
CAPÍTULO 5

Hanseníase no Município do Rio de Janeiro

"Existe unia razoável evidência, embora indireta, que sugere que nas áreas endêmicas a maioria dos novos casos que ocorrem entre os indivíduos adultos é principalmente o resultado da infecção adquirida durante a infância"
(Noordeen, 1993)

Breve revisão histórica das medidas de controle da hanseníase no município do Rio de Janeiro

A primeira constatação da hanseníase como um problema de saúde pública no Brasil, ocorreu na cidade do Rio de Janeiro no século XVII, devido ao conhecimento de um número considerável de doentes nesta cidade (Maurano, 1944).

Funda-se assim, em 1741, em São Cristóvão o primeiro hospital para recolher 53 pacientes existentes na cidade do Rio de Janeiro que aí permaneceram até 1818, quando foram transferidos para a Ilha da Enxada (hoje sede do Departamento de Educação Física da Marinha). Por carência de água nesta ilha, em 1823, novamente, 62 doentes foram transferidos para a Ilha de Bom Jesus ou Caqueira ou dos Frades, na Baía de Guanabara, em frente a Inhaúma, entre as Ilhas da Sapucana, dos Pinheiros e Pedra do Timbó (Sousa-Araújo, 1946).

Devido à precariedade das instalações do Hospital na Ilha Bom Jesus, em 1833, mais uma vez sob protesto da comunidade de São Cristóvão, os pacientes retornaram para o Hospital Frei Antônio, em São Cristóvão.

Por mais de um decênio o hospital de São Sebastião alojou provisoriamente os pacientes isolados pela Inspeção da Leprosia. Mais tarde, que por necessidade de ampliação do hospital, procedeu-se à retirada dos doentes de lepra para um lugar mais conveniente,

sendo inaugurado, em finais de 1928, o hospital de Curupaiti. A organização e a estruturação dos hospitais colônia seguiu o modelo do leprosário de Luisiânia em Carville-Estados Unidos (Almeida, 1930). Em um ano, o número de internações de doentes duplicou neste hospital, de 124 pacientes (53 mulheres, 71 homens, sendo 1 menor de idade) vindos do São Sebastião na data da inauguração, para 204 (62 mulheres e 142 homens) em dezembro de 1929.

O Curupaiti foi reconhecido como Centro Internacional de Lepra para treinamento e experimentações terapêuticas (Almeida, 1930) até a década de 40, quando essas atividades científicas foram transferidas para o Hospital Frei Antônio - Instituto de Leprologia do Serviço Nacional de Lepra, onde foi instalado o Instituto de Leprologia e onde, por mais de 20 anos, localizou-se o centro de inteligência da leprologia do Brasil. Esse hospital permaneceu em atividade até 1975, dispondo apenas de 100 leitos, quando foi desativado e seu serviço de pesquisa foi absorvido pelo ambulatório Sousa-Araújo, na Fundação Oswaldo Cruz.

A organização das atividades da luta contra a hanseníase teve seu início em 1925 quando, para atender à necessidade do exame precoce da hanseníase, foram criados primeiros dispensários em Centros de Saúde, cuja atividade prioritária era o exame dos contatos e de pessoas suspeitas. Para aqueles pacientes que tinham condições de cumprir seu isolamento domiciliarmente, em 1929, a Inspetoria de Lepra dispunha de uma equipe composta por um médico e de uma enfermeira de Saúde Pública que administravam o tratamento nas residências dos pacientes. O atendimento ambulatorial dos pacientes de lepra estruturou-se a partir de 1934, quando a rede de Unidades Sanitárias do Distrito Federal já possuía 12 ambulatórios que desenvolviam esse tipo de atendimento (Campos Mello, 1937).

Embora a Inspetoria nunca tenha medido esforços para vedar a migração de doentes de lepra de outros estados, Almeida (1930), relata que a maior parte dos doentes do Curupaiti não era do Distrito Federal. Segundo Magalhães (1882, 1900) e Almeida (1930), o motivo da afluência de pacientes migrantes de outros estados do Brasil para o hospital do Distrito Federal, desde a época do Império, foi a busca de melhores condições de vida e a esperança de obterem tratamento mais moderno. Essa mobilidade de doentes

se constituiu em um dos maiores problemas da profilaxia nesta época. O mesmo autor, em 1937, faz uma revisão dos 996 casos internados no Curupaiti desde a sua fundação, onde verifica que, dos 772 casos de que dispunha de informação quanto à naturalidade, 75% não eram cariocas. Os Estados que mais contribuíram para a internação foram Minas Gerais, Pará, São Paulo e Estado do Rio de Janeiro (Almeida, 1930).

O Serviço Nacional de Controle adotou como princípio em 1940, conhecer, na escala mais elevada possível, a magnitude de hanseníase, realizando o primeiro censo nacional de lepra. Verificada também, a impossibilidade da análise da situação epidemiológica da hanseníase com as informações até então existentes, o Serviço Central de Controle incluiu nesse censo de 1940 importantes modificações no processo de coleta e análise dos dados, ou seja, a organização do sistema de informação.

Dessa forma, as fichas dos doentes que não freqüentavam mais os serviços foram retiradas dos serviços e enviadas para o nível Central onde, após verificação de duplo fichamento, esses casos foram notificados e comunicados ao serviço de vigilância sanitária para que fosse realizada detalhada investigação. A partir desse momento, um fichário geral de todos os doentes do Distrito Federal foi estruturado. Atualizou-se, em todas as fichas, a informação referente ao local de residência.

Ao final da organização do fichário central, a situação da hanseníase no Distrito Federal em 1941 constata a presença de 1.507 doentes, dos quais 42,3% recebiam tratamento em domicílio e 57,7% estavam internados. Dos que recebiam tratamento domiciliar, 53% residiam no Engenho Novo, Madureira e Penha. Dos 636 pacientes internados, 82% estavam internados no Hospital de Curupaiti, 18 % no Hospital dos Lázaros. Nessa época, quinze distritos eram responsáveis pelo atendimento domiciliar. Nos adultos, segundo o sexo, verificou-se uma proporção de formas lepromatosas mais elevada entre os homens. Nas crianças, a percentagem de formas bacíferas também era bastante elevada, o que segundo Mota & Moura Costa (1941) provava a atividade do foco de hanseníase no Distrito Federal.

As principais conclusões do censo de lepra de 1940 foram:

1) O Distrito Federal constituía-se num foco de lepra rapidamente crescente, com um acréscimo verificado de 50% sobre o total dos casos registrados em 1930;

- 2) *O Distrito Federal apresentava-se como um foco eminentemente ativo de cerca de 65% de formas malignas, proporção somente um pouco inferior à dos estrangeiros;*
- 3) *Verificava-se um alarmante déficit de possibilidades de internamento no Distrito Federal, existindo meio milhar de leprosos contagiantes, não internados, em condições de transmitir a infecção;*
- 4) *A extensão e gravidade do foco de lepra no Distrito Federal dependiam, além da emigração de outros estados, do desenvolvimento próprio à atividade do foco altamente virulento em uma população receptível e sujeita, em larga escala, à contaminação pelo não afastamento de uma vultuosa percentagem de contagiantes e*
- 5) *Tornava-se inadiável o aumento, em cerca de um terço, da capacidade de internamento, para atender ao isolamento das formas contagiantes (Mota & Moura Costa, 1941).*

Data de 1956 o diagnóstico posterior da situação da hanseníase no município do Rio de Janeiro, onde a principal conclusão foi a falta de êxito na luta contra a lepra no Distrito Federal, até então realizada através do isolamento dos casos. Afirmava o novo diagnóstico que *"levantar estatísticas à base de casos que lhe aparecem e os tratar como pode, sem segura busca dos que escapam ao controle, vigiar alguns comunicastes, é para o gravíssimo problema de lepra na Capital da República, um dos maiores focos do país, - meia gôta d'água em cinco oceanos....."*, Fontes (1957), e prossegue *"toda a profilaxia de qualquer doença transmissível decorre do princípio consubstanciado na fórmula geral, e, portanto assenta-se num tripé: descoberta (diagnóstico precoce) e estancamento da fonte de contágio (tratamento profilático com diaminosifenilsulfona que já realiza, na lepra, pelo menos temporariamente); interrupção das vias de contágio (isolamento geográfico ou, moderadamente, isolamento-educação, que só se consegue com a educação sanitária direta, feita pela enfermeira sanitária no domicílio); e proteção do receptível (imunização artificial, a que talvez se preste o BCG - quem sabe? - , e educação higiênica e levantamento das defesas naturais)."*

A partir desse diagnóstico, são propostas, modificação dos métodos de controle, iniciando-se nessa época o processo de descentralização do atendimento dos casos de

lepra através do aumento da cobertura populacional, objetivando o diagnóstico precoce e o aumento da capacidade de exames dos contatos, propostos pela Campanha de Luta Contra a Lepra.

A essa estratégia estava associada à permanente atualização do registro dos casos e ao desenvolvimento de programas de capacitação de forma a ampliar o quadro de profissionais envolvidos com as ações de controle.

Até os dias atuais a situação epidemiológica da hanseníase no município do Rio de Janeiro é registrada em relatórios anuais emitidos pela prefeitura. Após 1958, não encontra-se publicada nenhuma análise epidemiológica sobre essa área.

A evolução das estratégias do Programa de Hanseníase no Município do Rio de Janeiro seguiu as recomendações nacionais e, no decorrer do tempo, às custas de sucessivos esforços, o Programa de Controle da Hanseníase do Município do Rio de Janeiro, passou a prestar atendimento ambulatorial aos pacientes de hanseníase em 30 das 46 unidades de saúde que realmente têm capacidade de desenvolver atividades de diagnóstico e multidrogaterapia (MDT-OMS).

Em relação ao sistema de informação, até 1986 o Programa dispunha de um arquivo central manual, e somente a partir dessa época, inicia-se o processo de informatização dos registros do banco de dados dos pacientes de hanseníase do Estado do Rio de Janeiro, visando, além de facilitar o acesso às informações para uma monitorização das atividades do programa, avaliar o comportamento da endemia por meio de indicadores epidemiológicos (Motta, 1986).

Desde 1925, no Distrito Federal, hoje município do Rio de Janeiro, concentra-se praticamente toda a informação na coordenação do próprio Programa. A partir de 1991, os dados referentes aos pacientes estão armazenados em um banco de dados informatizado programado em linguagem D-Base Clipper, alimentado pelas informações dos pacientes fornecidas sistematicamente pelas unidades sanitárias. Esses dados são compilados, processados e analisados no nível central com retroalimentação anual. O sistema de informações do Programa da Hanseníase tem variáveis definidas e conceitos padronizados, segundo os indicadores essenciais recomendados pela Coordenação de Dermatologia Sanitária (MS, 1994a) .

Mesmo com o avanço da disponibilidade de dados referentes à idade no momento do diagnóstico, coortes de nascimento não puderam ser construídas pela ausência de dados conforme mostra a matriz de casos novos por idade do nascimento (anexo 2). Devido a essa limitação, analisa-se neste capítulo o uso do indicador coeficiente específico por idade no diagnóstico da situação de hanseníase no município do Rio de Janeiro, reiteradas vezes declarada como uma área de endemia ascendente.

Tratamento dos dados, resultados observados e sua análise

Os dados de detecção e percentual de pacientes em abandono do tratamento foram coletados dos relatórios do Programa. Para a série histórica e definição dos períodos de detecção ascendente e descendente, foram considerados os casos declarados oficialmente pelo Programa. A série dos últimos 45 anos foi dividida em nove quinquênios de atividade do Programa.

Os dados demográficos censitários para o Município do Rio de Janeiro foram obtidos através dos informes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os anos de 1940; 1950; 1960; 1970; 1980 e 1991. A partir das populações censitárias foram realizadas as interpolações para os demais anos inter-censitários.

Para a confecção dos indicadores referentes à idade do diagnóstico utilizou-se o banco de dados informatizado da Coordenação do Programa de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. O indicador médio de detecção foi definido como o total de casos diagnosticados no período dividido pelo número de anos do período, multiplicado por 100.000 habitantes e dividido pelo número de habitantes na metade do período estudado. Devido às diversas modificações administrativas nos últimos 30 anos, parte da informação de algumas unidades sanitárias foram perdidas, o que impediu que os resultados das informatização dos dados fosse completa. Calculou-se um fator de correção tomando-se os casos declarados nos relatórios históricos dividido pelo número de casos presentes no arquivo informatizado. Esse fator foi aplicado para todas as faixas etárias.

A padronização dos coeficientes específicos por idade foi efetuada a partir da divisão do número de casos de cada faixa etária pelo somatório das taxas de cada

quinquênio, construindo-se, assim, coeficientes relativos de detecção específicos por faixa etária.

O risco relativo foi estimado pela razão dos coeficientes relativos de detecção específico da idade no diagnóstico, como proposto por Irgens & Skajaerven (1985) para definir o padrão epidemiológico da hanseníase em áreas de rápido declínio.

A reorganização do sistema de informação, com a limpeza dos arquivos, deu-se quando da implantação da Campanha Contra a Lepra, e fez parte de um conjunto de medidas que definiu as principais atividades do controle e que norteiam os programas até a data atual. Em 1973, efetua-se segunda reorganização do sistema de informação, ou limpezas dos arquivos. A partir do anos 1975/1976, concentraram-se esforços na coordenação, supervisão e na atenção, cada vez maior, de seus executantes, para com recursos humanos, materiais, treinamento de pessoal profissional e auxiliar (MS/SNS/DNDS, 1977). A terceira reorganização dos arquivos, que foi efetuada em 1991, no bojo da implantação dos regimes terapêuticos MDT-OMS e do Plano de Eliminação da Hanseníase.

Quanto à liberação dos pacientes por alta por cura, atividade fundamental para que a prevalência diminua, os relatos coletados nos documentos históricos pertencentes ao Programa de Controle da Hanseníase do Município do Rio de Janeiro apontam que a liberação de grande número de pacientes por alta por cura se deu principalmente nos momentos de grandes transformações estruturais da história da hanseníase, como por exemplo, a introdução de novos regimes terapêuticos. A reorganização do sistema de informação vinha, então, na maioria das vezes, acompanhada de atividade concentrada de liberação de pacientes antigos ou identificação de casos em abandono por meio da expectativa da cura dos pacientes a cada novo regime terapêutico introduzido. Como consequência dessas inúmeras modificações, o próprio Programa de Controle da Hanseníase não conseguia demonstrar credibilidade no tratamento instituído. Os períodos entre as implantações desses regimes terapêuticos caracterizam-se como períodos de poucas altas por curas, promovendo a permanência de altos índices de prevalência.

Problemas e obstáculos na execução da atividade de liberação dos pacientes por alta por cura e a não retirada de pacientes em abandono que já cumpriram o tratamento, parecem ser os pilares da manutenção de uma prevalência elevada.

TABELA 19: NÚMERO DE CASOS DO REGISTRO ATIVO E CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1971 A 1993

ano	casos novos	registro ativo
71	302	912
72	277	4518
73	205	3622
74	232	5011
75	367	5504
76	256	5975
77	268	6216
78	559	6140
79	428	6009
80	846	5980
81	957	6035
82	698	6485
83	964	8838
84	767	8575
85	866	8861
86	833	10806
87	745	11172
88	633	11610
89	1160	13418
90	1108	12414
91	1684	12404
92	1569	9510
93	959	7175

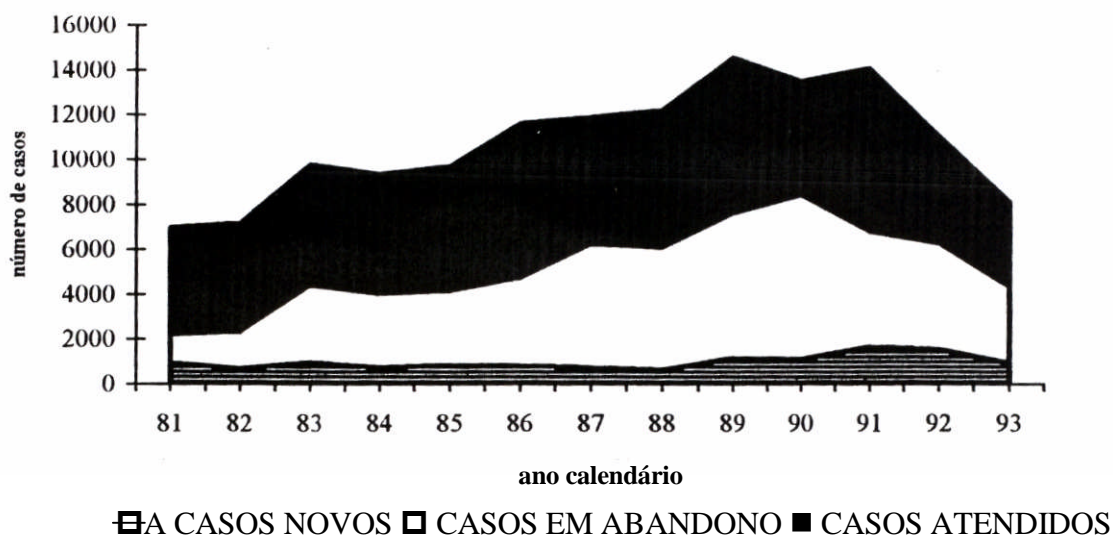
fonte:SMS/RJ

Na tabela 19 e figura 38, verifica-se, que *na* série dos últimos 13 anos, os casos novos representam uma pequena fração da prevalência confirmando que não podemos deduzir que as comunidades com maior prevalência tenham também a maior incidência (Kramer, 1957). Soma-se a isso que grande parte da prevalência é composta por pacientes que não comparecem à unidade sanitária, isto é, os casos em abandono. No ano de 1990, esta proporção foi de 59,32%, e em 1993: 47,42% .

Na realidade, não se pode concluir que o aumento constante do número de casos de hanseníase Rio de Janeiro indique que haja uma expansão. Sua estreita relação com as atividades do Programa, a forma que as informações estão organizadas e as estratégias de atuação do Programa deverão ser consideradas por estarem intimamente relacionadas tanto com a prevalência como com detecção da hanseníase. Dessa forma, o coeficiente de prevalência não parece ser o marcador mais adequado para medir as modificações do padrão da endemia, como observado desde a época do isolamento compulsório.

Figura 38

**PREVALÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE. MUNICÍPIO
DO RIO DE JANEIRO 1981-1993**



As figuras 39, 40 e a tabela 20 apresentam os coeficientes de detecção de casos novos ao longo do período estudado. Observam-se dois padrões diferentes. Um padrão de declínio, de 1948 a 1977 (figura 39), e outro ascendente, de 1978 a 1993 (figura 40).

Escolheu-se os anos de 1977 e 1978 como limites dos períodos devido a sensível descontinuidade verificada entre estes dois anos. O coeficiente bruto de detecção tem um aumento de mais de 100% entre esses dois anos. De 1948 a 1977, período de declínio, a detecção parte, em 1948, com taxa de 12,2, e chega a 5,6/100.000 habitantes, em 1977, desenhando uma firme linha descendente. A partir de 1978 ou, mesmo desde 1974, quando o indicador atingiu o valor mínimo de 5,1/100.000 habitantes, as taxas assumem um padrão de grandes oscilações com tendência geral de rápido crescimento. Em 1981, as taxas de detecção foram de 18,8/100.000 habitantes, atingindo um máximo que só será superado no final da década, em 1989. No período de 1982 a 1988, os coeficientes variam entre 11,8 e 16,4, mas, apesar da sensível variação, esta se dá com flutuações pequenas entre anos seguidos, produzindo uma curva mais padronizada.

No ano de 1989, inicia-se um novo patamar, com coeficiente de 21,5/100.000 habitantes, sendo o pico máximo em 1991, com um coeficiente de 30,7 / 100.000

habitantes. A partir de 1992 sofre uma queda para, em 1993, atingir a taxa de 16,41/100.000 habitantes (figura 40).

TABELA 20: COEFICIENTE DE DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948 A 1993

PERÍODO 1948-1977				PERÍODO 1978-1993			
anos	população estimada	casos detectados	coeficiente bruto de detecção/100.000	anos	população estimada	casos detectados	coeficiente bruto de detecção/100.000
1948	2.196.027	268	12,2	1971	4.312.248	302	7,0
1949	2.275.086	313	13,8	1972	4.404.502	279	6,3
1950	2.356.992	304	12,9	1973	4.495.178	205	4,6
1951	2.441.846	404	16,5	1974	4.584.095	232	5,1
1952	2.528.325	310	12,3	1975	4.652.444	367	7,9
1953	2.616.386	309	11,8	1976	4.736.968	256	5,4
1954	2.705.980	312	11,5	1977	4.817.611	268	5,6
1955	2.781.264	353	12,7	1978	4.894.120	559	11,4
1956	2.874.876	364	12,7	1979	4.966.247	428	8,6
1957	2.969.503	318	10,7	1980	5.033.760	846	16,8
1958	3.065.041	258	8,4	1981	5.096.435	957	18,8
1959	3.161.376	277	8,8	1982	5.154.064	698	13,5
1960	3.258.392	297	9,1	1983	5.206.452	694	13,3
1961	3.355.965	321	9,6	1984	5.253.419	766	14,6
1962	3.453.969	279	8,1	1985	5.264.438	866	16,4
1963	3.552.270	331	9,3	1986	5.299.891	831	15,7
1964	3.650.731	356	9,8	1987	5.335.582	745	14,0
1965	3.735.559	298	8,0	1988	5.371.514	633	11,8
1966	3.833.553	310	8,1	1989	5.407.688	1.160	21,5
1967	3.931.026	334	8,5	1990	5.444.105	1.108	20,4
1968	4.027.806	334	8,3	1991	5.480.768	1.684	30,7
1969	4.123.721	308	7,5	1992	5.508.182	1.569	28,4
1970	4.218.594	292	6,9	1993	5.535.704	913	16,4

fonte: casos de hanseníase, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;
população: IBGE, censos demográfico do Rio de Janeiro

Figura 39

COEFICIENTES DE DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948-1977

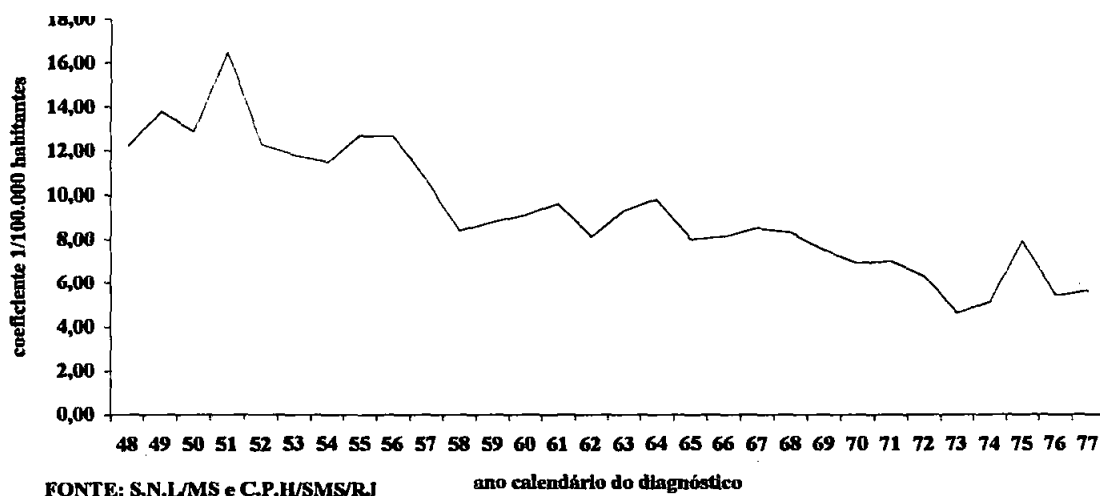
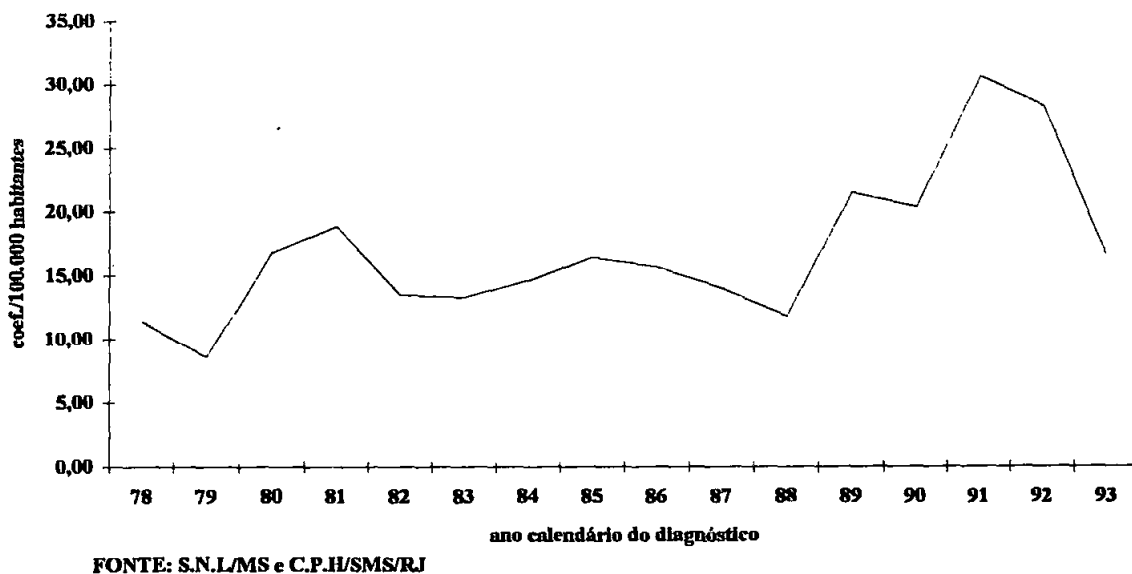


Figura 40

COEFICIENTES DE DETECÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE, MUNICÍPIO
DO RIO DE JANEIRO, 1978-1993



A capacidade de diagnosticar está diretamente ligada a fatores tais como: a proporção da população realmente alcançada pelas atividades de busca; o número de unidades sanitárias que desempenham o diagnóstico e o tratamento; o número e desempenho do pessoal envolvido; indicadores de serviço, como cobertura de unidades sanitária; número de médicos; treinamento e os movimentos migratórios que são indicadores indiretos. Quando estes indicadores não são considerados confundem a interpretação de endemia, e a discussão de sua tendência temporal, em ascensão ou não.

A observação de duas tendências no comportamento da endemia no município do Rio de Janeiro, medidas pelos coeficientes de detecção, onde o padrão é descendente num período de 30 anos e crescente nos últimos 16 anos acompanhando a implantação das ações de saúde, dificulta a aceitação da hipótese de que a análise isolada dos coeficientes de incidência esteja indicando aumento da transmissão da doença.

Baseando-se no fato de que o número de unidades sanitárias no município do Rio de Janeiro manteve-se constante, a capacidade instalada da rede de saúde, onde as oportunidades perdidas de diagnóstico são as mesmas para todo o período estudado, confirma essa afirmação. Assim, parece pouco provável que um grande número de doentes possa passar despercebido, onde as facilidades de serviços médicos gratuitos existem desde a década de 50. É mais prudente considerar que os coeficientes de detecção são tanto indicador epidemiológico como de avaliação dos programas de controle (Lechat et al., 1986; Gerhardt Filho & Hijjar, 1993; Albuquerque, 1987; Andrade et al., 1995), principalmente quando o que se acaba por medir é o que tem sido denominado de *coeficiente de detecção de casos* (Fontes, 1967; Lechat et al., 1986).

O sensível aumento das taxas de detecção observadas no município do Rio de Janeiro a partir do ano de 1978, com um número significativamente mais elevado de doentes, poderia também ser explicado pela implantação de um sistema integrado de controle de hanseníase onde pessoas doentes, que vinham evoluindo de longa data, foram identificados e registrados para tratamento (MS/DNS/SNL, 1973). Esse achado deve-se também a fatores tais como: aumento real de novos casos, maior acesso da população aos serviços de saúde, maior número de pessoal treinado para o diagnóstico, particularmente

no período de implantação do regime MDT-OMS, e, finalmente, a um equívoco nas estatísticas, o registro atrasado de casos diagnosticados em anos anteriores.

No coeficiente bruto de detecção para o ano de 1991, no valor de 30,7/100.000, está incluído um número considerável de casos diagnosticados em anos anteriores mas declarados em 1991. Em 1992, por exemplo, o coeficiente de detecção foi de 28,42/100.000 habitantes, onde 41% corresponde à notificação de casos diagnosticados em anos anteriores. A diminuição das taxas de detecção no ano de 1993 refere-se, pela primeira vez, ao real número de casos diagnosticados no ano, onde, no coeficiente de detecção, estão excluídos os casos diagnosticados em anos anteriores, mas incluídos na prevalência.

Como relatado acima, deve-se considerar também que as atividades do Programa no município do Rio de Janeiro estão sistematizadas há apenas quatro décadas. Deste modo, os altos coeficientes de detecção hoje observados apontam para a necessidade de um conhecimento de como as transformações nas políticas sanitárias e as atividades de vigilância epidemiológica foram definidas e executadas.

O exame da distribuição dos casos novos por grupo etário segundo a data do momento do diagnóstico revela que foi o grupo de 20-39 anos que concentrou a maior frequência de casos até o início dos anos 60. A partir daí é superado pelo grupo de 40 e mais anos a partir do quinquênio 68/72, e, mais recentemente, a partir do quinquênio 83-87 pelo grupo de 60 e mais. O grupo de 0-9 anos, até o quinquênio 63-67, apresenta percentuais superiores a 10%, mas tem um consistente comportamento decrescente até o último quinquênio, cuja frequência de casos novos é de apenas 0,7% do total de casos no período. A frequência de casos do grupo 60 e mais anos é a única que apresenta um comportamento ascendente em todo o período estudado, partindo de 3,0%, em 1948/1952, e atingindo 31,2% , em 1989/1993, do total dos casos diagnosticados por quinquênio por faixa etária (figura 41 e na tabela 21).

TABELA 21- DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE POR QUINQUÊNIO SEGUNDO O ANO DE DETECÇÃO, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948 A 1993

GRUPOS ETÁRIOS	PERCENTUAL DE CASOS QUINQUÊNIOS								
	1948/52	1953/57	1958/62	1963/67	1968/72	1973/77	1978/82	1983/87	1989/93
0 A 9	9,0	15,2	10,8	10,3	7,3	3,0	3,5	2,0	0,7
10 A 19	20,8	18,8	15,9	14,7	12,4	8,0	7,8	7,1	4,11
20 A 29	33,1	29,3	22,3	19,9	16,9	18,9	15,0	12,8	10,87
30 A 39	25,2	25,3	30,7	23,8	19,9	17,7	16,5	15,9	14,9
40 A 49	5,6	9,2	16,6	21,3	24,7	20,9	16,8	17,5	15,5
50 A 59	2,9	1,8	2,6	9,1	14,4	21,6	25,5	23,1	22,2
60 E MAIS	3,0	0	0,9	0,6	4,1	10,4	14,5	21,3	31,2

Figura 41

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE POR IDADE NO DIAGNÓSTICO SEGUNDO O QUINQUENIO DO DIAGNÓSTICO, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948-1993

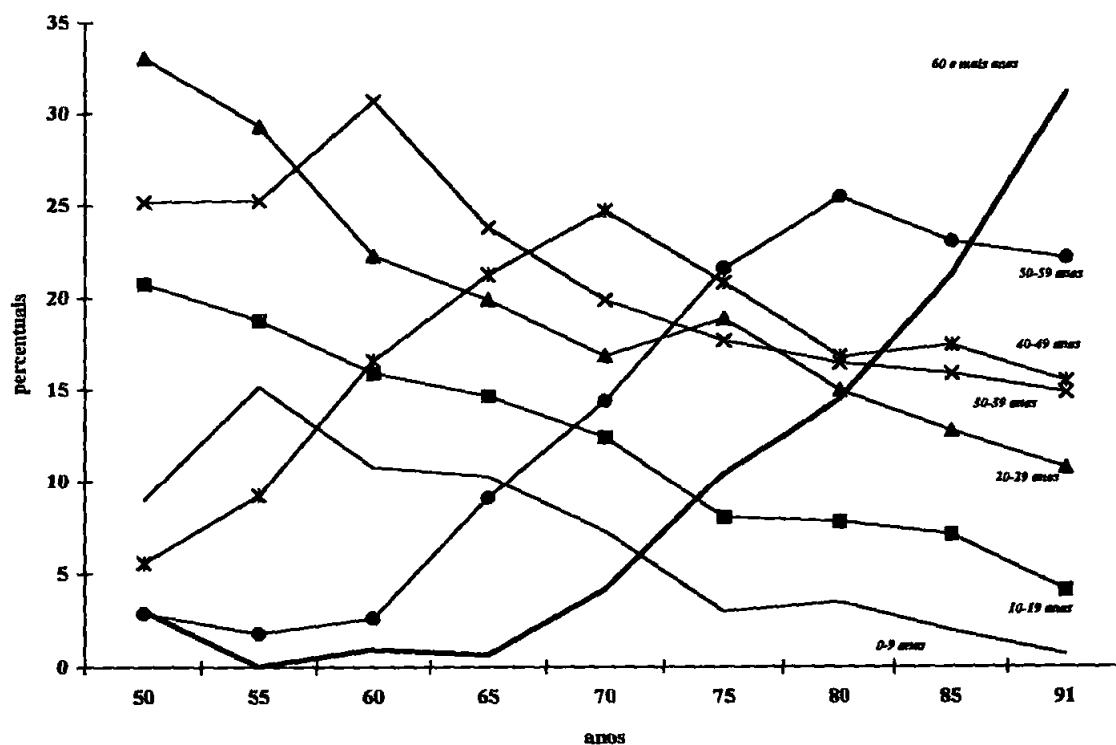


TABELA 22: COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE POR QUINQUÊNIO SEGUNDO O MOMENTO DO DIAGNÓSTICO, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948 A 1993

GRUPOS ETÁRIOS	COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE DETECÇÃO POR 100.000								
	QUINQUÊNIOS								
	1948/52	1953/57	1958/62	1963/67	1968/72	1973/77	1978/82	1983/87	1989/93
TOTAL	13,6	11,9	7,6	8,8	7,1	5,7	13,7	14,8	23,5
0 A 9	6,3	8,6	3,7	4,3	2,6	0,9	2,7	1,8	1,0
10 A 19	15,0	12,2	6,9	6,7	4,4	2,3	5,7	6,0	5,7
20 A 29	21,3	17,5	9,0	9,6	6,9	5,5	10,3	10,1	14,7
30 A 39	21,9	18,9	14,5	13,6	9,6	7,0	15,9	15,4	21,1
40 A 49	6,6	9,9	11,7	16,3	14,7	10,2	20,0	22,0	30,2
50 A 59	5,3	3,0	2,9	10,6	13,3	14,5	38,7	37,8	58,4
60 E MAIS	7,4	0,0	0,9	0,8	4,0	7,4	23,0	31,9	65,2
HOMENS	16,7	82,0	65,4	75,0	65,3	53,9	135,8	144,4	220,2
0 A 9	8,1	9,7	4,0	4,5	2,3	0,9	2,6	1,7	1,1
10 A 19	21,0	12,8	10,1	8,5	4,1	3,0	5,4	6,2	4,9
20 A 29	27,3	24,0	13,7	11,7	7,0	5,2	10,5	9,6	15,8
30 A 39	24,6	22,4	20,0	18,0	12,4	8,2	15,2	14,5	19,8
40 A 49	4,4	9,0	12,0	20,2	18,0	11,9	22,3	22,4	29,1
50 A 59	4,8	4,1	3,4	11,2	17,0	17,1	48,7	47,5	62,7
60 E MAIS	12,6	0,0	2,2	0,9	4,5	7,7	31,1	42,4	86,8
MULHERES	10,6	9,7	5,2	6,9	6,2	5,2	12,6	13,9	22,7
0 A 9	4,3	7,5	3,3	4,1	2,9	0,9	2,9	1,8	0,9
10 A 19	9,4	11,8	4,0	5,1	4,6	1,7	6,1	5,7	6,4
20 A 29	15,5	11,3	4,7	7,7	6,7	5,7	10,1	10,6	13,6
30 A 39	19,3	15,5	9,2	9,4	7,1	6,0	16,5	16,1	22,2
40 A 49	8,9	10,8	11,5	12,6	11,7	8,7	18,0	21,7	31,0
50 A 59	5,7	1,9	2,4	10,1	10,2	12,3	30,3	29,7	55,0
60 E MAIS	3,8	0,0	0,0	0,7	3,7	7,1	17,5	24,8	50,9

TABELA 23: COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE SEGUNDO O MOMENTO DO DIAGNÓSTICO. MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948 A 1977 E 1978 A 1993

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE DETECÇÃO POR 100.000		
GRUPOS ETÁRIOS	PERÍODOS	
	1948/1977	1978/1993
TOTAL	33,2	26,1
0 A 14	29,5	4,0
15 A 49	33,5	22,9
50 e mais	36,9	72,9
HOMENS	19,5	22,0
0 A 14	65,4	2,8
15 A 49	16,9	18,2
50 e mais	17,6	78,9
MULHERES	32,9	21,0
0 A 14	27,8	3,46
15 A 49	33,1	38,9
50 e mais	39,0	57,5

Analisando-se a evolução da razão entre os grupos etários de 60 e mais anos e 0-9 anos dos coeficientes de detecção de casos de hanseníase segundo a idade no momento do diagnóstico, verifica-se que até 1967 os valores da razão são baixíssimos, significando um predomínio de diagnóstico em indivíduos de 0-9 anos em relação aos idosos. A partir do quinquênio 1968/1972, a citada razão assume um crescimento contínuo até o quinquênio 89/93, onde, para cada um menor de 0-9 diagnosticado, 62 pessoas com mais de 60 anos foram registradas como caso novo (figura 42).

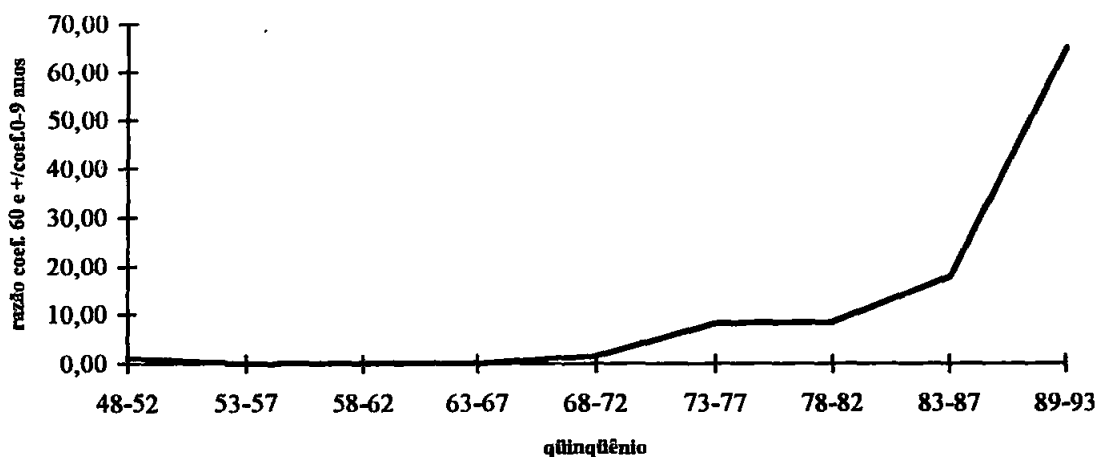
A proporção de casos novos entre as crianças, que reflete a precocidade da exposição, pode chegar até 20% nas áreas de alta endemicidade (Noussitou et al., 1976), mostrando que antes da década de 70, o município do Rio de Janeiro possivelmente vivia um período de alta transmissibilidade, expresso por uma proporção superior a 10% de crianças de 0-9 anos (figura 41). A partir do quinquênio 68-72 eleva-se o valor da razão

mostrando a crescente participação relativa da detecção de casos em pessoas idosas em detrimento da faixa de 0-9 anos. Deve-se ressaltar que nas áreas classicamente definidas como de declínio de incidência, como Noruega, Venezuela, China e Portugal (Irgens, 1982, Zuniga & Castellazi, 1982; Li et al., 1984; Irgens et al., 1990), o aumento da idade no diagnóstico foi um dos indicadores mais consistentes para a definição de declínio da endemia de hanseníase. Paradoxalmente, no período 48-72 verifica-se que os coeficientes de detecção se mostraram declinastes como visto na figura 41, contrariando esse parâmetro quando as proporção de crianças de 0 a 9 anos diagnosticadas no período foram mais elevadas.

A partir da década de 70, eleva-se o coeficiente bruto de detecção em relação ao período anterior (figura 39 e 40), em contradição ao que seria esperado pela experiência internacional que mostrou que a elevação da detecção em pessoas idosas, como ocorre no Rio de Janeiro no período considerado, indicaria uma redução nos níveis de transmissibilidade.

Figura 42

RAZÃO DE COEFICIENTES DE DETECÇÃO POR GRUPO ETÁRIO NOS CASOS DETECTADOS DE HANSENÍASE SEGUNDO O QUINQUÊNIO DO DIAGNÓSTICO, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948-1993.



Essa inversão a partir da segunda metade da década de 70 poderia ter ocorrido em virtude de que o grupo de 0-14 anos compõe justamente a população alvo do programa de imunização com BCG do programa da tuberculose, assim como do próprio Programa de Hanseníase, que, a partir de 1958, reiteradas vezes indicou a calmetização como medida profilática (Diniz, 1960). O estabelecimento final da norma de aplicação do BCG em 1976, que, além de aplicada na população geral, dava destaque para os contatos, grupo etário até dois anos e toda a população de áreas de alta endemicidade (MS/SNS/DNDS, 1977; MS, 1978; 1984b).

O risco baseado nas razões das taxas dos coeficientes específico por grupo de idade de 50 e mais e 0-14 anos, aumentou de 1,25 no período de declínio dos coeficientes brutos de detecção (1948-1977) (figura 39) para 17,89, em 1978-1993, ou seja no período de coeficientes brutos de detecção ascendentes. No cálculo da razão de grupo etários (50 e mais / 0-14) segundo o sexo, o risco dos homens de mais de 50 anos estarem doentes e serem detectados no período de declínio era de 0,27, contra 27,45 nos últimos 16 anos, período de coeficientes brutos ascendentes. Para as mulheres, esse risco foi calculado em 1,40 contra 16,62 para os mesmos períodos (tabela 23 e 24). Como relatado anteriormente, considerando por suposição que a cobertura não é diferenciada por idade e sexo, a razão dos coeficientes específico tanto por idade na faixa 50+ anos / 0-14 anos como no grupo 60 e mais / 0-14 anos mostram que a chance do indivíduo de mais de 50 anos ser diagnosticado nos últimos três quinquênios é por exemplo, 14 vezes maior que aqueles com 0-14 anos (tabela 23 e 24).

Três estudos anteriores a esse, também em áreas urbanas, foram realizados na tentativa de uma caracterização de padrões epidemiológicos da hanseníase em diferentes momento da evolução da endemia. Dois deles no Rio de Janeiro e Recife em área de incidência ascendente (Albuquerque, 1987; Andrade, 1990) e o terceiro em São Paulo, área com coeficientes de detecção descendentes (Lombardi, 1993). Dentre as áreas de incidência ascendente, o município de São Gonçalo apresentou justamente as taxas mais altas nas faixas jovens, corroborando a hipótese de que a maior detecção entre crianças deve-se a oportunidade a uma infecção precoce intradomiciliar em condições de alta morbidade (Ingers, 1980). O estudo realizado em São Paulo, área com coeficientes de

detecção descendentes, mostrou uma elevada detecção de casos nas idades mais avançadas (Lombardi, 1993).

A região metropolitana do Recife, caracterizada também como área de endemia em expansão, apresentou os mais altos percentuais de casos no grupo etário de 0-14 anos. Entretanto, a análise dos coeficientes médios específicos por idade mostrou que o aumento foi mais pronunciado no grupo com idade igual ou superior a 60 anos (Albuquerque, 1987). A explicação para esse paradoxo, segundo Albuquerque (1987), é de que, nessa área, em que as atividades do Programa de Controle da Hanseníase efetivamente só foram implementadas sistematicamente a partir de 1975, o aumento da endemicidade poderia não ter alcançado níveis capazes de provocar a diminuição da média de idade do início da doença, do mesmo modo que aconteceu na imunização com BCG na população mais jovem (Albuquerque, 1987).

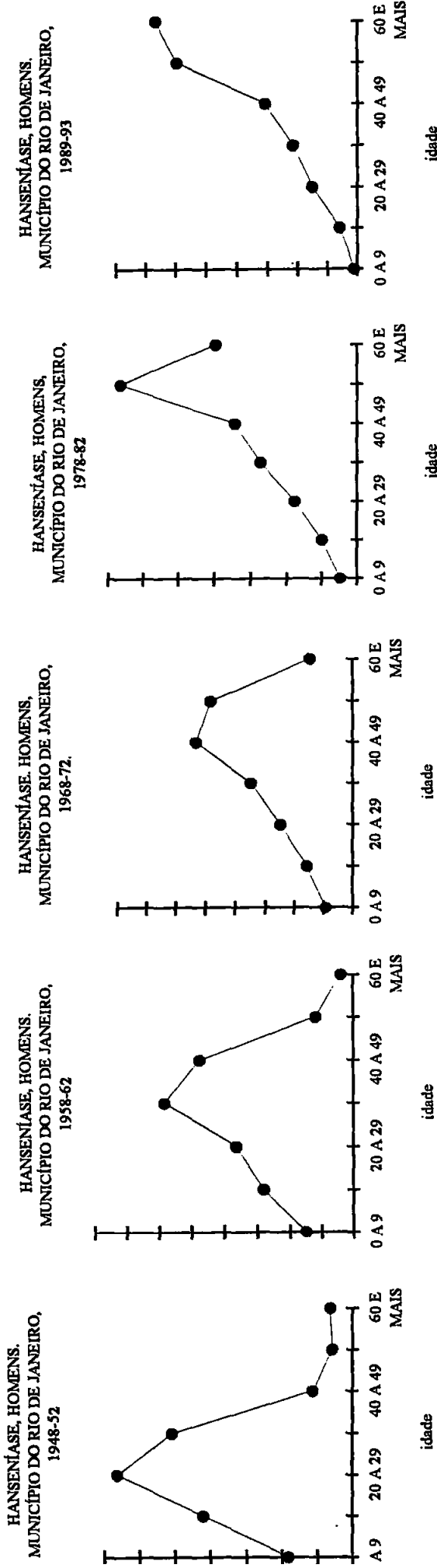
TABELA 24: RAZÃO DOS COEFICIENTES ESPECÍFICOS POR IDADE E SEXO SEGUNDO A IDADE NO DIAGNÓSTICO.

ÁREAS ESTUDADAS	RAZÃO		PERÍODO
RIO DE JANEIRO	60+/0-9		1948-1952 1,20
			1989-1993 65,2
	50+/0-14		1948-1977 1,25
			1978-1993 17,89
SÃO PAULO (#)	50+/0-14		1934-1938 7,28
			1979-1983 12,63
SÃO GONÇALO (\$)	60+/0-14		1967 3,01
			1987 2,13
RECIFE (&)	60+/0-14		1960-1964 2,04
			1980-1985 3,1
VENEZUELA (*)	65+/0-14		1951 4
			1981 17,6
PORTUGAL (**)	60+/0-9		1946-1950 1
			1976-1980 39
RIO DE JANEIRO	60+/0-9	MASC	1948/1952 1,5
		FEM	78/93 79,2
			56,6
	50+/0-14	MASC	0,27
		FEM	1,40
			27,45
			16,62
CHINA (##)	60+/0-14	MASC	1955-1959 1,8
		FEM	17 10,3
			1975-1979
NORUEGA (**)	50+/0-14	MASC	1851-1960 2,4
		FEM	21,9 2,3
			1911-1920
			9,6

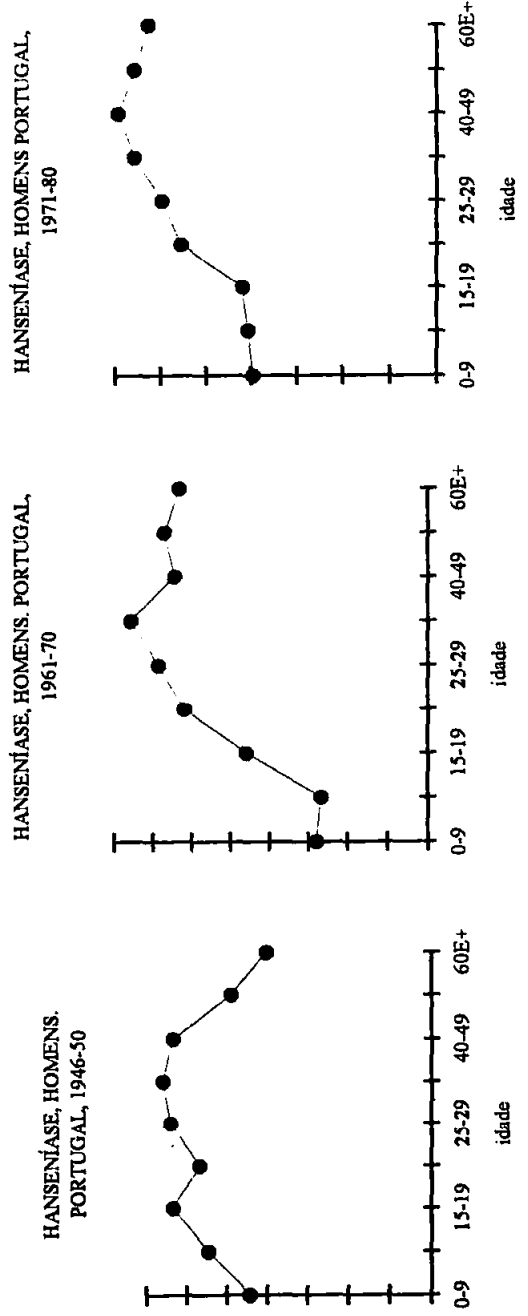
(#) Lombardi, 1993; (\$) Andrade, 1990b; (&) Albuquerque, 1987; (*) Zuniga & Castellazi, 1982; (**) Irgens et al., 1990; (##) Li et al, 1984.

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE, HOMENS, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1948 - 1993

Figura 43



DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE, HOMENS, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 1948- 80(*)



(*) fonte: Irrens et al. (1990)

Na figura 43 comparam-se as curvas dos coeficientes de detecção de casos novos de hanseníase no grupo masculino do município do Rio de Janeiro (períodos: 1948-52; 1958-62; 1968-72; 1978-82 e 1989-93) com os de Portugal (períodos: 1946-50; 1961-70 e 1971-80) (Irgens et al., 1990). Apesar das diferenças de faixa etária, do períodos em que os dados foram estudados, da magnitude dos coeficientes e dos métodos empregados nos dois estudos, os resultados obtidos para o Rio de Janeiro e para Portugal mostram importante semelhança. Verifica-se que existe similitude entre a distribuição dos coeficientes, segundo os grupos etários, ao longo dos períodos estudados, no sentido da maior concentração de casos com idade mais avançada em relação ao período precedente. Ou seja, existe uma modificação do padrão, a cada período, segundo a contribuição relativa dos casos, que aumenta na direção do grupo etário mais velho. O município do Rio de Janeiro, para o primeiro período, apresenta seu pico máximo de detecção no grupo etário de 20-29 anos. No período seguinte, o valor máximo observado encontra-se no grupo de 30-39 anos. No período seguinte o pico da curva localiza-se no decênio dez anos mais velho: 40-49 anos. Este fato se repete regularmente conforme variam os períodos estudados. A cada novo período de tempo, o valor máximo observado muda para um grupo etário mais velho. Também, para cada nova década, no Rio de Janeiro, o valor do índice para as crianças cai monotonicamente, atingindo valor próximo a zero no período 89-93. Assim, no caso do município do Rio de Janeiro, observa-se uma curva definida pela geração de 1920-1930 que, sempre apresenta os maiores coeficientes de detecção (tabela 22 e figura 43).

A hipótese que surge da determinação dessa geração, que ao longo do século, apresentou os maiores valores para a taxa de detecção, é de que a endemia, até os anos 40 tinha um padrão ascendente e, a partir daí, devido a mudanças decorrentes das iniciativas dos programas de controle, passa ter coeficientes de detecção decrescentes. Esta descontinuidade da evolução da endemia é mostrada pelo ponto de inflexão dado por essa geração dos nascidos em torno de 1930. Assim, o padrão de distribuição por idade observado no município do Rio de Janeiro não é ditado pelo envelhecimento da população de casos novos, mas pela permanente contribuição de uma geração específica. Somente após a saída dessa geração do processo, pelo envelhecimento e morte, é que o padrão

endêmico iria novamente se moldar ao padrão mais característico, em que os grupos etários mais atingidos seriam os adultos jovens, como ocorreu em Portugal.

O padrão dos últimos 50 anos caracteriza a hanseníase no município do Rio de Janeiro como uma endemia em processo de transição entre uma época de taxas ascendentes para uma época de decréscimo da doença, com taxas decrescentes.

Retomando-se, então, o modelo explicativo do aumento da idade dos casos novos, de acordo com Irgens et al. (1990) como resultante de mecanismos relacionados com o nível de exposição ou com o longo período de incubação da hanseníase (Irgens, 1982), o aumento dos coeficientes de detecção, nas faixas de idade superiores a 50 anos, no município do Rio de Janeiro, poderia estar associado ao intenso movimento migratório, desde a época do Império até o início da década 50, de outros estados para o Distrito Federal em busca de melhores oportunidades de vida, constituindo-se em um dos maiores problemas da profilaxia daquela época.

Outra hipótese, que pode ser levantada, refere-se ao fato que a geração de 1920-1930, que avança ao longo do século XX apresentando os maiores coeficientes de detecção, pode ter sido a última geração a ser exposta a um meio ambiente favorável à hanseníase, antes que as medidas de controle adotadas pelo Programa tomassem essa fração populacional mais resistente a doença.

Em relação ao longo período de incubação, a análise dos coeficientes, mostra também um aumento extraordinário dos coeficientes brutos de detecção no período de coeficientes em declínio 1948-1977 quando comparado com o período 1978-1993, o que leva a pensar que a maior frequência do diagnóstico da doença, nos grupos com idade mais avançada, possam ser devido a uma expressão clínica da doença naqueles indivíduos que adquiriram a infecção vários anos antes da introdução de regimes terapêuticos eficazes, quando a execução das diversas atividades profiláticas do controle não eram amplamente sistematizadas (Darmendra, 1986; Noordeen, 1993), entretanto, não se dispendo de evidências da semelhança entre a história natural da hanseníase e da tuberculose, em termos biológicos, não há, até o momento, elementos que sustentem a hipótese de que essa geração tenha sido infectado durante a infância ou, mesmo, na adolescência, mas que

tenham adoecido na faixas mais adultas, fenômeno observado no início do século com a tuberculose (Frost, 1939).

Em Portugal, no período 1946-50, observa-se que os menores coeficientes são das crianças e os idosos, com uma maior ocorrência de casos na faixa etária entre 15 e 39 anos. No período entre 1961 e 1907, a maior ocorrência dos casos é na faixa de maiores de 40 anos. No último período observa-se uma maior concentração de casos nas faixas etárias superiores a 50 anos e mais, com a estabilização dos coeficientes para os demais grupos etários, quando comparados com o primeiro período na série analisada. Esse padrão de baixos coeficientes entre os grupos etários mais jovens e altos no grupo idoso (50 anos e mais) é estruturalmente semelhante ao padrão das curvas do município do Rio de Janeiro a partir de 1968. Essa concordância é confirmada com a inversão das razão dos coeficientes 60 e mais anos / 0-9 anos, como mostrada na figura 38.

A partir destas observações podem-se definir três padrões de distribuição de casos por idade relacionados com o estágio da evolução da endemia. Um padrão em expansão, um intermediário e um de estabilização. A observação da modificação das curvas segundo os períodos, verificada no município do Rio de Janeiro, com alta concentração de casos nas faixas jovens estaria mostrando o padrão da fase de expansão. A fase intermediária seria, portanto, caracterizada pela contribuição dos indivíduos na fase produtiva (20-49 anos). Por último, na fase de estabilização da endemia, por conta dos idosos.