

CARLA PATRÍCIA ULIANO

**PNEUMONIAS COMUNITÁRIAS: ESTUDO DE OITENTA
E UM CASOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
no Curso de Graduação em Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1998

CARLA PATRÍCIA ULIANO

**PNEUMONIAS COMUNITÁRIAS: ESTUDO DE OITENTA
E UM CASOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
no Curso de Graduação em Medicina.**

Coordenador do curso: Edson Cardoso

Orientador: Antônio Cesar Cavallazzi

Co-orientadora: Heda Mara Schimidt

FLORIANÓPOLIS

1998

Uliano, Carla Patricia. *Pneumonia comunitária: estudo de oitenta e um casos*. Florianópolis, 1998.

22 p.

Trabalho de Conclusão no Curso de Graduação em Medicina, -
Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Pneumonia 2. Acquired 3. Community

AGRADECIMENTOS

A Deus por nos permitir ter saúde.

Aos meus pais que proporcionaram minha chegada até aqui.

Aos pacientes que através do seu infortúnio permitiram a realização do trabalho.

À amiga Concceta, pessoa maravilhosa, que iniciou-me no trabalho de pesquisa em pneumologia.

À orientadora Heda, por ter sido companheira, ter trabalhado junto para a realização deste trabalho e ser sempre tão gentil.

Ao professor Antonio C. Cavallazi que orientou este trabalho.

Aos médicos da emergência do Hospital Universitário, que anônimos contribuíram para o preenchimento dos protocolos.

Aos meus amigos por todos os conselhos, auxílio e atenção dispensada. A todos que auxiliaram, os quais não lembro agora e o espaço não permite. Eles sabem quem são. Meu muito obrigado!

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Objetivo	3
3. Método	4
4. Resultados	5
5. Discussão	11
6. Conclusões	14
7. Referências Bibliográficas	15
Normas Adotadas	20
Resumo	21
Summary	22

1. INTRODUÇÃO

Pneumonia é definida como inflamação predominante ou exclusiva do parênquima pulmonar, que pode ter vários fatores causais^{1,2,3}, sendo condição comum, mais freqüente nos extremos de idade.^{1,2,3,4} É caracterizada por início abrupto, presença de tosse e febre, associadas a dor ventilatório dependente e ou dispnéia.^{1,2} No exame físico taquipnéia, crepitações fixas ou menos freqüentemente, sinais de consolidação, são fortes indicadores de pneumonia. A radiografia de tórax, sempre que possível, reforça a suspeita clínica.^{1,2}

Pneumonia comunitária é uma infecção pulmonar adquirida na comunidade, com os sintomas iniciando fora do ambiente hospitalar ou nas primeiras 72 horas de internação.⁴ Certos germes causam pneumonia comunitária com maior freqüência, porém, o agente etiológico preciso não é definido em aproximadamente 50% dos casos, mesmo após aplicação exaustiva de vários testes diagnósticos.^{3,4,5,6,7,8}

Segundo Luiz Carlos Correa e Silva et al, os achados radiológicos das pneumonias comunitárias podem ser classificadas pelos critérios anátomo-clínicos em pneumonia alvéolo ductal, pneumonia intersticial, broncopneumonia, broncopneumonia intersticial, broncopneumonia intersticial supurativa, cada qual relacionada com maior freqüência a determinados agentes etiológicos.¹ As apresentações radiológicas mais comuns da pneumonias comunitárias em pacientes não imunossuprimidos são a pneumonia alvéolo ductal e a broncopneumonia, ambas tendo como principais agentes etiológicos o *Streptococcus pneumoniae*.¹

É importante ressaltar a importância dos achados clínicos e radiológicos para

o diagnóstico da pneumonia comunitária, visto que na prática clínica o agente etiológico só é definido em poucos casos e a decisão terapêutica é empírica.^{9,10}

O *Streptococcus pneumoniae* é aceito como agente causal mais comum de pneumonia bacteriana comunitária,^{1,2,3,4,5,11,12} embora a incidência de diferentes agentes etiológicos seja dependente de vários fatores, incluindo idade do paciente, doenças subjacentes, localização geográfica, entre outros.^{13,14,15}

Pneumonia é importante causa de hospitalização, embora a maioria dos pacientes seja tratado ambulatorialmente, e a despeito da eficiência da antibioticoterapia atual, pneumonia bacteriana ainda figura como a quinta causa de morte no ocidente e a principal causa de morte entre as doenças infecciosas nos dias atuais.^{8,16,17,18,19,20,21,22}

Na atualidade não existe padrão único para tratamento empírico inicial da pneumonia comunitária, este variando de acordo com critérios da escola seguida.^{1,4,5}

Este estudo foi realizado com a finalidade de estudar características epidemiológicas, clínicas e terapêutica inicial instituída em pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, atendidos na emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

2. OBJETIVO

Estudar as características epidemiológicas, clínicas e terapêutica inicial instituída aos pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, atendidos na emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de agosto a dezembro de 1997.

3. MÉTODO

Estudo prospectivo, longitudinal, descritivo clínico de pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, realizado na emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Foram incluídos neste estudo todos os pacientes atendidos na emergência clínica do HU-UFSC, que tiveram firmado o diagnóstico de pneumonia comunitária pelo médico de plantão, baseado em critérios clínicos e radiológicos.

Foram estudados 81 pacientes através de protocolo contendo dados epidemiológicos, clínicos e terapêutica inicialmente instituída.

Consta nos dados epidemiológicos informação sobre: sexo, idade, escolaridade, renda salarial familiar.

Com relação aos aspectos clínicos avaliou-se presença ou não de tosse, expectoração (tipo), febre (temperatura maior que 38°C), dor torácica ventilatório dependente, infecção das vias aéreas superiores prévia, outros sintomas associados, co-morbidades (Diabetes Mellitus, Doença pulmonar obstrutiva crônica, Insuficiência renal crônica, Insuficiência cardíaca congestiva, esplenectomia prévia, Alcoolismo, Hospitalização no último ano) e tempo de instalação do quadro clínico.

Relato da terapêutica inicial instituída aos pacientes, e número de pacientes que necessitaram internação hospitalar.

Foram critérios de exclusão idade inferior a catorze anos e pacientes sabidamente soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

4. RESULTADOS

Dos 81 pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária atendidos na emergência do HU - UFSC, 46 eram do sexo masculino (56,78%), e 35 eram do sexo feminino (43,2%), conforme demonstrado no gráfico 1.

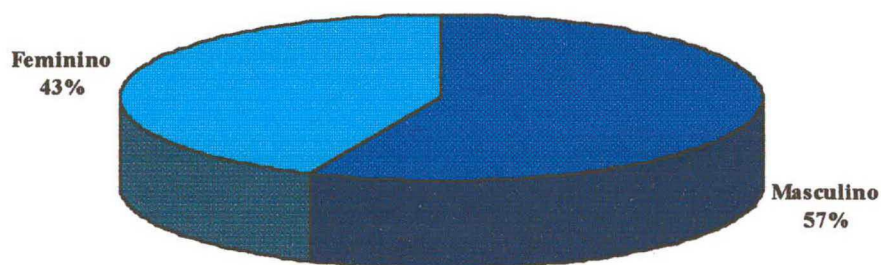


GRÁFICO 1: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição em relação ao sexo.

Os pacientes tinham entre 14 a 84 anos, sendo 12 pacientes de 14 a 20 anos(14,81%), 25 pacientes de 21 a 30 anos(30,86 %), 16 pacientes de 31 a 40 anos(19,75%), 2 pacientes de 41 a 50 anos (2,46%), 9 pacientes de 51 a 60 anos (11,11%), 4 pacientes mais de 61 anos(4,96%) e 2 não responderam (2,46%),conforme demonstrado no gráfico 2.

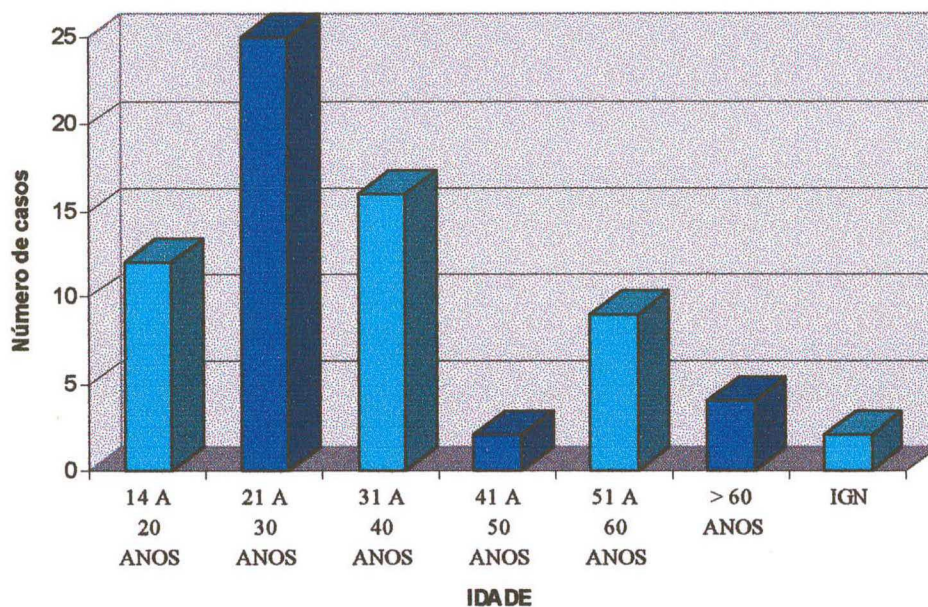


GRÁFICO 2: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição por faixa etária. IGN = Ignorado

Quanto ao nível de escolaridade, 5 eram analfabetos (6,17%), 31 possuíam o primeiro grau incompleto (38,27%), 6 o primeiro grau completo (7,4%), 4 o segundo grau incompleto (4,93%), 10 o segundo grau completo (12,34%), 3 o terceiro grau (3,7%) e a informação foi omitida por 22 (27,16%).

Quanto a renda familiar mensal, 35 pacientes ganham até 5 salários mínimos (43,2%), 13 ganham entre 5 a 10 salários (16,04%), 11 ganham mais que 10 salários (13,57%) e 22 pacientes não responderam (27,16%), conforme demonstrado no gráfico 3.

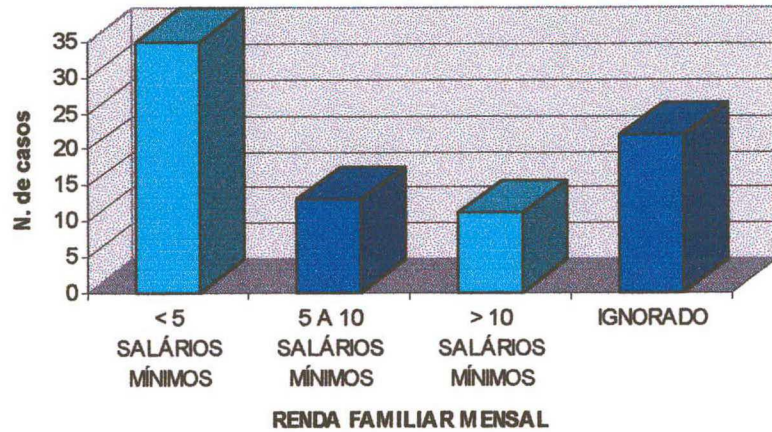


GRÁFICO 3: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição por renda familiar mensal.

Tosse esteve presente em 80 dos pacientes (98,76%), e ausente em 1 (1,23%). Entre os pacientes com tosse, esta era seca em 15 (18,75%), produtiva em 65 (80,25%). Naqueles com tosse produtiva, apresentavam expectoração purulenta 51 (78,46%), pio-hemática 8 (12,317%), não souberam especificar o tipo 6 (9,23%), conforme gráfico 4.

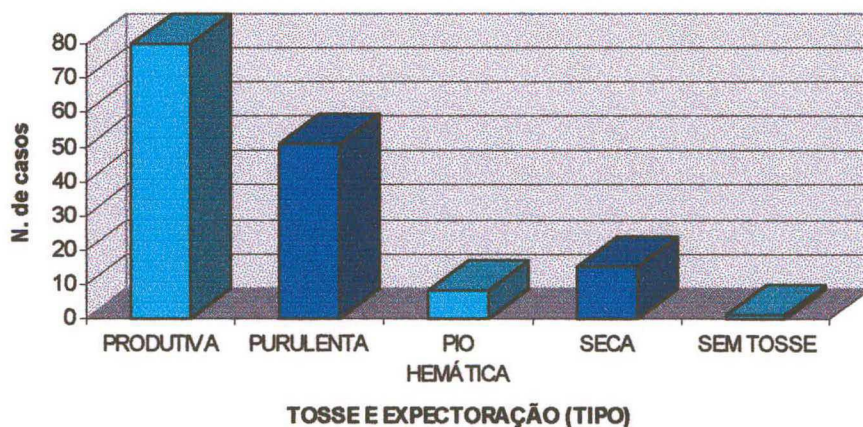


GRÁFICO 4: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição do aspecto tosse e expectoração.

Outros sintomas relatados foram febre em 67 pacientes (82,71%), dor torácica ventilatório dependente em 57 pacientes (70,37%), sintomas de infecção das vias aéreas superiores precedendo a pneumonia comunitária em 53 pacientes (65,43%).

Sintomas menos específicos como dispnéia, cefaléia, mialgia, anorexia, herpes labial, entre outros, foram relatados por um total de 46 pacientes (56,78%), conforme demonstrado no gráfico 5.

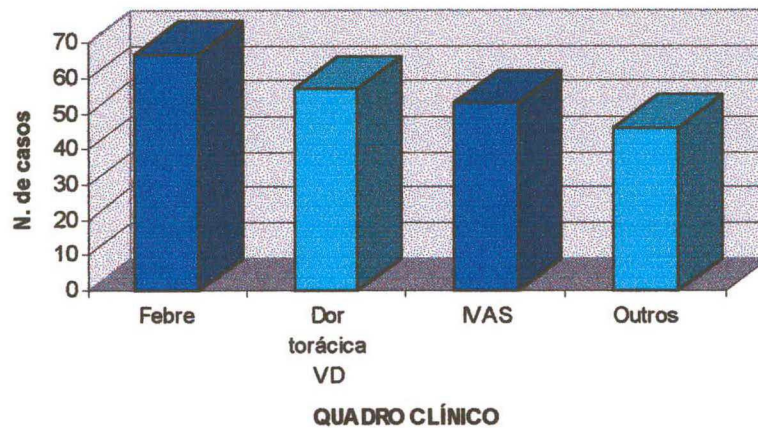


GRÁFICO 5: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição dos sintomas febre, dor ventilatório dependente, IVAS prévio e outros. VD = Ventilatório-dependente; IVAS = Infecção de vias aéreas superiores.

Co-morbidades foram relatadas por 30 pacientes(37,03%), foram em ordem de frequência, Doença pulmonar obstrutiva crônica por 12 pacientes (14,81%), Insuficiência cardíaca congestiva por 5 pacientes (6,17%), internação hospitalar no último ano por 5 pacientes (6,17%), Diabetes Mellitus por 4 pacientes (4,93%) e alcoolismo por 4 pacientes (4,93%). Ver gráfico 6.

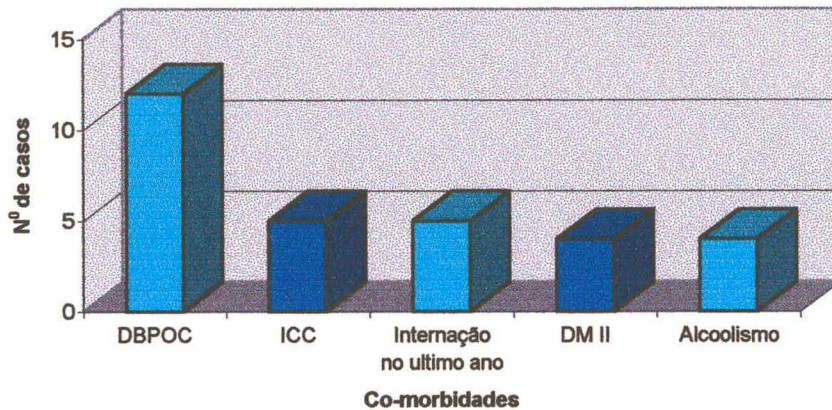


GRÁFICO 6: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição por frequência das co-morbidades. DBPOC = Doença broncopulmonar obstrutiva crônica; ICC = Insuficiência Cardíaca Congestiva; DM II = Diabetes Mellitus tipo 2

Apresentavam sintomas por um período igual ou menor a 3 dias 31 pacientes (38,27%), entre 4 a 6 dias 15 pacientes (18,51%), entre 7 a 10 dias 15 pacientes (18,51%), entre 10 a 21 dias 16 pacientes (19,75%) e mais que 21 dias 4 pacientes (4,93%). Ver gráfico 7.

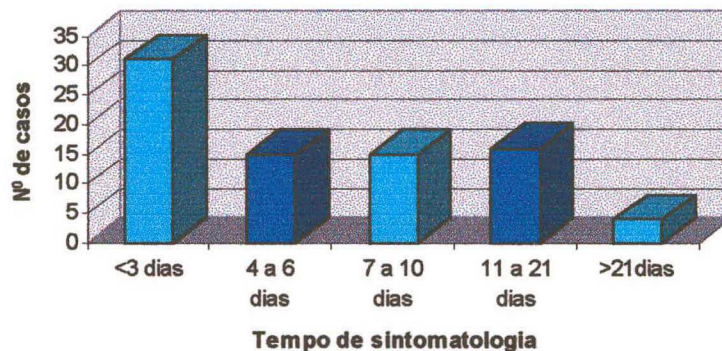


GRÁFICO 7: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição quanto ao tempo de sintomas.

A terapêutica inicial administrada foi, penicilina procaína para 49 pacientes (60,49%), eritromicina para 3 pacientes (3,7%), roxitromicina para 5 pacientes (6,17%), amoxicilina para 16 pacientes (19,75%), penicilina cristalina para 6

pacientes (7,4%). Outras drogas utilizadas foram: sulfametoxazol-trimetropim, oxacilina, cefalotina, ceftriaxone e gentamicina, Ver gráfico 8.

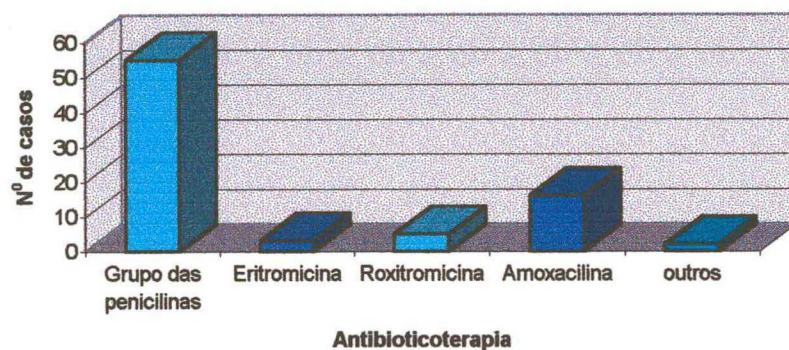


GRÁFICO 8: Pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, distribuição da frequência de antibioticoterapia

Sete pacientes foram internados para tratamento intra hospitalar (8,63%), os demais foram tratados ambulatorialmente.

5. DISCUSSÃO

A distribuição em relação ao sexo foi equilibrada, sendo 35 do sexo feminino (43,20%) e 46 do sexo masculino (56,78%).

Os pacientes possuíam idade entre 14 e 84 anos, sendo que 41 pacientes (50,6 %) encontravam-se na faixa etária de 21 a 40 anos, assim, este estudo diferiu da literatura internacional onde foi observado maior incidência de pneumonia nos extremos de idade.^{3,4} Contudo, deve-se lembrar que pacientes com idade inferior a 14 anos foram excluídos.

Dos pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária participantes do estudo, 43,2% recebiam até 5 salários mínimos, sendo que 22 pacientes (27,16%) não responderam este item.

A maioria dos pacientes (51,85%) não chegaram iniciar o segundo grau.

Tosse foi a queixa mais comum, estando presente em 98,76% dos pacientes estudados, excedendo a literatura pesquisada que relatou entre 40 a 80% a frequência da mesma^{4,23,24,25,26}. Neste estudo tosse produtiva foi encontrada em 80,24% dos pacientes, porém na literatura apenas entre 36 a 46% dos casos.^{4,23,24,26,27}

Febre foi relatada por 67 pacientes (82,70%) neste estudo, equivalente a literatura, onde este foi um sintoma muito comum, variando entre 50 a 80%.^{3,4,25,26} Deve-se lembrar que em pacientes idosos a confusão mental pode preceder a febre ou ocorrer isoladamente, sendo neste grupo importante parâmetro.^{4,5}

Dor torácica ventilatório dependente na literatura variou de 26,3 a 96% dos relatos^{4,23,24,25,26}, sendo frequentemente relacionada com a etiologia.^{23,24} Neste

estudo tal sintoma foi relatado por 57 pacientes (70,37%).

Infecção das vias aéreas superiores prévia foi relatada por 53 pacientes (65,43%), sendo este dado relatado como uma queixa comum no trabalho de Marrie T J et al.⁴ e citado em Fine M J et al.²⁵

Neste estudo 24 pacientes (29,62%) apresentavam co-morbidades, sendo, as mais freqüentes, doença broncopulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, internação no ultimo ano, diabetes mellitus, alcoolismo. Tal dado foi bastante inferior aos números relatados pela literatura que variaram de 33 a 82,8% quanto a presença de co-morbidades.^{4,25,26,28,29,30}

Apresentavam sintomas a menos de 6 dias 46 pacientes(56,78%), sendo que 31 eram sintomáticos a menos de 3 dias (38,27%), o que reforça o caráter agudo das pneumonias, segundo a literatura, comum na maioria das pneumonias comunitárias.¹

A penicilina procaína foi o antibiótico de eleição na emergência do HU-UFSC, sendo utilizada em 60,49% dos casos, seguida por amoxicilina em 16 pacientes (19,45%).

Segundo dados da literatura, a escolha do antibiótico, apesar de ser empírica, deve seguir dados obtidos de estudos que relacionam clínica, radiologia e etiologia definida.^{1,4,5} Não existem em nosso meio, estudos de etiologia das pneumonias comunitárias, e habitualmente a decisão terapêutica do médico deve se basear nos trabalhos internacionais.^{1,4,5} Foi observado, que apesar de estudos atuais não indicarem o uso das penicilinas, estas foram drogas amplamente utilizadas no HU-UFSC, em detrimento das cefalosporinas e macrolídeos recomendados.⁵

A decisão terapêutica dos clínicos da emergência do HU-UFSC, diferiu da recomendação da literatura internacional. Como já questionado anteriormente, talvez esta orientação terapêutica esteja relacionada ao custo do tratamento para

o paciente, visto que em nosso meio a penicilina é um dos poucos antibióticos fornecidos gratuitamente a população.

6. CONCLUSÕES

Entre os pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, em nosso meio:

1. 56,78% são do sexo masculino.
2. 50,6% dos pacientes encontram-se na faixa etária de 21 a 40 anos.
3. 43,2% dos pacientes recebem até 5 salários mínimos.
4. Os sintomas mais comuns são tosse, febre e dor torácica ventilatório dependente.
5. A penicilina procaína é o antibiótico mais usado, sendo prescrito em 60,49% das pneumonias comunitárias.

7. REFERÊNCIAS

1. Silva LCC, Porto NS, Moreira JS, Vieira VBG, Hetzel JL. Pneumonias. In: Silva LCC, editor. *Compêndio de Pneumologia*, 2ª edição. São Paulo: Fundação editora BYK; 1991. p. 464-81.
2. Levison ME. Pneumonia e abscesso pulmonar (Infecções pulmonares necrosantes). In: Harrison- *Tratado de Medicina Interna*, 12ª edição. São Paulo: 1992. p.1242-50.
3. Marrie TJ. Community Acquired Pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*. 1994; 18:501-15.
4. Marrie TJ. Community Acquired Pneumonia. In: Niederman MS, Sarosi GA, Glassrth J, editors. *Respiratory Infections: A Scientific Basis for Management*, edição. New York; 1994. p.125-38.
5. Guidelines for the initial management of adults with community acquired pneumonia: Diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev Resp Dis* 1993; 148: 1418-26.
6. File Jr TM, Tan JS, Plouffe JF. Community acquired pneumonia: What is need for accurate diagnosis. *Postgraduate Medicine*. 1996; 99(1):95-107.

7. Reynolds HY. Respiratory infections: Community acquired pneumonia and newer microbes. *Lung*. 1996; 174(4):207-24.
8. Cunha AB, Ortega AM. Atypical pneumonia: Extrapulmonary clues guide the way to diagnosis. *Postgraduate Medicine*. 1996; 99(1):123-32.
9. Granet KM, Wallach SL, Horvath K, Jaeger J. Chest radiographs in patients with community acquired pneumonia. *New Jersey Medicine*. 1996; 93(6):37-41.
10. Macfarlane J, Rose D. Radiographic features of staphylococcal pneumonia in adults and children. *Thorax*. 1996; 51:539-40.
11. Silva Jr J. Community Acquired Pneumonia: Is it time for the penicillin bullet to be replaced? *West J Med* 1996; 164(1):79-80.
12. Mandell LA. Antibiotics for pneumonia therapy. *Medical Clinics of North America*. 1994; 78(5):997-1015.
13. Garau J. Clinical perspectives on the management of community acquired pneumonia. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1996; 25:205-11.
14. Lieberman D, Lieberman D, Porath A. Seasonal variation in community acquired pneumonia. *Eur Respir J* 1996; 9:2630-4.
15. Chan CHS, Cohen M, Pang J. A prospective study of community acquired pneumonia in Hong Kong. *Chest* 1992; 101:442-6.

16. Leroy O, Georges H, Beuscart C, Guery B, Coffinier C, Vandebussche C, et al. Severe community acquired pneumonia in ICUs: prospective validation of a prognostic score.
17. Fine MJ, Smith DN, Singer DE. Hospitalization decision in patients with community acquired pneumonia: A prospective cohort study. *The American Journal of Medicine* 1990; 89:713-21.
18. Markowitz JS, Pashko S, Gutterman EM, Linde-Zwirble WT, Newbold III R. Death rates among patients hospitalized with community acquired pneumonia: A reexamination with data from three states. *American Journal of Public Health* 1996; 86(8):1152-4.
19. Siegel RE, Halpern NA, Almenoff PL, Lee A, Cashin R, Greene JG. A prospective randomized study of inpatient IV antibiotics for community acquired pneumonia. *Chest* 1996; 110(2):965-71.
20. Lieberman D, Schlaeffer F, Boldur I, Lieberman D, Horowitz S, Friedman MG, et al. Multiple pathogens in adult patients admitted with community acquired pneumonia: A one year prospective study of 346 consecutive patients. *Thorax* 1996; 51(2):179-84.
21. Marrie TJ. New aspects of old pathogens of pneumonia. *Medical Clinics of North America*. 1994; 78(5):987-95.

22. Campbell GD. Overview of community acquired pneumonia: Prognosis and clinical features. *Medical Clinics of North America*. 1994; 78(5):1035-49.
23. Porath A, Schlaeffer F, Lieberman D. Appropriateness of hospitalization of patients with community acquired pneumonia. *Annals of Emergency Medicine* 1996; 27(2):176-183.
24. Porath A, Schlaeffer F, Lieberman D. The epidemiology of community acquired pneumonia among hospitalized adults. *Journal of Infection* 1997; 34: 41-8.
25. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community acquired pneumonia. *JAMA* 1996; 275(2):134-41.
26. Sow O, Frechet M, Diallo AA, Soumah S, Conde MK, Diot P, et al. Community acquired pneumonia in adults: a study comparing clinical features and outcome in Africa (Republic of Guinea) and Europe (France). *Thorax* 1996; 51:385-8.
27. Leeper Jr KV. Severe community acquired pneumonia. *Seminars in Respiratory Infections* 1996; 11(2):96-108.
28. Albaum MN, Hill LC, Murphy M, Li YH, Fuhrman CR, Britton CA, et al. Interobserver reliability of the chest radiograph in community acquired pneumonia. *Chest* 1996; 110(2):343-50.

29. Almirall J, Mesalles E, Klamburg J, Parra O, Agudo A. Prognostic factors of pneumonia requiring admission to the intensive care unit. *Chest* 1995; 107(2):511-6.

30. Potgieter PD, Hammond MJ. The intensive care management, mortality and prognostic indicators in severe community acquired pneumococcal pneumonia. *Intensive Care Med* 1996; 22:301-6.

NORMAS ADOTADAS

As normas para a digitação do trabalho seguem a resolução nº 001/97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

As referências bibliográficas seguem o Estilo de Vancouver, conforme a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, com algumas adaptações.

RESUMO

Objetivos: Estudar as características epidemiológicas, clínicas e terapêutica inicial instituída aos pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária atendidos na emergência do Hospital Universitário - Universidade Federal Santa Catarina (HU-UFSC), no período de agosto a dezembro de 1997. **Método:** Estudo prospectivo, longitudinal, descritivo clínico de 81 pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária, atendidos na emergência do HU-UFSC, através de protocolo contendo dados epidemiológicos, clínicos e terapêutica inicialmente instituída. Os critérios de exclusão foram idade inferior a 14 anos e pacientes sabidamente soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana.. **Resultados:** Foram analisados 81 pacientes, sendo 43,22% do sexo feminino e 56,78% do masculino. 50,60% encontram-se na faixa etária de 21 a 40 anos. 43,2% recebiam até 5 salários mínimos. Quanto a clínica, 98,76% apresentavam tosse, 60,49% possuíam expectoração purulenta, 82,70% relatavam febre, 70,37% informavam dor torácica ventilatório dependente., 56,78% relataram sintomas a menos de 6 dias. A penicilina procaína foi usada em 60,49% das pneumonias comunitárias. **Conclusões:** 50,60% dos pacientes encontram-se na faixa etária de 21 a 40 anos. 43,2% dos pacientes recebem até 5 salários mínimos. Os sintomas mais comuns são tosse, febre e dor torácica ventilatório dependente. A penicilina procaína é o antibiótico mais usado, sendo prescrito em 60,49% dos casos.

SUMMARY

Objective: To study epidemiological and clinical characteristics, and the initial management in patients with community acquired pneumonia, evaluated at the emergency room of Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), between August, 1997 and December, 1997. **Method:** A prospective study was carried out in HU-UFSC in order to evaluate epidemiological and clinical characteristics, and the initial management of 81 patients with community acquired pneumonia, in the emergency room. Patients younger than 14 years old and HIV positive patients were excluded. **Results:** 81 patients were analyzed, 43.22% female and 56.78% male. 50.6% were aged between 21 and 40 year old. 43.2% of them received an average of 600 dollars per month. 98.76% had cough; 60.49% had purulent sputum; 82.7% had fever; 70.37% had pleuritic chest pain and 56.78% were symptomatic for less than six days. 60.49% of community acquired pneumonia were treated with penicillin procaine. **Conclusions:** 50.6% are aged between 21 and 40 year old. 43.2% of them receive an average of 600 dollars per month. The commonest symptoms are cough, fever and pleuritic chest pain. The penicillin procaine is the most frequent (60.49%) antibiotic used to treat community acquired pneumonia at HU-UFSC.

TCC
UFSC
CM
0331

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0331

Autor: Uliano, Carla Patr

Título: Pneumonias comunitárias : estud



972802892

Ac. 253487

Ex.1 UFSC BSCCSM