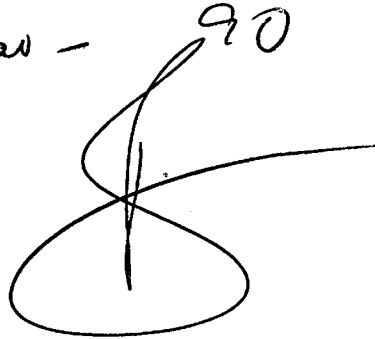


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Nota do laboratório — 90  
Nota da apresentação — 90

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

\* TUBERCULOSE PULMONAR NA INFÂNCIA:  
PISTAS DIAGNÓSTICAS

\*\* JOÃO RAMKO

\*\* LUIZ HENRIQUE FERRARESI

\* Trabalho realizado na Disciplina de Pediatria do Internato Hospitalar (11º semestre) do Curso de Graduação em Medicina.

\*\*Doutorandos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC

Florianópolis, dezembro de 1.985.

A  
Bernadete e Giovana, esposa e na  
morada, que de alguma forma con-  
tribuíram na realização deste traba  
balho.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	04
INTRODUÇÃO .....	05
CASUÍSTICA E MÉTODOS .....	06
RESULTADOS.....	07
DISCUSSÃO .....	15
CONCLUSÕES .....	20
ABSTRACT .....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22

## I - RESUMO

Foram analisadas 29 crianças com diagnóstico de tuberculose pulmonar e encontrou-se história de contato com foco tuberculoso em 17 pacientes. As principais queixas encontradas foram febre, tosse, anorexia e sudorese noturna. O exame físico não teve grande importância no diagnóstico. Não houve predomínio de sexo e todos os pacientes eram de raça branca. Os lactentes foram os mais acometidos. A localização mais encontrada, através de RX, foi o lobo superior direito. A prova tuberculínica foi positiva em 18 crianças e negativa em 9. Vinte e um pacientes não eram vacinados. O diagnóstico bacteriológico teve baixa positividade, apenas três. Cinco crianças evoluíram para óbito.

## II - INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma infecção bacteriana necrosante, com manifestações múltiplas podendo se distribuir amplamente pelo corpo (11). A sua incidência e prevalência é maior nos países subdesenvolvidos, como o Brasil, onde os recursos econômicos da população são baixos, tornando-se um importante problema de saúde pública.

Frequentemente, a infecção tuberculosa inicial, não complicada, não produz doença clínica significativa e, em geral, somente é diagnosticada quando são examinados os contatos de um foco infeccioso, ou quando progride até uma forma grave da doença (11).

O combate à tuberculose, requer do pediatra, o conhecimento da história natural da doença e os fatores que entram na rede causal da infecção. Assim, a presença ou não de foco infeccioso, as condições de saúde da criança e outros aspectos do meio em que vive, fazem parte do diagnóstico o que vai repercutir na ação tanto para prevenção da doença como no tratamento do paciente já infectado (7). E como o sucesso na atuação está na dependência de um diagnóstico correto e o mais precocemente possível, este trabalho visou buscar dados que possam conduzir o profissional mais seguramente para confirmação da hipótese diagnóstica, ou então, afastá-la.

### III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi feito uma análise retrospectiva de pacientes internados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar, no período compreendido entre janeiro de 1.980 a outubro de 1.985. A amostra consiste de 29 crianças onde foram analisados aspectos como sexo, raça e idade que variou entre 3 meses e 14 anos distribuídos conforme Quadro I. Observou-se também principais queixas, principais dados de exame físico, história de contato com foco tuberculoso e estado vacinal com BCG intradérmico. Na busca de diagnóstico foram vistos resultados de exames complementares como prova tuberculínica, pesquisa bacteriológica e exame radiológico de tórax.

#### IV - RESULTADOS

Dos 29 pacientes investigados 19 (65,51%) eram lactentes. Nas faixas etárias seguintes observou-se uma queda na incidência tendo apenas 2 (6,89%) pacientes com idade acima de 12 anos. Com relação ao sexo não se notou predominância significativa de um sobre outro, e, quanto a cor todos os pacientes eram da raça branca (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos pacientes analisados segundo sexo, raça e faixa etária

Faixa etária	Sexo				Total	%
	M		F			
	branco	preto	branco	preto		
0 ---- 2a	9	-	10	-	19	65,51
2a ---- 7a	2	-	2	-	4	13,80
7a ---- 12a	1	-	3	-	4	13,80
Mais de 12a	1	-	1	-	2	6,89
<b>Total</b>	<b>13</b>		<b>16</b>		<b>29</b>	<b>100</b>

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

Entre as queixas mais encontradas destacaram-se febre (93,10%) e tosse (72,40%). Em seguida vêm anorexia (37,90%) e sudorese noturna (31,00%). As demais queixas foram gemência, dispnéia, emagrecimento, apatia, broncopneumonia de repetição, broncopneumonia que não respondia ao tratamento habitual e infecções de vias aéreas superiores (Tabela 1).

Ao exame físico 7 pacientes tinham ausculta pulmonar nor

mal. As alterações mais encontradas foram estertores subcrepitan-  
tes, diminuição do murmúrio vesicular, roncos, sibilos, estertores  
crepítantes e sopro tubário.

Tabela I - Queixas mais encontradas

Queixa	Número de pacientes	%
Febre	27	93,10
Tosse	21	72,40
Anorexia	11	37,90
Sudorese noturna	9	31,00
Gemência	8	27,50
Dispnéia	6	20,60
Emagrecimento	6	20,60
Apatia	5	17,20
Broncopneumonia de repetição	4	13,70
Broncopneumonia que não respondia ao tratamento habitual	4	13,70
Infecções de vias aéreas superiores	3	10,30
<b>Total</b>	<b>29</b>	

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janei-  
ro de 1.980 a outubro de 1.985

A respeito do uso da vacina BCG intradérmico observou-  
se predomínio de não vacinados 21 (72,42%) pacientes contra ape-  
nas 7 (24,14%) vacinados. Um paciente não sabia informar o seu es-  
tado vacinal (Tabela 2).

Encontrou-se história positiva de contato com foco tu-  
berculoso em 17 (58,62%) pacientes distribuídos por faixa etária  
conforme Tabela 3.

Vinte e sete pacientes foram submetidos à prova tubercu



línica e observou-se forte reação (acima de 10 milímetros) em 18 (62,07%) pacientes. Nove (31,04%) foram considerados como não reatores. Desses 9 pacientes 6 tinham história de contato com foco tuberculoso (Esquema 1). Em 2 pacientes a prova tuberculífrica não foi realizada porque em 1 foi encontrado o Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) no lavado gástrico, e o outro evoluiu para óbito com um dia de internação (Tabela 4).

Tabela 2 - Estado vacinal com BCG intradérmico das crianças com Tuberculose Pulmonar

Estado vacinal	Número de pacientes	%
Vacinados	7	24,14
Não vacinados	21	72,42
Não sabia informar	1	3,44
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

Tabela 3 - História de contato com foco tuberculoso de acordo com faixa etária

Faixa etária	Positivo (%)	Negativo (%)	Não constava (%)
Lactentes	11 (37,94)	8 (27,58)	- ( - )
Pré-escolares	3 (10,34)	- ( - )	1 (3,44)
Escolares	3 (10,34)	1 (3,44)	- ( - )
Adolescentes	- ( - )	2 (6,89)	- ( - )
<b>Total</b>	<b>17 (58,62)</b>	<b>11 (37,94)</b>	<b>1 (3,44)</b>

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

Esquema 1 - Reação de Mantoux negativa

---

3 pacientes sem história de contato com foco bacilífero:

- 2 pacientes não foi possível relacionar a causa da não reação ao PPD. Tinham clínica e RX compatíveis. Foi feito esquema triplice e houve boa evolução.
- 1 paciente com desnutrição de II grau. Foi encontrado o bacilo de Kock no lavado gástrico.

6 pacientes com história de contato com foco bacilífero:

- 1 paciente com desnutrição de I grau. Tinha clínica e RX compatíveis. Foi feito esquema triplice e houve boa evolução.
- 5 pacientes com tuberculose na forma miliar:
  - 1 paciente foi encontrado bacilo de Kock no lavado gástrico. Evoluiu para óbito.
  - 4 pacientes foi feito esquema triplice e todos tiveram boa evolução.

---

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

Tabela 4 - Resultado da reação de Mantoux na investigação dos pacientes

---

Resultado	Número de pacientes	%
Reator	18	62,07
Não reator	9	31,04
Não realizado	2	6,89
Total	29	100

---

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

Dos 18 pacientes em que a reação de Mantoux foi positiva 7 já tinham sido vacinados com BCG intradérmico. No Esquema 2 é fei

to uma análise desse resultado.

Esquema 2 - Análise da reação de Mantoux positiva em relação às crianças já vacinadas com BCG intradérmico

---

7 pacientes vacinados e com reação de Mantoux positiva:

- 3 pacientes tinham sido vacinados há mais de dois anos. Foi feito esquema tríplice.
- 4 pacientes tinham sido vacinados há menos de dois anos:
  - 1 paciente tinha história de contato com foco bacilífero + clínica e RX compatíveis. Foi realizado quimioprofilaxia.
  - 3 pacientes sem história de contato com foco bacilífero, mas, com clínica e RX compatíveis:
    - 1 paciente foi feito quimioprofilaxia.
    - 2 pacientes foi feito esquema tríplice.

---

Na investigação radiológica observou-se como localização preferencial o lobo superior direito (Tabela 5).

Tabela 5 - Localizações preferenciais da tuberculose pulmonar conforme laudos radiológicos

---

Localização	Nº	%
Lobo superior direito	10	34,49
Miliar	6	20,69
Lobo inferior esquerdo	3	10,36
Lobo médio	2	6,90
Lobo superior esquerdo	2	6,90
Adenomegalia hilar	2	6,90
Língua	1	3,44
Lobo inferior direito	1	3,44
Extensa lesão pulmonar	1	3,44
Derrame pleural	1	3,44
Total	29	100

---

Em 18 pacientes foi pesquisado BAAR no lavado gástrico e o resultado foi positivo em apenas 2 (11,11%) e negativo em 16 (88,89%) pacientes (Quadro 2).

Quadro 2 - Resultado da pesquisa de bacilo de Kock no lavado gástrico

Realizados	18	Positivos 2	(11,11%)
		Negativos 16	(88,89%)
Não realizados	11		
Total	29		

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

A pesquisa de BAAR no escarro foi realizada em 7 pacientes, em 6 o resultado foi negativo e em 1 paciente foi positivo (Quadro 3).

Quadro 3 - Resultado da pesquisa de bacilo de Kock no escarro

Realizados	7	Positivo	1
		Negativos	6
Não realizados	22		
Total	29		

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

Dos 29 pacientes estudados 6 tiveram tuberculose na for

ma miliar e todos tinham história de contato com foco tuberculoso, sendo que nenhum havia sido vacinado com BCG e cem por cento evoluíram com comprometimento do sistema nervoso central. Desses 6 pacientes com tuberculose na forma miliar, 5 eram lactentes e 1 pré-escolar, e, quanto ao PPD apenas 1 apresentou reação forte. Outros 3 pacientes apresentaram envolvimento do sistema nervoso central. Na Tabela 6 é feita uma comparação entre idade, estado vacinal, localização da tuberculose, reação de Mantoux e evolução desses nove pacientes que tiveram envolvimento do sistema nervoso central.

Tabela 6 - Comparação entre localização da tuberculose, idade, estado vacinal, reação de Mantoux e evolução de cada paciente que apresentou envolvimento do sistema nervoso central

Localização	Idade	Estado vacinal	Reação de Mantoux	Evol.
Miliar	3m	Não vacinado	Positiva	Boa
Miliar	3m	Não vacinado	Negativa	Óbito
Miliar	6m	Não vacinado	Negativa	Boa
LSD*	6m	Não vacinado	Negativa	Óbito
Miliar	8m	Não vacinado	Negativa	Boa
Extensa lesão pulmonar	9m	Não vacinado	Não realizada	Óbito
LSD, LID**, LIE***	9m	Não vacinado	Não realizada	Óbito
Miliar	1a	Não vacinado	Negativa	Boa
Miliar	2a9m	Não vacinado	Negativa	Boa

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

- \* Lobo superior direito
- \*\* Lobo inferior direito
- \*\*\*Lobo inferior esquerdo

A mortalidade por faixa etária se encontra na tabela 7.

Tabela 7 - Mortalidade por faixa etária

Faixa etária	Nº de casos (%)	Nº de óbitos
0-----2 anos	19 (65,51)	4
2-----7 anos	4 (13,80)	*1
7-----12anos	4 (13,80)	-
Mais de 12 anos	2 (06,89)	-
Total	29 (100,0)	5

Fonte - Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, janeiro de 1.980 a outubro de 1.985

\* Paciente portador de Leucemia Linfoblástica Aguda

## V - DISCUSSÃO

O diagnóstico de tuberculose pulmonar na infância ba seia-se na combinação de pelo menos dois dos seguintes critéri os (1):-

- a) - teste tuberculínico positivo;
- b) - achados clínicos compatíveis com tuberculose;
- c) - história de contato com foco tuberculoso;
- d) - exame radiológico de tórax;
- e) - exame bacteriológico.

A criança está mais sujeita à primo-infecção tuberculosa pelo fato de estar mais exposta às fontes de infecção (2,9). No caso de lactentes e pré-escolares os focos de contaminação ma is freqüentes são os pais, tios, avós e irmãos mais velhos. À medi da em que a criança cresce a importância do ambiente familiar di minui, pois, aumentando o seu convívio social a criança tem mai or possibilidades de entrar em contato com outros focos bacilifferos.

A via respiratória é a mais importante porta de entrada do bacilo de Kock no organismo humano, através das gotículas de Flügge dos aerossóis provenientes da tosse de pacientes bacilífer os (2,11,12). Por isso a importância da anamnese no reconhecimen to do foco de contaminação no micro-ambiente da criança (2,7,12).

Com relação ao sexo e cor as diferenças não são significa ntes (14).

O quadro clínico na tuberculose primária é pouco expressivo. A suspeita é o primeiro e mais importante passo para chegar ao diagnóstico da doença (10). Febre com duração variável, irritabi lidade, inapetência, tosse, sudorese noturna são os sintomas ma is freqüentes (2,11,12). Sintomas pulmonares podem não existir e o exame físico do aparelho respiratório ser normal (2,7). Duas ma nifestações raras podem aparecer: eritema nodoso e conjuntivite flüctenular (2).

Um fato importante, que por vezes obriga o médico a pensar na possibilidade de processo específico, são as pneumonias de evolução lenta que podem vir associadas a hepatoesplenomegalia e não se resolvem com antibióticos em prazo habitual (2).

O exame físico pouco informa, contrastando, na maioria das vezes, um exame físico normal com achados radiológicos importantes sugestivos de tuberculose (7,11).

O grau de proteção conferido pela vacina com BCG sempre foi motivo de controvérsia. As discussões sobre estes resultados contraditórios faziam referência, principalmente, à falta de vacina padronizada e a não uniformidade da técnica de aplicação. A Organização Mundial de Saúde recomenda a vacinação dos recém-nascidos nos países de alto risco de infecção tuberculosa, pois acredita que a proteção a este grupo etário é muito alta (6). No Brasil vigora a orientação de vacinar crianças de zero a quatro anos sendo o grupo prioritário os menores de um ano.

Vários estudos têm comprovado que a vacinação com cepa eficaz de BCG causa diminuição na incidência da doença clínica, e as crianças que se tornam enfermas apresentam formas menos graves de tuberculose. A doença meningea e miliar em crianças jovens é rara após a vacinação com BCG (12,13). A meningite é a mais séria complicação da tuberculose, e a maior causa mortis em crianças com esta doença, sendo uma complicação precoce e manifestando-se, geralmente, nos seis primeiros meses de infecção (13).

Na Suécia, onde a vacinação foi suspensa em 1.975, houve aumento de 4 vezes na incidência de tuberculose pulmonar, miliar e de meninge entre a população infantil não vacinada (6).

As curvas de mortalidade mostram o pico nos primeiros três anos de vida devido à deficiência relativa de imunidade celular que caracteriza este período de vida (12).

Neste estudo observou-se 5 casos de óbito, 4 pacientes eram lactentes e 1 pré-escolar portador de Leucemia Linfoblástica Aguda.

O uso de BCG em programas de vacinação encontra resis-



tência no fato de que a positividade tuberculínica é induzida pelo BCG, destruindo, assim, o maior indicador de infecção inicial, consideração importante em áreas de baixa prevalência (12,13). No entanto, crianças não infectadas devem ser protegidas por meio de vacinação com BCG o mais próximo possível do nascimento, nas regiões onde é alto o risco de infecção (3).

Nesta análise observou-se que dos 29 pacientes, 21 não tinham sido vacinados. Desses 21 pacientes, 9 tiveram envolvimento do sistema nervoso central, sendo que 6 tinham tuberculose na forma miliar, e todos com idade inferior a três anos.

O teste tuberculínico dá uma estimativa global da frequência de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (15).

Deve-se adotar o seguinte critério de interpretação dos resultados da Prova Tuberculínica Padronizada:

**REATOR FORTE** - induração igual ou maior que 10 milímetros. Na interpretação de reator forte é conveniente lembrar dois pontos importantes: o primeiro é se há antecedentes de vacinação por BCG intradérmico. Neste caso, em se tratando de crianças em idade escolar, há 80-90% de possibilidade de que a viragem tuberculínica seja pós-vacinal (16). O segundo é se há conhecimento de resultados tuberculínicos prévios. Se a positividade da prova se verificar no decorrer dos últimos dois anos ou no último ano, trata-se sem dúvida de viragem tuberculínica e, portanto, com maior probabilidade de infecção ou doença atual. Se a prova tuberculínica, repetida no decorrer dos últimos anos, se manteve sempre positiva, ou não existem informações sobre provas anteriores, o paciente, deve ser considerado como portador de uma infecção progressiva ou atual. Em qualquer das hipóteses, exames complementares serão necessários (16).

**REATOR FRACO** - o diâmetro de induração está entre os limites de 5 a 9 milímetros. Após afastar falhas técnicas merece investigar uma possível infecção tuberculosa inicial sem que tenha desenvolvido ainda plenamente a alergia tuberculínica. Reator fraco acompanhado de sintomatologia e história de contato com foco infeccioso, requer investigação com exame radiológico e pesquisas bacteriológicas adequadas (8). Os resultados falso-negativos podem o-

correr em 15-20% dos pacientes com tuberculose clínica, se os linfócitos T sensibilizados estiverem temporariamente deprimidos (11, 12). As principais causas de hiporeatividade ao PPD são: neoplasias, tuberculose miliar, sarcoidose, viroses (sarampo, febre-amarela), amiloidose, hipotireoidismo, hanseníase virchoviana, corticosteróides, citostáticos, vacinas virais (sarampo, poliomielite, febre amarela) e alcoolismo agudo (4).

**NÃO REATOR** - os limites de induração ficam entre zero a 4 milímetros. É considerado não infectado pelo bacilo tuberculoso, exceção aos pacientes que possuem deficiência de imunidade celular.

A prova tuberculínica não é realizada nos dois primeiros meses de vida, pois, a sensibilidade alérgica só aparece, geralmente, 4 a 6 semanas após a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (17).

O grande valor do teste tuberculínico se baseia no fato de que a quase totalidade dos doentes apresentam reações de 10 milímetros ou mais, e o seu valor é inestimável quando aplicado em crianças não vacinadas pelo BCG (8).

O exame radiológico tem grande importância no diagnóstico. A visualização radiológica do foco ganglionar é mais fácil. A localização mais freqüente é no pulmão direito. Geralmente o processo é de evolução lenta, permanecendo a imagem visível por 6 a 8 meses ou até períodos mais longos, principalmente as atelectasias (7). Ao lado das lesões parenquimatosas, podem aparecer imagens de derrame pleural, mais freqüentes na idade escolar (7). O achado radiológico mais sugestivo, mas nem sempre o mais freqüente, é adenomegalia mediastínica unilateral (2).

A broncopneumonia também é uma das formas de acometimento pulmonar da tuberculose na infância (2).

Radiologicamente a tuberculose miliar se caracteriza por múltiplas imagens nodulares diminutas disseminadas nos dois pulmões, portanto, o conceito de miliar diz respeito ao padrão radiológico e não ao envolvimento sistêmico do paciente (2).

Somente o achado do *Mycobacterium tuberculosis* confirma o diagnóstico de tuberculose. A pesquisa do bacilo de Kock se faz

com maior facilidade no adulto, sendo de pouco auxílio no diagnóstico da doença em criança. Somente nas formas de tuberculose endobrônquica e cavitária existe maior probabilidade de se encontrar o bacilo (1,7).

A pesquisa, que deve ser feita quando há alterações pulmonares sugestivas, é realizada por processo de lavagem gástrica nas crianças menores, pelo lavado traqueal ou pelo exame de escarro quando há expectoração (1,7). O lavado gástrico é o que apresenta mais alto índice de positividade dentre os três (1), e deve ser feito apenas em crianças internadas, não se justificando a realização do exame em regime ambulatorial já que o rendimento é muito baixo (2).

## VI - CONCLUSÕES

1 - Na busca de confirmação ou de afastamento do diagnóstico de tuberculose pulmonar encontra-se subsídios importantes na anamnese como contato com foco tuberculoso, idade da criança, suas queixas e seu estado vacinal com BCG

2 - Queixas como febre, tosse, anorexia, sudorese noturna e sintomas respiratórios devem despertar no médico pediatra a possibilidade desta patologia.

3 - O exame físico é pouco expressivo na diferenciação de outras pneumopatias.

4 - O RX de tórax pode mostrar lesões que após exame físico e anamnese não se suspeitaria, sendo, às vezes, a primeira pista para o diagnóstico.

5 - As pesquisas bacteriológicas têm baixa positividade, e apresentam dificuldades técnicas principalmente em crianças de baixa idade.

6 - Em países onde é alta a prevalência de infecção, a vacina com BCG é um método eficaz na prevenção de formas graves de tuberculose.

7 - A mortalidade na infância por tuberculose apresenta cifras altas, principalmente entre lactentes, e está relacionada à imunidade deprimida. A vacina BCG reforça a imunidade celular.

8 - A reação de Mantoux tem grande valor no diagnóstico, mesmo nos já vacinados, pois deve ser analisada dentro de um contexto global e não como dado isolado. Os resultados negativos também devem ser analisados de forma não isolada, afastando-se a possibilidade de um falso-negativo em crianças que possam apresentar esse tipo de reação (resposta imune alterada).

## VIII. -- ABSTRACT

The authors analysis 29 children with diagnosis pulmonary tuberculosis and observe:

The positive epidemiologic history in 17 children.

The four protest more found: fever, cough, without hunger, nocturne perspiration.

The physical signs didn't have large importance in differential diagnosis of tuberculosis.

It didn't have predominance of sex all children was white race.

Under age more incidence was suckling - 19.

The localization more found, by RX examination, was the superior right lobe.

The tuberculin test was positive in 18 children.

Twenty one children won't vaccine.

The bacteriological diagnosis had low positiveness.

Five children evolve for death.

## VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - FILHO, P.P.G. & FONSECA, L.S. Diagnóstico Bacteriológico In: Sant'anna, C.C. & Bethlenn, N. Tuberculose na Infância, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1985, 30.
- 2 - SANT'ANNA, C.C. Formas Clínico-Radiológicas In: Sant'anna C.C. & Bethlenn, N. Tuberculose na Infância, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1.985, 33.
- 3 - MARTINS, S. Epidemiologia da Tuberculose In: Sant'anna, C.C. & Bethlenn, N. Tuberculose na Infância, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1.985, 4.
- 4 - MARQUES, R. Imunidade e Hipersensibilidade In: Sant'anna, C.C. & Bethlenn, N. Tuberculose na Infância, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1.985, 13.
- 5 - LIMA, L.J. & MADI, K. Patogenia e Anatomia Patológica In: Sant'anna, C.C. & Bethlenn, N. Tuberculose na Infância, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1.985, 18.
- 6 - MARTINS, S. & SOUZA, G.R.M. Imunização Contra a Tuberculose In: Sant'anna, C.C. & Bethlenn, N. Tuberculose na Infância, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1.985, 93.
- 7 - DIAS, Marialda, H.P. Tuberculose In: Pediatria em Consultório, Rio de Janeiro, Interamericana, 1.985.
- 8 - LUDWIG NETO, N. O. et alli. Derivado Proteico Purificado - Seu Valor no Diagnóstico e Epidemiologia da Tuberculose. Rev. ACM, Florianópolis, 14 (3): 177 - 180, set. 1.985.
- 9 - RAFFUL, M. Tuberculose Pulmonar. Rev. Residência Médica, Rio de Janeiro, 10 (8): 40-48, ago. 1.981.
- 10- MILLER, F.J.W. Tuberculosis in Children, Londres, Churchill Livingstone, 1.982.
- 11- STEAD, W.W. & BATES, J. Tuberculose In: Jhorn, G.W. Harrison Medicina Interna, 8ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1.980, 893.

- 12- PREZ, Roger Des. Tuberculose In: Beeson, P. & McDermott, W. Tratado de Medicina Interna, 14<sup>o</sup> edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1.977, 510.
- 13- KRUGMAN, W.K. Tuberculose In: Doenças Infecciosas em Pediatria, Rio de Janeiro, Interamericana, 1.979, 397.
- 14- PUSCH, C.M. et alii: Cadastramento Tuberculínico de Escolares em Diadema (SP). Rev. Div. Nac. Tuberc., 19,74: 128 - 31, 1.973.
- 15- LOUREIRO, S. Teste Tuberculínico em Área Urbana. Rev. Div. Nac. Tuberc., 17: 79-84, 1.978.
- 16- RUFINO NETO, A. et alii. Alergia Tuberculínica pós Vacinação com BCG Intradérmico e pós Infecção Natural. Rev. Div. Nac. Tuberc., 20: 18-27, 1.976.
- 17- EDWIN, L.K. Tuberculin Testing in the Pediatric Office and Clinic. Pediatrics, 64: 965-66, 1.979.

**TCC  
UFSC  
PE  
0084**

**Ex.1**

**N.Cham. TCC UFSC PE 0084**

**Autor: Ramão, João**

**Título: Tuberculose pulmonar na infância**



972802180

Ac. 253731

Ex.1 UFSC BSCCSM