforma Administrativa: Textos legais e regulamentares, 1967/70. São Paulo, 1972.
- 37 - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Portaria SS-CG.nº8, 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).
- 38 - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Subprograma de Controle da Hanseníase. São Paulo, 1976. (Mimeografado).
- 39 - 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).
- 40 - SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DO ESTADO. Problemas emergentes do Estado de São Paulo: subsídios à elaboração de uma estratégia. São Paulo, 1976. (Série Documentos, 5).

- 41 - 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.
- 42 - SECRETARIA DOS NEGÓCIOS METROPOLITANOS DO ESTADO. Região Metropolitana de São Paulo: diagnóstico 75. São Paulo, 1975. (Mimeografado).
- 43 - SEMINÁRIO PANAMERICANO SOBRE EL CONTROL DE LA LEPROA , 4º, Caracas, 1975. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1977. (OPAS- Publ.cient. 344).
- 44 - SEMINÁRIO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS BRASILEIRAS, São Paulo, 1975. Anais. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1976.
- 45 - SHANKAR, P.V. Urban leprosy control: strategy and tools. Leprosy in India, 47 (3): 228-229, 1975.
- 46 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. A guide to leprosy control. Geneva, 1966.