

CM 154

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
CURSO DE MEDICINA

ESTUDO RETROSPECTIVO DE 94 CASOS DE HANSENÍASE NA UNIDADE
SANITÁRIA DE ITAJAÍ

Dayse Denise Bastos da Silva
Edson Luiz Brasil
Jailson Lima da Silva

§ Doutorandos da 12ª fase do curso de graduação de Medicina
da Universidade Federal de Santa Catarina.

ITAJAÍ, NOVEMBRO DE 1983

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
CURSO DE MEDICINA

ESTUDO RETROSPECTIVO DE 94 CASOS DE HANSENÍASE NA UNIDADE
SANITÁRIA DE ITAJAÍ

ITAJAÍ, NOVEMBRO DE 1983

AGRADECIMENTOS

Os autores estão agradecidos às pessoas que direta ou indiretamente, participaram da preparação do presente trabalho: Dr. Jorge Luiz Zimmermann Dr. Elisiário Pereira Neto, Dra. Ione Pereira, Dr. Douglas S. Portella e funcionários da Unidade Sanitária de Itajaí.

ÍNDICE

- I - RESUMO
- II - INTRODUÇÃO
- III - CASUÍSTICA E MÉTODOS
- IV - RESULTADOS
- V - DISCUSSÃO
- VI - CONCLUSÃO
- VII - SUMMARY
- VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I - RESUMO

No presente trabalho são estudados 94 pacientes portadores de hanseníase, em tratamento na Unidade Sanitária de Itajaí.

São analisados dados como sexo, raça, idade de manifestação e forma da doença. São enfatizados os dados clínicos que favorecem o diagnóstico, o mais precocemente possível. Comenta-se ainda o tratamento e o acometimento dos comunicantes diretos.

II - INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica determinada pelo *Micobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, com manifestações variáveis dependentes da resistência individual (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11).

A maioria dos autores refere uma quantidade mundial de 10 a 20 milhões de leprosos. E parece ser também consenso que é mais frequente em regiões temperadas e tropicais (5, 6, 9, 11). No Brasil o maior número de casos ocorre no norte, seguindo-se centro oeste, sudeste e sul. A menor prevalência é no nordeste (2, 8).

Já em relação ao sexo e idade os dados são controversos. Alguns autores relatam maior incidência no sexo masculino (2, 7, 8) e predomínio de formas mais malignas após a puberdade (1, 8), enquanto outros não consideram que fatores como sexo, idade e raça possam influir na susceptibilidade dos indivíduos perante a infecção (3, 4, 6).

A transmissão se dá por via direta, principalmente quando há contato íntimo e prolongado com pessoa acometida. Os bacilos provenientes dos exsudatos de lesões de pele e mucosas e ainda secreções de oro e nasofaringe penetram através de soluções de continuidade em pele e mucosas (2, 3, 7, 10, 11). Estudos tem sido realizadas no sentido de confirmar a transmissão por vetores e objetos contaminados (2, 11). Acredita-se que os pacientes lepromatosos e dimorfos são a maior fonte de infecção na comunidade (2, 10, 11).

As manifestações da hanseníase - dermatológicas, neurilógicas, viscerais, otorrinolaringológicas, dependem basicamente da resistência do hospedeiro. É baseada principalmente na capacidade de defesa do indivíduo acometido, avaliada pela lepromina-reação, que podemos classificar a moléstia em quatro formas de apresentação. A forma tuberculóide é aquela em que o grau de resistência é máximo e as manifestações são restritas a pele e sistema nervoso. No extremo oposto está a forma lepromatosa, em que o indivíduo tem negatividade à lepromina-reação e a doença se apresenta de maneira disseminada e com tendência a evolução desfavorável. Os dois outros grupos são indeterminado e dimorfo (2, 5, 7, 8, 9, 11, 12). - Embora cada tipo mereça descrição detalhada devida as suas características peculiares é importante ressaltar sintomas comuns a todos e que são dados chamativos para o diagnóstico da patologia em questão: dissociação periférica, ou seja, perda da sensibilidade super

ficial - térmica, dolorosa e finalmente tátil, enquanto a profunda é preservada. E ainda, além da anestesia, a anidrose e alopecia podem ocorrer nas lesões (2, 3, 6, 8).

A forma indeterminada manifesta-se principalmente por máculas hipocrômicas, eritematosas ou eritemato-hipocrômicas (1, 2, 3, 8). O número e forma das lesões é bastante variável, mas são caracteristicamente anestésicas (ou em raros casos hiperestésicas (8) e com alopecia. Nesta forma da Mal de Hansen os bacilos podem estar ausentes ou em número escasso no exame anatomo-patológica e não há perigo de contágio (6) podendo haver entretanto evolução para forma tuberculóide ou lepromatosa. Bechelli (2) refere casos raros de manifestações decorrentes do comprometimento do nervo facial - lagofthalmia e ainda conjuntivite e ceratite.

Na hanseníase tuberculóide as lesões cutâneas tórpidas - são geralmente papulares, nodosas ou infiltradas (1, 5, 7, 8, 10), com atrofia cutânea, de coloração que Sampaio et al (8) descrevem como de presunto cozido. São também anestésicas e frequentemente - associadas a espessamento nervoso que parte centripetamente da lesão (1, 3, 6, 7, 11). Em alguns casos "reacionais" as lesões podem tornar-se edematosas e eritematosas (2, 8, 12). Nesta forma os bacilos são em pequeno número e a evolução da doença é arrastada (1, 5, 6, 10). Shepard (9) refere a ocorrência de úlceras plantares, - contraturas das mãos e pés a até perda das falanges.

Na forma dimorfa as lesões podem ser do tipo tuberculóide ou lepromatoso, sendo que são na maioria das vezes acastanhadas e de limites imprecisos. O número de bacilos encontrados no exame anatomo-patológico é grande. Os pacientes são geralmente negativos para a lepromina-reação e evoluem para a forma lepromatosa quando não tratados (2, 3, 8, 11).

A forma lepromatosa é a mais grave e as manifestações se estendem a vários sistemas. As lesões dermatológicas são infiltrativas, eritematosas e maculares e surgem os lepromas (tuberosos, - papulosos e nodulares). Apresentam-se de coloração avermelhadas, - cúpricas ou hipo e acrômicas. São dados chamativos a anestesia, distúrbios da sudorese e queda dos pêlos. O acometimento infiltrativo da face associado à madarose e/ou desabamento da pirâmide nasal - confere ao paciente a chamada "facies leonina". É comum também a existência de lesões infiltrativas no pavilhão auricular, O comprometimento neurológico também aqui se faz presente e não raro, leva a consequências desastrosas tais como: atrofia muscular, paralisias mão em garra, pé caído, males perfurantes plantares, reabsorções ósseas e até mutilações. Manifestações otorrinolaringológicas são

encontradas basicamente na forma lepromatosa. As lesões infiltrantes ocorrem na mucosa nasal, oral e laringe, o que justifica a coleta de muco nasal para realização da bacterioscopia. Em pacientes não tratados muitas vezes há lesão ocular - irites, iridociclitides, ceratites e mais tardiamente cegueira. É importante ainda referir a linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, rim amilóide, esterilidade por fibrose testicular, ginecomastia e distúrbios menstruais, como outros dados que podem ser somados ao quadro da hanseníase lepromatosa (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12).

Nesta análise nos propomos a rever os achados clínicos - mais encontrados inicialmente, de maneira que consigamos alertar - para a possibilidade desta doença quando temos dados de anamnese e achados de exame físico. Lembrando sempre que o mais importante é ter em mente que a hanseníase existe e é muito frequente em nosso meio.

III - CASUÍSTICA E MÉTODOS.

Este é um estudo retrospectivo de 94 pacientes portadores do Mal de Hansen, atualmente em tratamento na Unidade Sanitária de Itajaí - S.C.

Nossa ênfase foi dada na análise dos sinais e sintomas - que se manifestaram no início da doença e aqueles que estavam presentes na data de fichamento no serviço de hanseníase, da já referida unidade.

Para o estudo elaborou-se protocolo, cujos dados foram obtidos junto aos prontuários dos pacientes.

Inicialmente os dados colhidos foram: sexo, raça e idade - em que se manifestou a doença.

Visando a possibilidade do diagnóstico precoce, levantamos os sinais e sintomas iniciais da moléstia.

Não relacionamos os sinais e sintomas a cada forma da doença porque objetivamos principalmente o diagnóstico da patologia - em si, para que desta maneira o paciente possa ser encaminhado ao centro de saúde local e seja iniciada o mais brevemente possível a vigilância epidemiológica. A caracterização da forma é, a nosso ver muito importante, mas só pode ser realizada se o diagnóstico da hanseníase tiver sido pelo menos suspeitado.

Procuramos também analisar sinais e sintomas na data do fichamento.

Consideramos o tempo decorrido entre o primeiro sintoma e a data do fichamento.

O exame histopatológico é realizado de rotina. Analisamos os resultados no sentido de verificar a frequência das formas que a doença pode se manifestar (lepromatosa, tuberculóide, indeterminada e dimorfa).

A reação de Mitsuda não foi incluída neste trabalho por falta de dados.

Finalmente, procuramos relacionar as drogas mais utilizadas no tratamento de cada uma das formas da patologia em questão.

E ainda, baseados na vigilância epidemiológica, avaliamos em cada forma da doença separadamente, o acometimento dos comunicantes diretos, ou seja, aquelas que moram na mesma casa de um portador da doença.

Quadro I - Protocolo

Sexo

Raça

Idade em que se manifestou a doença

Sinais e sintomas iniciais da moléstia

Sinais e sintomas na data de fichamento
na Unidade Sanitária

Início da sintomatologia - Fichamento na
Unidade Sanitária (tempo decorrido)

Forma da doença

Tratamento (drogas utilizadas)

Comunicantes diretos (afetados ou não)

IV - RESULTADOS

Aplicando-se a metodologia anteriormente citada, na análise de pacientes portadores de hanseníase, obtiveram-se os seguintes resultados.

Verificou-se que, dos 94 pacientes estudados, 51 eram do sexo masculino (54,25%) e 43 do sexo feminino (45,75%), como mostra a tabela I.

Tabela I - Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí, relacionado com o sexo.

<u>Sexo</u>	<u>Nº de pacientes</u>	<u>%</u>
Masculino	51	54,25
Feminino	43	45,75
<u>Total</u>	<u>94</u>	<u>100,00</u>

Na tabela II, observa-se a predominância dos pacientes de raça branca (93,61%) sobre os de raça negra (6,39%).

Tabela II - Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí, relacionado com a raça.

<u>Raça</u>	<u>Nº de pacientes</u>	<u>%</u>
Branca	88	93,61
Negra	06	6,39
<u>Total</u>	<u>94</u>	<u>100,00</u>

Analisando-se a idade em que se manifestou a doença, observou-se que é menos comum o início antes dos 10 anos de idade (1,06%) e a partir de 50 anos (12,76%). Em seis casos a idade não constava no prontuário. (Tabela III).

Tabela. III - Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí, relacionado com a faixa etária de manifestação da doença.

Faixa etária (tempo em anos)	Nº de pacientes	%
0 -- 10	01	1,06
10 -- 20	19	20,22
20 -- 30	26	27,67
30 -- 40	14	14,89
40 -- 50	16	17,02
50 -- 60	09	9,57
60 -- 70	03	3,19
Não referido	06	6,38
Total	94	100,00

Na tabela IV verifica-se que em 30 pacientes (31,92%) a primeira manifestação da doença foram as lesões cutâneas tipo máculas, pápulas ou nódulos; que em 16 (17,02%) foram parestesias dos membros superiores e/ou inferiores, em 12 (12,77%) hipoestесias dos membros superiores e/ou inferiores. Em 8 pacientes (8,51%) as manifestações cutâneas estavam associadas à hipoestesia. Outros sinais e sintomas menos frequentes foram edema e dor articular (5,32%), edema de pavilhão auricular e de membros inferiores (3,19%) e edema de face e hipoestesia perilabial (3,19%). Em 17 prontuários (18,08%) este dado estava ausente.

Tabela IV - Levantamento dos sinais e sintomas iniciais - dos pacientes portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí.

Sinais e sintomas iniciais	Nº de pacientes	%
Manifestações cutâneas (máculas, pápulas ou nódulos)	30	31,92
Parestesias de MMSS e/ou MMII	16	17,02
Hipoestesia de MMSS e/ou MMII	12	12,77
Manifestações cutâneas (supracitadas) e hipoestesia	08	8,51
Edema e dor articulares	05	5,32
Edema de pavilhão auricular e MMII	03	3,19
Edema de face e hipoestesia perilabial	03	3,19
Não referido	17	18,08
Total	94	100,00

Nos 94 pacientes analisados na data do fichamento, 74 apresentavam lesões maculares, papulares ou nodulares (78,72%), 65 anestesia, hipoestesia ou parestesia (69,14%), 41 espessamento nervoso (43,61%), 20 manifestações oftalmológicas (21,27%), 17 reabsorção de extremidades (18,08%), 17 úlceras tróficas (18,08%), 16 rigidez articular (17,02%), 16 mão em garra (17,02%), 11 madarose (11,70%), 10 atrofia muscular (10,63%), 9 pé em garra (9,56%), 7 edema de extremidades (7,44%), 6 artralgia (6,38%), 5 pé caído (5,31%), 3 mão caída (3,19%), 2 manifestações otorrinolaringológicas (2,12%), 2 facies leonina (2,12%), 1 alopecia de membros inferiores (1,06%) e 1 anidrose de membros superiores (1,06%) como podemos ver na tabela V.

Tabela V - Levantamento dos sinais e sintomas na data de fichamento dos portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí.

Sinais e sintomas na data do fichamento	Nº de pacientes	%
Lesões maculares, papulares ou nodulares	74	78,72
Anestesia, hipoestesia ou parestesias	65	69,14
Espessamento nervoso	41	43,61
Manifestações oftalmológicas(1)	20	21,27
Reabsorção de extremidades	17	18,08
Úlceras tróficas	17	18,08
Rigidez articular	16	17,02
Mão em garra	16	17,02
Madarose	11	11,70
Atrofia muscular	10	10,63
Pé em garra	09	9,57
Edema de extremidades	07	7,44
Artralgia	06	6,38
Pé caído	05	5,31
Mão caída	03	3,19
Manifestações ORL (2)	02	2,12
Facies leonina	02	2,12
Alopecia de membros inferiores	01	1,06
Anidrose de membros inferiores	01	1,06
Total	94	100,00

(1) Entre as manifestações oftalmológicas estão incluí

dos: visão turva, irite, ceratite, lagoftalmia e até cegueira.

(2) As manifestações otorrinolaringológicas encontradas se referiam ao comprometimento da laringe.

Considerando-se o tempo decorrido entre o início da sintomatologia e o fichamento na Unidade Sanitária, salienta-se que em 26,60% dos casos o período foi de 1 a 2 anos e 19,5% de 2 a 3 anos, sendo que torna-se relevante o fato de que 8 pacientes (8,51%) foram fichados somente após ter decorrido mais de 10 anos de doença (Tabela VI).

Tabela VI - Levantamento do tempo decorrido entre o início da sintomatologia e a data de fichamento dos portadores de hanseníase na Unidade Sanitária de Itajaí.

Início da sintomatologia - fichamento na Unidade Sanitária (tempo decorrido em anos)	Nº de pacientes	%
0 -- 1	11	11,70
1 -- 2	25	26,60
2 -- 3	18	19,15
3 -- 4	9	9,57
4 -- 5	8	8,51
5 -- 6	4	4,26
6 -- 7	1	1,06
7 -- 8	2	2,13
8 -- 9	2	2,13
9 -- 10	3	3,19
Acima de 10	8	8,51
Não referido	3	3,19
Total	94	100,00

A tabela VII mostra a alta frequência das formas lepromatosa (69,15%) e tuberculóide (23,40%) na hanseníase.

Tabela VII - Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí, relacionando com a forma da moléstia.

Forma	Nº de pacientes	%
Lepromatosa	65	69,15
Tuberculóide	22	23,40
Indeterminada	04	4,26
Dimorfa	03	3,19
Total	94	100,00

Enfocando-se o tratamento, observou-se que a maioria dos pacientes (74,48%) foram tratados apenas com sulfona. As associações de medicamentos foram utilizados apenas nas formas lepromatosa (23,40%) e tuberculóide (2,12%) numa minoria de casos (Tabela VIII)

Tabela VIII - Levantamento dos pacientes portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí, relacionando com as drogas utilizadas no tratamento da diversas formas da moléstia.

Drogas Usadas	Lepromatosa		Tuberculóide		Indeterminada		Dimorfa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	43	45,75	20	21,28	4	4,26	3	3,19	70	74,48
B	11	11,70	1	1,06	0	0,00	0	0,00	12	12,76
C	5	5,32	1	1,06	0	0,00	0	0,00	6	6,38
D	3	3,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,19
E	2	2,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,13
F	1	1,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,06
Total	65	69,15	22	23,40	4	4,26	3	3,19	94	100,00

A - Sulfona
 B - Sulfona Talidomida
 C - Sulfona Rifampicina
 D - Sulfona Dexametasona Rifampicina
 E - Sulfona Rifampicina Talidomida
 F - Sulfona Rifampicina Talidomida Dexametasona

A tabela IX mostra que somente os comunicantes diretos de pacientes com hanseníase lepromatosa adquiriram a patologia e isto ocorreu em 18 casos (5,07%).

Tabela IX - Levantamento dos comunicantes diretos dos pacientes portadores de hanseníase, da Unidade Sanitária de Itajaí.

Forma	Comunicantes	Afetados		Sadios		Total	
	Diretos	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lepromatosa		18	5,07	224	63,10	242	68,17
Tuberculóide		0	0,00	78	21,97	78	21,97
Indeterminada		0	0,00	21	5,92	21	5,92
Dimorfa		0	0,00	14	3,94	14	3,94
Total		18	5,07	337	94,93	355	100,00

V - DISCUSSÃO

Alguns autores (7,8), afirmam que a hanseníase é mais frequente no sexo masculino. Em nosso estudo a predominância embora comprovada (54,25%), não foi significativa. Acreditamos que seria necessário o levantamento de um número maior de casos para avaliar a frequência real em relação ao sexo.

Houve uma nítida predominância na raça branca (93,61%) embora não tenhamos encontrado na literatura referências de que este fator possa influir na susceptibilidade à doença em questão. Há que se considerar também a proporção maior de brancos em relação aos negros em nosso município.

Em nossa casuística, a doença se manifestou em qualquer idade, sendo que o maior número de casos ocorreu entre a 2ª e 5ª décadas (79,80%), embora Almeida Neto (1) afirme que o início, em geral, se dá na infância.

Prôcuramos enfatizar em nosso estudo os primeiros sinais e sintomas que possam orientar no sentido do diagnóstico precoce. Embora como dado isolado as lesões cutâneas (máculas, pápulas ou nódulos) é importante ressaltar que, sintomas neurológicos como parestesias e hipoestésias tenham sido, sozinhos ou associados a outros sintomas, aqueles que ocorreram no maior número de casos (17,02 12,77 8,51 3,19 41,49%). Cabe aqui abrir um parênteses para ressaltar que os sintomas neurológicos supracitados, mesmo quando pouco chamativos devem orientar o médico para o diagnóstico da hanseníase.

Pode-se comprovar através do estudo do quadro clínico na data do fichamento que a grande maioria dos pacientes já se apresentava com deformidades e alterações incapacitantes tais como: reabsorção de extremidade (18,08%), rigidez articular (17,02%), mão em garra (17,02%), madarose (11,70%), atrofia muscular (10,63%), pé em garra (9,57%), pé caído (5,31%), mão caída (3,19%), facies leonina(2,12). Estes dados mostram que é de valor capital o diagnóstico precoce da doença, o que certamente faria com que diminuisse o número e a intensidade das seqüelas.

É de se especular se podemos relacionar os dados acima com a tabela VI referente ao tempo decorrido entre o primeiro sintoma e o fichamento na Unidade Sanitária. Nesta vê-se que apenas 11,70% dos pacientes foram fichados com menos de 1 ano de doença, enquanto que em 85,11% o prazo foi maior que 1 ano, inclusive 8,51% acima de 10 anos

Um índice significativo de pacientes (69,15%) apresentava a forma lepromatosa, seguido pela forma tuberculóide.(23,40%). As formas indeterminada e dimorfa representam a minoria, 4,26% e 3,19% respectivamente.

A sulfona é a droga universalmente usada no tratamento da hanseníase (100%). Outras drogas tem sido administradas somente em associação com a mesma.

Acreditamos, baseados em análise realizada em 355 comunicantes diretos, que deva ser intensificada a vigilância epidemiológica daqueles relacionados a pacientes de forma lepromatosa, haja - visto que todos os relacionados às outras formas se encontravam saudios comparando-se com cifras de 5,07% afetados no primeiro caso(tabela IX).

VI - CONCLUSÃO

Em vista dos resultados obtidos durante o levantamento de dados, concluimos que:

1. Na maioria dos pacientes a doença se manifestou entre 10 e 30 anos.

2. Os sintomas e sinais iniciais principais foram os neurológicos seguidos pelos dermatológicos.

3. Quando da data de fichamento na Unidade Sanitária grande parte dos pacientes já apresentavam deformidades e alterações incapacitantes e que a maioria já tinham pelo menos 1 ano de evolução da doença.

4. A forma mais frequente foi a lepromatosa.

5. Os doentes lepromatosos são os mais contagiantes e que na exposição domiciliar o percentual de contagiosidade foi de 5,07%.

6. A maioria dos pacientes foi tratada apenas com sulfona e a associação de medicamentos foi necessário apenas em pacientes - com hanseníase lepromatosa e tuberculóide.

VII - SUMMARY

At this work are studied 94 patients with Hanseniasis at Unidade Sanitária de Itajaí.

Some data are analyzed sex, age of manifestation and form of illness. Clinical appearance that induces diagnostic are emphasized. Aspects of treatment and transmission are discussed.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA NETO, Estevam. Lepra. In: MARCONDES, Eduardo et al. Pediatria Básica. 6ª ed. São Paulo, Sarvier, 1978. V. 2, p. 1118-1121
2. BECHELLI, Luiz M. Lepra. In: VERONESI, Ricardo et al. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 6ª ed. Rio de Janeiro, - Guanabara Koogan, 1976. p. 339-361
3. DINIZ, Orastes. Manual de Leprologia. Brasília, Serviço Nacional de Lepra, 1960.
4. GROSSMAN, M. & JAVETZ, E. Lepra. In: KRUPP, M. A. & CHATTON, M. J. Diagnóstico e Tratamento. 3ª ed. São Paulo, Atheneu, 1980. Cap. 23, p. 1028-1029.
5. HINTZE. Lepra (Aussatz). In: HARTUNG, Kurt. Praktikum des Infektions - Und Impfschutzes. 2ª ed. Berlin, Verlag Hildgard Hoffmann, 1975. p. 167-169.
6. OPROMOLLA, D. V. A. Hanseníase. In: PRADO, F. C. et al. Atualização Terapêutica. 12ª ed. São Paulo, Artes Médicas, 1981. p. 675-678.
7. ROBBINS, Stanley L. Lepra. In: Patologia Estrutural e Funcional. 4ª ed, Rio de Janeiro, Interamericana, 1975. Cap.10 p.380-382.
8. SAMPAIO, S. A. P; CASTRO, R. M.; RIVITTI, E. A. Micobacterioses. In:*. Dermatologia Básica. 2ª ed. São Paulo, Artes Médicas, 1981. Cap. 22, p. 217-226.
9. SHEPARD, C. S. In: WINTROBE, M. M. et al. Harrison Medicina Interna. 7ª ed. Rio de Janeiro, Sarvier, 1977. Cap. 157, p. 801-804.

10. STUDDT, Hans H. Aussatz oder Lepra. In: -. Spezielle Infektionslehre. 5º ed. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer GmbH, 1975, Cap. 10, p. 26-27.
11. WATERS, M. F. R. Lepra. In: BENSON, P. B. & McBERMOTT, W. Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb. 14º ed. Rio de Janeiro, Interamericana; 1977. V.1, Cap. 245, p. 537-543.
12. WEINSTEIN, L. Medicamentos para a Lepra. In: GOODMAN, L. S. & GILMAN, A. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 5ºed Rio de Janeiro, Guanabara- Koogan; 1978. Cap. 60, p. 1079-1082.

**TCC
UFSC
CM
0154**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0154
Autor: Silva, Dayse Denis
Título: Estudo retrospectivo de 94 casos



972809904

Ac. 253348

Ex.1 UFSC BSCCSM