

**MEIO AMBIENTE E HANSENIASE: ESTUDO DE CASOS NO ENTORNO DAS
ANTIGAS COLÔNIAS ISOLATÓRIAS DO PRATA E MARITUBA,
MICRORREGIÃO BRAGANTINA – PARÁ**

FURTADO, A. M. M. ¹

MONTEIRO, J. A. C. ²

SILVA, D. M. M. ³

¹ Profa. Adjunta da UFPA
amedfurt@ufpa.br

² Graduado em Geografia

³ Graduado em Geografia

O trabalho objetiva mostrar como ainda é preocupante a incidência da hanseníase no Estado do Pará, que só em 2005, registrou cerca de 500 casos na capital. Isso mostra que o Brasil que tinha como meta eliminar a doença, como problema de saúde pública, no século XXI ainda apresenta cerca de 3,88 casos por 10.000 habitantes, cifra bastante elevada, e cuja prevalência se encontra nas regiões Centro Oeste e Norte. Tida como doença das mais antigas (2.600 a.C.) conhecida na Ásia e na África, teve sua penetração no Brasil somente no século XVII, no Rio de Janeiro. A doença considerada crônica provém de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Tem capacidade de infectar grande número de indivíduos, como é responsável pelo alto poder incapacitante com manifestações dermatoneurológicas com limitações físicas e psicológicas pelo caráter estigmatizante. Suas formas clínicas são classificadas como: Indeterminada, Tuberculóide Dimorfa e Virchoviana e apresentam diagnósticos diferenciados, sendo as duas últimas mais graves e transmissíveis. O avanço do conhecimento científico vem alcançando resultados positivos, com detecção precoce e cura de muitos casos pelo tratamento poliquimioterápico por períodos de até 3 anos nos casos graves. A doença é considerada endêmica nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, com maior disseminação nas áreas tropicais e subtropicais. Antes tratada em asilos isolatórios (colônias) estes foram abolidos no Brasil, substituído pelo tratamento ambulatorial com prescrições de acordo com as formas clínicas. Os antigos asilos criados respectivamente em 1921 (Colônia do Prata) Município de Igarapé-Açu a 116 km de Belém e em 1924 (Colônia de Marituba) município do mesmo nome (22 km de Belém) sofreram desativação total e parcial na década de 90, o último, continua funcionando precariamente. A metodologia incluiu bibliografia alusiva ao assunto, visita aos ambulatórios, ao Serviço de Saúde, conversa com ex-internos, e famílias que abrigam doentes em tratamento, ou não. Os resultados obtidos mostram que a desativação foi improfícua ocorrendo em seus entornos elevada proliferação da doença. A promiscuidade de famílias que coabitam domicílios pequenos e insalubres às vezes de um só cômodo, foi constatada, o que vem sucedendo junto as ex-colônias dado a influência do processo migratório na Bragantina através das rodovias Belém-Bragança e Belém-Brasília. Esse aumento demográfico vem culminando com o aumento da população infestada entre os anos de 1999 a 2006.

Palavras-chaves: Geografia da saúde. Meio ambiente. Hanseníase.

**ENVIRONMENT AND HANSENIASIS: CASES STUDY IN THE SURROUNDINGS
OF THE ANCIENT ISOLATION COLONIES OF PRATA AND MARITUBA,
BRAGANTINA MICRO-REGION - PARÁ**

FURTADO, A. M. M. ¹

MONTEIRO, J. A. C. ²

SILVA, D. M. M. ³

¹ Adjunct Professor at UFPA

amedfurt@ufpa.br

² Graduated in Geography

³ Graduated in Geography

This paper aims to show how it is still concerning the incidence of hanseniasis in the State of Pará, which in 2005, has registered some 500 cases in its capital. It shows that Brazil, which has aimed to eliminate such a disease as a matter of public health, in the 21st century still faces around 3.88 cases per 10,000 inhabitants (such a high number), with prevalence in the Center-West and North regions. Well-known as one of the most ancient diseases (2600 B.C.) in Asia and Africa, it was introduced to Brazil only in the 17th century, in Rio de Janeiro. This disease, considered chronic, is caused by infection for *micobacterium leprae* or Hansen Bacillus. It is able to infect a large number of individuals and is responsible for the high incapacitating power with skin and neurological manifestations, physical and psychological limitations for its stigmatizing character. Its clinical forms are classified as: Undetermined, Tuberculoid Dimorphic and Virchowian and present differential diagnoses, being the two last ones the most serious and transmissible ones. The advance of scientific knowledge has been reaching positive results with early detection and cure of many cases by poli-chemotherapeutic treatment for periods of even 3 years in the most serious cases. It is considered endemic in underdeveloped and on development countries with a higher dissemination in tropical and sub-tropical areas. Treated in isolation asylums before (colonies), those were abolished in Brazil, substituted by sanitarium treatment with prescription according to its clinical forms. The former asylums created, respectively, in 1921 (Colônia do Prata) at the Municipality of Igarapé-Açu (116 km from Belém) and in 1924 (Colônia de Marituba), at the Municipality with the same name (22 km from Belém) have undergone total and partial deactivation during the 90's (the last one is still precariously working). Methodology included bibliography about the matter, visit to sanitariums, the Health Service, talking to former inwards and to families that house sick individuals under treatment or not. The results obtained show that deactivation was useless as in its surroundings there was a high proliferation of the disease. Promiscuity of families that inhabit in very poor and little houses (sometimes, with just one compartment) has been acknowledged, what has been happening to the former colonies due to the influence of the migratory process at the Bragantina micro-region through Belém-Bragança and Belém-Brasília roads. This demographic raise has culminated with the raise of infected population between 1999 and 2006.

Key-Words: Geography of health. Environment. Hanseniasis.

MEIO AMBIENTE E HANSENIASE: ESTUDO DE CASOS NO ENTORNO DAS ANTIGAS COLÔNIAS ISOLATÓRIAS DO PRATA E MARITUBA, MICRORREGIÃO BRAGANTINA – PARÁ

FURTADO, A. M. M. ¹

MONTEIRO, J. A. C. ²

SILVA, D. M. M. ³

¹Profa. Adjunta da UFPA
amedfurt@ufpa.br

²Graduado em Geografia

³Graduado em Geografia

Introdução

A grande incidência da Hanseníase no Estado do Pará nas primeiras décadas do século XX, levou às autoridades sanitárias à necessidade de implantação de uma unidade referencial de tratamento da doença, através do isolamento.

Dentre as cidades paraenses com maior foco de ocorrência estavam a capital Belém Bragança (zona Bragantina), Soure (Ilha do Marajó) e Cameté (Baixo Tocantins).

Em Belém o Abrigo do Tucunduba, no bairro do Guamá, instalado em 1897 para portadores de Hanseníase, Doenças Mentais e Febre Amarela, não tinha condições de comportar a grande leva de novos casos surgidos, e que perfaziam 2/3 do Estado. Foi então escolhida a colônia agrícola de Santo Antonio do Prata, as margens do rio do mesmo nome, no município de Igarapé-Açu, de onde partia um ramal de 21 km para a sede do mesmo. Esta constituía uma das cidades “ponta de trilho” da antiga estrada de ferro Belém-Bragança, e despontava como centro regional junto com Castanhal no abastecimento de produtos agrícolas. Distanto de Belém 120 km, situada em área salubre de fácil abastecimento agrícola, tinha capacidade de receber centena de doentes. Instalada em 1921, tornou-se o principal leprosário do Estado (ARAÚJO, 1924).

Em 1924, nova colônia isolatória, foi fundada também na região Bragantina, bem mais próximo à Belém, instalada na Vila de Marituba, onde também passava a linha férrea.

Ambas as colônias funcionaram plenamente até o ano de 1992, quando o sistema isolatório começou a ser extinto no país, ficando restrito a atendimentos ambulatoriais considerando que a Hanseníase passou a ser considerada curável.

A pesquisa efetuada recentemente no entorno das duas ex-colônias, procura mostrar que a doença continua apresentando alta incidência. Condiz assim com o caráter de endemicidade nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento com elevado coeficiente de prevalência,

muito aquém das expectativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), que pretende chegar à cifra de menos de um caso por 10.000 habitantes no Brasil.

Detendo o segundo lugar no mundo na proliferação da doença, o Brasil perde apenas para a Índia (berço da Hanseníase), mas, detém o primeiro lugar na América Latina. Em território nacional os Estados das regiões centro-oeste e norte detêm os maiores números de casos, entre os quais o Estado do Pará, que apresentou cerca de 6.000 casos em apenas um ano.

A escassa bibliografia sobre as inter-relações entre o ambiente amazônico e as doenças humanas Iniguez e Toledo (1998), Pignatti e Martins (1999), Confalonieri (2000) e Vasconcelos *et al.* (2001), mostra a necessidade de estudos mais abrangentes que possam relacionar de forma integrada as dinâmicas sócio-ambientais características da região com os respectivos perfis epidemiológicos.

Segundo Confaloniere (2005) a produção científica nas questões de saúde na região se refere mais a medicina tropical, onde são inúmeros os trabalhos específicos de doenças tropicais onde o clima seria o grande responsável pelas doenças.

Entretanto é óbvio que os fatores sócio-ambientais aliados às condições climáticas, contribuem para a disseminação da doença, que ocorre em menor porcentagem em outros tipos de clima.

De acordo com Ferreira (2003) no estudo das relações entre clima/saúde, existem doenças associadas à tropicalidade climática no caso das doenças parasitárias transmitidas por vetores entre as quais a malária, febre amarela, a esquistosomose, e a dengue, e entre as bacterianas estão a *salmoneloses* e *shigeloses*.

No caso da hanseníase, esta se incluiria no caso de doenças tropicais associadas a problemas decorrentes da pobreza, ao atraso social e às deficiências de atendimento a saúde, como a carência de saneamento ambiental. Aí se associam doenças que envolvem também as más condições do espaço habitado. Isso denota que grande proliferação dessa doença não decorre exclusivamente da qualidade do meio climático tropical, embora sua ocorrência seja elevada nos países tropicais, em função do subdesenvolvimento.

Segundo Laurenti (1964) a hanseníase ocorre principalmente em áreas tropicais e subtropicais sendo que a prevalência indica que acima de cinco casos por 1.000 habitantes só acontece nos trópicos. Aparece em climas temperado e frio com baixa prevalência cujos valores se apresentam inferiores a um habitante por mil.

Segundo Ribeiro (2005) há enorme variação na incidência e prevalência das mais diferentes doenças e padrões de saúde sobre a superfície terrestre nas mais variadas escalas tanto a nível

mundial, quanto meso e microrregional, o que permite a contribuição da análise geográfica para o desvendamento das causas e conseqüências.

Sobral (1988) mostra a necessidade de uma visão mais crítica voltada para os fatores culturais e sócio-econômicos.

Ferreira (2003) também faz alusão aos estudos no Brasil a partir do “Encontro de trabalhos sobre Geografia da Saúde” da UGI em 1982, como uma maneira de tornar tal assunto mais democrático e mais desvinculado da classe dominante, como ocorreu nos estudos anteriores da geografia médica nos anos 70 (LACAZ, 1972). Apesar da importância desse trabalho não houve uma integração plena entre a Medicina e a Geografia, e cuja abordagem analisava individualmente os aspectos físicos, biológicos e humanos. Mesmo assim os estudos de Lacaz (1972) enfatizaram pelo menos a importância dos estudos geográficos.

O estudo ora realizado procurou inserir-se no aspecto ambiental, onde também se reflete que é fora de dúvida que a migração ligada a algumas atividades humanas é decisiva na epidemiologia de doenças infecciosas e parasitárias. Pessoa (1949) faz alusão a que todos os movimentos migratórios são importantes na disseminação de doenças, considerando que áreas que recebem migrantes ficam sujeitas ao aviltamento de salários, ao subemprego, ao baixo índice sanitário e a instrução. Por outro lado a hanseníase é considerada de distribuição cosmopolita nas áreas urbanas.

O caráter infeccioso da doença está na dependência de interação entre fatores individuais e ambientais, onde procede um longo período de incubação, o que leva a doença ser menos freqüente na infância, mas o seu acometimento ocorre em ambos os sexos.

Suas formas clínicas classificadas como Indeterminada, Dimorfa, Tuberculóide e Virchoviana, se identificam através de seus aspectos morfológicos, pelas lesões cutâneas e características bacterioscópicas. As duas primeiras apresentam bacterioscopia negativa e menos lesões enquanto as duas últimas apresentam mais de cinco lesões na pele e a última com o agravante de ser multibacilar e de conter lesões viscerais.

Conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica (1992) a Hanseníase é doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória com disponibilidade de atendimento em toda rede de serviços públicos de saúde, e cujos casos deverão ser notificados nos municípios, estados e regiões. Do mesmo modo no âmbito nacional, os indicadores são indispensáveis, junto com as fichas e boletins de acompanhamento bem como medidas de controle tratamento, prevenção e vigilância.

Apesar de todas essas implicações favoráveis, a manifestação da doença nos locais estudados continua elevada. Diante das circunstâncias, o estudo procura relacionar os casos presentes à

questão ambiental onde se incluem na problemática da doença, os aspectos sócio-espaciais grandes responsáveis por sua propagação, pobreza, falta de higiene, descaso com a enfermidade, e o abandono do tratamento, aliado ao fato de que grande parte da população advém da migração para a região Bragantina e Belém.

A forma de transmissão mais comum se processa pelas vias aéreas com a liberação de bacilos por uma pessoa infectada que ainda não teve o tratamento adequado.

Metodologia

Os procedimentos metodológicos além de uma bibliografia básica consultada, foram complementados por visitas as duas colônias, com aplicação de questionários e entrevistas a agentes de saúde, ex-moradoras, além de dados fornecidos sobre as ocorrências existentes. Na Colônia do Prata (116 km de Belém), foi preocupação constatar a incidência da doença entre 1999 a 2006, a distribuição por faixa etária, casos de cura, a profissão, e procedência dos hansenianos, condições de habitação e distribuição por sexo.

Em Marituba mais próxima a Belém (22 km) procurou-se através da pesquisa feita no Hospital ainda em funcionamento, saber quais as formas clínicas de maior incidência entre os anos 2001 e 2005, constatando-se pelas fichas dos pacientes, bem como relacionando as condições sócio-econômicas, sexo, idade, tempo de doença e tratamento segundo a distribuição por bairros.

Resultados

Na Colônia do Prata constatou-se que na população em torno de 2.886 habitantes foram registrados 209 casos, somente dentro do período estudado (1999-2000). Detectou-se 104 casos de cura e 105 em tratamento, muitos destes com maior incidência da doença em 2005, com maior frequência entre a faixa etária de 24-30 anos (FUNASA).

Tabela 1 – Incidência da doença – Janeiro de 1999 a Janeiro de 2006

Ano	Número	Percentual
1999	9	4,35
2000	8	3,80
2001	18	8,61
2002	24	11,45
2003	63	30,14
2004	23	11,06
2005	63	30,14
2006	1	0,45
Total	209	100

Fonte: FUNASA.

Em localidades no entorno da antiga área da Colônia do Prata há relativa incidência da enfermidade, mas localmente os casos são mais expressivos o que se deve ao fato de que pessoas mesmo curadas continuam residindo no local em face das moradias gratuitas. No computo geral dos 209 doentes, 164 estão na área do antigo lazareto, enquanto os demais vieram de localidades próximas.

Na entrevista com 30 hansenianos do entorno da Colônia, constatou-se que 19 viveram no lazareto e os restantes nos próprios domicílios.

Em entrevista a agente de saúde, esta referiu-se a interrupção do tratamento como uma das principais causas da manutenção da doença.

Entre os casos constatados estão 107 do sexo feminino e 102 do sexo masculino.

Na Colônia de Marituba as fichas de amostragem detectaram 394 casos em cinco anos, havendo maior proliferação das formas tuberculóides e dimorfa, com cerca de 129 e 171 casos respectivamente no período considerado.

Tabela 2 – Casos de Hanseníase no município

Ano	Indeterminada	Tuberculóide	Dimorfa	Virchowiana	Total
2001	5	30	26	9	70
2002	8	17	35	6	66
2003	13	22	36	13	84
2004	9	38	47	14	108
2005	13	22	27	4	66
Total	48	129	171	46	394

Fonte: SINANW – Dados estatísticos.

Nesta Colônia, o processo de periferização urbano é também evidente, considerando que o atual município de Marituba, é área de expansão urbana de Belém, fazendo parte de sua região metropolitana.

Considerações Finais

A quantidade de casos detectados num prazo de apenas 5 anos, mostra que em ambas as ex-colônias, se apresenta um recrudescimento da doença. Embora existam casos de cura, se detectados precocemente, e com tratamento sem interrupções a incidência de novos casos como a recidiva de outros, poderá diminuir apesar da série de implicações responsáveis por sua não erradicação, ou redução.

A carência de saneamento básico em habitações precárias, onde migrantes e moradores locais procuram nas ex-colônias o tratamento adequado para os casos mais graves, constitui o maior

foco de proliferação da doença. Sua prevenção não se faz apenas com a informação, mas com ações mais concretas das autoridades de saúde. É necessário que as campanhas sejam ininterruptas, para que a população em geral carente, procure de imediato os locais mais próximos de seu domicílio para que a contaminação exacerbada, não constitua um caso vergonhoso de saúde pública como vem acontecendo atualmente.

Referências

ARAÚJO, H.C.S. **Lazarópolis do Prata**: a primeira colônia agrícola de leprosos fundada no Brasil. Belém: DNSP, 24/06/1924.

CONFALONIERE, U.E.C. Variabilidade climática, vulnerabilidade social e saúde no Brasil. **Terra Livre**. São Paulo, ano 19, v. 1, n. 20, p. 193-204, 2003.

FERREIRA, M. E. C. **Doenças tropicais, o clima e a saúde coletiva**. Alterações climáticas e a ocorrência de malária na área de influência do reservatório de Itaipu-PR. Terra Livre. São Paulo, ano 19, v. 1, n. 20, 2003.

FUNASA. Secretaria Municipal de Saúde. **Igarapé-Açu**. Coor. PECD/DENGUE.

GUIA de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Saúde. Belém, 1992.

IÑIGUEZ, L.B.; TOLEDO, L.M. (orgs.). Espaço e doença. Um olhar sobre o Amazonas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1977.

LACAZ, J. C. *et al.* **Introdução à geografia médica**. São Paulo: E. Blucher, Unesp. 1972.

LACAZ, Carlos da Silva. **Introdução à geografia médica no Brasil**. São Paulo: USP, 1992.

LAURENTI, Ruy. **Geografia médica de algumas infecções bacterianas**. Cap. 17, 1964.

IGNATTI, M.G.; MARTINS, D.T. (orgs.). **Saúde e ambiente na região amazônica**. Cuiabá: UFMT, 1999.

RIBEIRO, Helenna (org.). **Olhares geográficos: meio ambiente e saúde**. São Paulo: Senai, 2005.

VASCONCELOS, P.F.C. *et al.* Inadequate management of natural ecosystem in the Brazilian Amazon region results in the emergence and re-emergence of arbovirus. **Caderno de Saúde Pública**, 17 (Supl.): 155-164, 2001.