

## **Incapacidade em hanseníase: um estudo da realidade em nosso meio**

Aguinaldo GONÇALVES\*

SUMÁRIO — Frente à importância da reabilitação dentro do conjunto de medidas de controle e prevenção da hanseníase, são apresentados os resultados da investigação de incapacidades em uma população de doentes de nosso meio. A discussão dos mesmos e o levantamento dos recursos potencialmente existentes para o problema leva a considerações básicas sobre programas para reabilitação deste grupo de doentes.

*Unitermos:* Hanseníase. Reabilitação. Incapacidade.

### **INTRODUÇÃO**

O conceito inicial de invalidez como toda alteração anatômica ou fisiológica que incapacita um indivíduo, total ou parcialmente, de modo permanente ou temporário, para uma atividade ou uma convivência social normais, de acordo com sua idade, padrão cultural, nível econômico e grau de instrução, vem gradualmente sendo aprofundado. Atualmente o destaque envolve sobretudo o social (Vega Nunes, 36) pois as deformidades e incapacidades levam a preconceitos (Dantas, 16) que geram mecanismos reacionais do doente, os quais se tornam mais um determinante de seu comportamento social global e específico para com a própria afecção (34). No dizer de (Rotberg, 31), "a medida básica de qualquer programa preventivo racional é eliminar a corrente psico-social da lepra".

Entre outras, esta se torna, pois, uma das razões para a necessária ênfase atual no sentido de se realizarem levantamentos para, inicialmente, se conhecer a dimensão do dano e, a seguir, atuar sobre o número de incapacitados, visando à sua redução (Amaya, 1).

Constata-se que a preocupação com a assim chamada incapacidade na hanseníase se cristaliza inicialmente a nível dos setores preventivistas da Medicina, do mesmo modo que para as incapacidades relacionadas às afecções cardio-vasculares, por exemplo. Adicionalmente, também dentro da Saúde Pública tal tendência vem ultimamente sendo notada em nosso meio, provavelmente não apenas em função de ressarcimentos previdenciários, mas sobretudo à força de uma reconceituação epidemiológica da doença que focaliza sua alta infectividade, o realce genético em sua gênese e a não

(\*) Diretor-Sanitarista C.S.I. "Geraldo Paula Souza" Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (F.S.P.-USP). Docente encarregado da disciplina de Pós-Graduação Epidemiologia e Controle de Hanseníase do Departamento de Epidemiologia, F.S.P.-USP.

reclusão corretiva ou preventória de seus afetados ou contactantes (Gonçalves, 19).

A propósito dessas "incapacidades", de início, vale destacar sua conceituação e identificação semântica. "Incapacidade" implica em limitação, se não irreversível, ao menos instalada. No entanto, uma parestesia ou uma insensibilidade parcial ou discreta são identificadas com tal vocábulo, quando em realidade podem regredir, desde que tratadas clinicamente de modo adequado. Talvez menos impróprio fosse identificá-las como "incapacidades potenciais" ou "potencialidades de incapacidade".

Entrementes, se a postura inicial citada existe enquanto discurso, já não o é enquanto prática. Seja prática clínica ou prática em Saúde Pública. Raros são os exames dermatoneurológicos de uma afecção sistêmica clínica, em contrapartida à mera "revisão de doente com lepra". Decorrentemente, raras são as avaliações populacionais das incapacidades da doença.

## OBJETIVOS E METODOLOGIA

Numa tentativa de contribuir para a implantação de tal prática, define-se um projeto, a nível local, no Centro de Saúde I "Victor Araújo Homem de Mello", com os seguintes objetivos e metodologia:

1. Diagnóstico de prevalência de incapacidade em todos os doentes inscritos no Programa de Dermatologia Sanitária da Unidade, utilizando-se a ficha elaborada de acordo com os critérios do Ministério da Saúde (Brasil. 13).
2. Correlação de tais incapacidades, por extratos, com as características nosográficas e sócio-econômicas dos doentes, através de procedimento de computação eletrônica.
3. Identificação das consultas propostas para correção ou prevenção de tais limitações.
4. Levantamento dos recursos de reabilitação existentes em nosso meio, específicos e inespecíficos, mas que possam agir sobre tal clientela.
5. Proposição de programas oriundos do cotejo de tais dados.

## RESULTADOS

São apresentados a seguir sob forma tabular; a tabela 1 apresenta a distribuição percentual dos pacientes estudados por graus e sinais de incapacidade dos membros superiores e inferiores, definidos pelo critério já mencionado. Nas tabelas seguintes (de 2 a 7), tais graus de incapacidade são estudados quanto à sua distribuição pelas características sócio-culturais investigadas. A tabela 8 apresenta a distribuição percentual dos pacientes estudados por lesões oculares. Finalmente, a tabela 9 apresenta a distribuição dos doentes estudados segundo o número de incapacidades que apresentam.

## DISCUSSÃO

A distribuição dos pacientes estudados por sinais e por graus de incapacidade nos membros inferiores e superiores, mostra a existência de incapacidades em todos os graus considerados, com um número total de incapacitados confirmando assim a relevância da problemática do binômio incapacidade-reabilitação em doentes de hanseníase, ainda que em amostras não extensas como a presente.

A discreta prevalência de lesões oculares verificada, acreditamos bastante questionável, dado que não encontramos referências negativas às mesmas, sendo referidas apenas quando encontradas.

Os recursos existentes na comunidade para a reabilitação do hanseniano, revelaram-se realmente escassos, e o objetivo inicial de uma utilização em programas integrados revelou-se não factível de concretização, dependendo mais provavelmente de uma programação inter-institucional e não de apenas um investigador, a qual seja viabilizada, se não de forma vertical, necessariamente de forma integrada.

Num plano de ação neste sentido, três etapas se identificam como fundamentais:

(\*) Distrito Sanitário do Butantã, Divisão Regional de Saúde Norte Oeste, Departamento Regional de Saúde, Coordenadoria da Saúde da Comunidade, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

## QUADRO 1

## LEVANTAMENTO DOS RECURSOS POTENCIALMENTE RELACIONADOS COM A REABILITAÇÃO DE DOENTES DE HANSENÍASE

## 1. Secretaria de Estado da Saúde:

1.1 *Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados*

Serviço de Elucidação e Diagnóstico da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária — Instituto de Saúde — Av. Dr. Éneas Carvalho de Aguiar, 188  
Fone: 282-3386

— Orientação sanitária e beneficiária dos casos recém-diagnosticados

1.2 *Coordenadoria de Assistência Hospitalar:*

1.2.1 Policlínica do Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária — Av. Dr. Arnaldo, 925 — Fone: 282-2485

— Tratamento social (entrevistas, visitas, orientação e encaminhamentos)

— Laborterapia (forno de Bier e massoterapia) aos doentes que apresentam intercorrências.

— Encaminhamento dos casos que demandam reabilitação mais complexa ao Hospital "Lauro Souza Lima" (Bauru)

## 1.2.2 Hospital "Lauro Souza Lima" (Bauru)

— Programa de reabilitação (PROREAB) com equipe multiprofissional atendendo pacientes provenientes de todo o país.

TABELA 1

Distribuição percentual dos pacientes estudados por graus e sinais de incapacidade dos membros superiores e inferiores

GRAUS	SINAL EM MMSS	E	D	SINAL EM MMII	E	D
Grau 1 75,3%	Área de anestesia	59,3	55,2	Áreas de anestesia	51,0	52,6
	Úlceras e lesões traumáticas	0,5	1,0	Mal perfurante	13,9	11,9
Grau 2 27,3%	Mão em garra móvel (retração móvel)	5,7	6,2	Dedos em martelo	1,5	1,5
	Mutilação discreta	8,8	6,2	Mutilação leve	2,1	1,5
				Pé-caído	3,1	1,0
Grau 3 4,8%	Punho caído	—	—	Contratura	—	—
	Articulações rígidas	1,0	1,0	Mutilação grave	2,6	3,1

TABELA 2

Distribuição dos pacientes estudados por graus de incapacidade e por forma clínica

FORMA CLÍNICA	G R A U S		
	1	2	3
Virchowiana	75	32	7
Virchowiana reacional	2	1	0
Indeterminada	27	6	0
Tuberculóide	15	7	2
Tuberculóide reacional	20	7	0
Dimorfa	7	0	0
TOTAL (%)	146 (75,3)	53 (27,3)	9 (4,6)

TABELA 3

Distribuição dos pacientes estudados por graus de incapacidade e por tempo de evolução da moléstia

GRAUS	TEMPO DE EVOLUÇÃO		
	Até 5 anos	5 — 10	+ 10
1	86	26	34
2	27	5	21
3	1	3	5

TABELA 4

Distribuição dos doentes estudados por grau de incapacidade e por idade de manifestação da doença

IDADE	G R A U S		
	1	2	3
Até 10 anos	4	0	0
10 — 20	28	13	3
20 — 30	41	15	1
30 — 40	40	15	4
40 — 50	21	8	1
50 — 60	5	2	0
+ 60	7	0	0
TOTAL (%)	146 (75,3)	53 (27,3)	9 (4,6)

TABELA 5

Distribuição dos doentes estudados por grau de incapacidade e por sexo

SEXO	G R A U S		
	1	2	3
Masculino	91	38	7
Feminino	54	14	2
Aus. informação	1	1	0
TOTAL	146	53	9
(%)	(75,3)	(27,3)	(4,6)

TABELA 6

Distribuição dos doentes estudados por grau de incapacidade e por cor

COR	G R A U S		
	1	2	3
Branca	108	41	6
Preta	12	4	0
Amarela	4	2	1
Parda	21	5	2
Aus. informação	1	1	1
TOTAL	146	53	9
(%)	(75,3)	(27,3)	(4,6)

TABELA 7

Distribuição dos doentes estudados por grau de incapacidade e por escolaridade

ESCOLARIDADE	G R A U S		
	1	2	3
Nula	32	15	5
Rudimentar	47	16	2
Primária	50	13	0
Secundária	9	5	1
Profissional	1	0	0
Universitária	4	1	0
Aus. informação	3	3	1
TOTAL	146	53	9
(%)	(75,3)	(27,3)	(4,6)

TABELA 8

Distribuição percentual dos pacientes estudados, por lesões oculares

LESÕES OCULARES	OLHO D.	OLHO E.
Conjuntivite	1,0	1,0
Lagofitalmo	—	—
Irites ou Queratites	—	—
Visão turva	0,5	0,5
Perda grave de visão	0,5	0,5
Cegueira	—	—

TABELA 9

Distribuição dos doentes estudados segundo o número de sinais de incapacidade de membros inferiores e superiores

SINAIS DE INCAPACIDADE	D O E N T E S		
	N.º	%	% acumulado
Nenhum	41	21,1	21,1
Um	22	11,3	32,5
Dois	32	16,5	49,0
Três	7	3,6	52,6
Quatro	52	26,8	79,4
Cinco	17	8,8	88,1
Seis	9	4,6	92,8
Sete	5	2,6	95,4
Oito	2	1,0	96,4
Nove	1	0,5	96,9
Dez	4	2,1	99,0
Onze	1	0,5	99,5
Doze	1	0,5	100,0

a identificação dos problemas existentes; os objetivos a serem colimador e as ações a serem realizadas (Arvelo et al., 6, 8).

Quanto aos objetivos, para a Organização Mundial de Saúde estes se identificam com a prática da reabilitação física e mental dos doentes, para que eles possam reassumir seu trabalho; isto não é apenas prevenção ou correção cirúrgica, mas uma reintegração ativa do doente na coletividade. De fato, trata-se de processo dinâmico integrado nas diversas disciplinas profissio-

nais que, na prática, sobrepuja os limites de uma simples especialidade médica e requer a execução de trabalho coordenado de uma equipe (Arvelo et al., 7). Representa o conjunto de meios e atuações técnico-terapêuticas, psicológicas e sociais, que têm por fim restituir ao indivíduo menos capaz, uma existência satisfatória e produtiva, respeitadas as exigências da pessoa humana (Silva, 35). Em síntese, o substancial em reabilitação, sobretudo nesta década da reabilitação segundo a O. M. S.

(I.N.P.S., 22) é, partindo de uma reabilitação física (Gonzalez, 20), compreender, cirurgiões e doentes, que não se deve procurar devolver órgãos ou funções perdidas, mas aproveitar o resto das funções ou órgãos e com eles prover o doente de elementos úteis para seu uso posterior (Bragadini, 11).

Em hanseníase, a reabilitação está começando: há esperanças, mas também há dificuldades (Convit et al., 15). Historicamente, três fatores favorecem a reabilitação: a descoberta das drogas para que a doença não mais fosse incurável e de curso inalterável; a possibilidade de cirurgia reparadora, especialmente de mãos e pés, e o controle e tratamento domiciliar como base das campanhas de controle da endemia (Arvelo et al., 6, 8). Em nosso meio, (Diniz, 17) enfatizou a cirurgia reparadora, a pesquisa e o treinamento.

Mais recentemente (Lozano, 24) destaca como medida básica para tal objetivo o diagnóstico com correta informação ao paciente, para evitar os danos que podem causar as lesões primárias. Envolve, portanto, um conjunto de procedimentos efetuados por uma equipe de profissionais e auxiliares, com a participação do núcleo familiar e comunitário, e cujo eixo é o próprio doente, ao redor do qual gira todo um processo (Manzi et al., 29), lembrando-se sempre que não é só a reabilitação física que determina a adaptação a novo trabalho (Belda & Reginato, 9). Só assim se realiza um planejamento científico de reabilitação, educação sanitária, assistência social e até mesmo assistência médica em dispensários e sanatórios (Machado, 25), visando a permitir que o doente olhe o futuro como vida normal quando terminar o tratamento (Gunther, 21).

Quanto ao social, a reintegração do incapacitado na sociedade se concretiza quando este obtém emprego e permanece no mercado de trabalho, já saindo estas atividades do campo da saúde, constituindo a reabilitação profissional (Arvelo, 4, 5),

elemento imprescindível ao longo de todo o processo, pois o principal inimigo da reabilitação social do doente é a repulsa da sociedade (Garza, 26).

Quanto às ações, a reabilitação em grau variável pode beneficiar qualquer tipo de paciente, em qualquer grau de incapacidade, e a realização prática de um programa de reabilitação para incapacitados depende somente das facilidades que se possua nesse campo (Arvelo, 3). Especificamente para países não desenvolvidos, a prevenção deve ser realizada com programas de controle, tratamento domiciliar e reabilitação preventiva (Selvapadian, 33). Nesta linha de fatos (Brandão Filho, 2) preconiza como atividades fundamentais: revogação das leis de exceção e enquadramento da doença nas leis normais e regulares da saúde pública; intensa campanha de educação sanitária e de propaganda sanitária; reaparelhamento dos hospitais com instalação de oficinas de aprendizado profissional; construção de asilos para portadores de sequelas mutilantes irrecuperáveis, com conforto digno. Para tal, destacam (Borsani, 10) e (Manzi et al., 27) a necessidade de integração dos serviços de saúde já existentes.

A equipe deve ter um propósito comum, qual seja, o melhor tratamento segundo as necessidades do paciente e o trabalho a partir do diagnóstico, com plano flexível e dinâmico (Bravo et al., 14). Os Centros de Reabilitação são de manutenção cara, mas a manutenção de inválidos é mais cara ainda (Mesquita, 30).

Num programa de reabilitação para a doença, fundamental é o papel do assistente social, pois deve ele ajudar o paciente a colaborar com o programa de reabilitação, compreender sua capacidade para alcançar sua meta de reabilitação, compreender seu valor como indivíduo na sociedade, compreender as limitações físicas e planos para utilizar as habilidades restantes (Itoh & Easton, 23). Adicionalmente, os Centros de Reabilitação devem contar com uma equipe mínima (São Paulo (Estado), 32),

constituída de: ortopedista, neurologista, fisioterapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, educador sanitário e oficina necessária para seu funcionamento. O X Congresso Internacional de Lepra, Bergen, 1973, acrescenta a essa equipe o sapa-teiro especializado. A falta de recursos para manter essa equipe pode ser sanada com o preparo de pessoal; esse capital pode ser compensado diminuindo-se o número de incapacitados que mais oneram os cofres públicos. Mesquita (30), Manzi et al. (28) adicionalmente recomendam: mudança de atitude dos especialistas; distribuição de manuais de reabilitação da doença para profissionais da área de saúde; visitas a ser-

viços especializados; trabalhos científicos, publicações, divulgações.

Giordanelli (18) refere que um programa de treinamento básico-teórico deve envolver:

- Atividade de reabilitação como parte integrante das campanhas-esforço conjunto do pessoal; utilização dos Serviços Gerais de Reabilitação; o Serviço desenvolvendo programas específicos de reabilitação.
- Atividades específicas de reabilitação: prevenção de incapacidade e execução de tratamento individual dentro dos recursos disponíveis.

SUMMARY — Considering the importance of rehabilitation in the policy for the control and prevention of hanseniasis, results of an investigation of incapacities in a population of affected individuals in São Paulo are presented. Discussion of these data and the identification of the potential resources for solving the problem lead to basic considerations about programmes for rehabilitation of such patients.

*Uniterms:* Hanseniasis. Rehabilitation. Incapacity. Disability.

#### AGRADECIMENTOS

Externamos nossos profundos agradecimentos aos colegas e amigos de atuação em hanseníase, que, com tarefas diferentes mas complementares, produziram o presente documento: Dr. Miguel Dias Jorge e Nilce Gipertone Stanoga, pelo auxílio na coleta de dados, Dna. Valderes Capraro Santos, pela participação na revisão bibliográfica, Dr. Luís Carlos de Oliveira Prieto, pela leitura crítica dos originais, e Srta. Diva Arcuri pela primorosa execução datilográfica.

#### REFERENCIAS

1. AMAYA, A.C. La lepra como causa de incapacidad en El Salvador. *Dermatologia*: rev mex., 6(12):153-159, 1962.
2. ARGENTINA. Secretaria de Estado de Salud Publica. Centro de Rehabilitación del Enfermo de Lepra. Actividades del Centro de Rehabilitación del Enfermo de Lepra en su primer año de vida. *Leprologia*, 14(2):164-169, 1969.
3. ARVELO, J.J. Conceptos basicos en la re habilitación de los enfermos de Lepra. *Bol. Of Sanit. Panam.*, 81(4):355-362, 1976.
4. ARVELO, J.J. Rehabilitación en lepra. *Bol. Dermatol. Sanit.*, 8(1/4):42-47, 1964.
5. ARVELO, J.J. Significado del programa nacional de rehabilitación en el campo de salud publica. *Bol. Dermatol. Sanit.*, 8(1/4):32-35, 1964.



6. ARVELO, J.J.; CAMARAN PIETRI, A.; CONVIT, J. La rehabilitación del enfermo en lepra en la Division de Dermatología Sanitária. *Rev. Venez. San. Asist. Social*, 36(1/2):113-140, 1971.
7. ARVELO, J.J.; CONVIT, J.; SISIRUCA, C. La rehabilitación aplicada al enfermo de lepra en Venezuela. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 8º, Rio de Janeiro, 1963. *Anais. I s.1.p. I Serviço Nacional de Lepra* s.d.v.3 p.607-615.
8. ARVELO, J.J.; TROCONIS, T.; GUÉDEZ, M. Aspectos físicos, sociales y psicologicos de la incapacidad en el enfermo de lepra. *Rev. Venez. San. Asist. Social*, 36(1/2):123-140, 1971.
9. BELDA, W. & REGINATO, L.E. Aspectos da reabilitação na lepra. *Rev. Bras. Fisiot.*, 12 (1):37-46, 1968.
10. BORSANI, R. La rehabilitación del enfermo de lepra y su trascendencia actual. *Leprología*, 8 (2):149-150, 1963.
11. BRAGADINI, L.A. Rehabilitación en lepra. Punto de vista del cirujano plastico. *Leprología* 16(2):79-82, 1971.
12. BRANDÃO FILHO, A. Educação sanitária e reintegração social na lepra. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 8º, Rio de Janeiro, 1963. *Anais. s.1.p. I Serviço Nacional de Lepra* s.d
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Hanseníase: guia para elaboração de programas básicos*. s.n.t. 113p. Mimeografado
14. BRAVO LUNA, M.; CAUZZI, N.; HERRERA DE FERNÁNDEZ, M.L.F. Plan para el funcionamiento de un equipo de rehabilitación. *Leprología*, 13(1):11-15, 1968.
15. CONVIT, J.; ALBORNOZ, M.R.; ARVELO, J.J.; RASI, E.; CASTELLAZZI, Z. RIVAS, A. La Division de Dermatología Sanitária: organización y programas Rehabilitación en lepra. *Rev. Venez. San. Asist. Social*, 36(1/2): 123-140, 1971.
16. DANTAS, J.A. Incapacidades físicas em doentes de lepra no Estado de Sergipe. *Bol. Serv. Nac. Lepra*, 28(1/2):80-105, 1969.
17. DINIZ, O. Reintegração do doente na comunidade: condições de alta. In: SIMPÓSIO SOBRE PROFILAXIA DA LEPROLOGIA, Rio de Janeiro, 1962. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Leprologia, 1964. p.445-459.
18. GIORDANELLI, E. Prevencion y tratamiento de la incapacidad física en el enfermo de lepra. Programa de entrenamiento basico teorico, de acuerdo al esquema indicado por la seccion de rehabilitación de la Division de Dermatología Sanitária. *Bol. Dermas. Sanit.*, 12(3/4): 1-60, 1971.
19. GONÇALVES, A. Genética e hanseníase: uma percepção crítica de sua conceituação e evolução. *Hansen. Int.*, 2(2):153-158, 1977.
20. GONZALEZ, U M. Rehabilitación física del enfermo hanseniano. Restauración de cejas. *Dermatología: rev. mex.*, 15(3):213, 1971.
21. GUNTHER, J.R. Problemas de rehabilitación en lepra. *Rev. Sanid. Polida*, 25(1/3):50-57, 1965.
22. INPS desenvolve centros de reabilitação pro fissional. *J. Assoc. Med. Bras.*, 21(866):2, 1977.
23. ITOH, M. & EASTON, A.L. *Manual para adiestrar al personal en la rehabilitación de enfermos de lepra*. Washington, D.C.. OPS, 1963. 94p. (Publicaciones Científicas, nº 82)
24. LOZANO RIAL, M. Rehabilitación física y prevención en la lepra. *Leprología*, 18(1):34-38 1973.

25. MACHADO, P.A. Doença de Hansen e aptidão profissional. *Rev. Bras. Leprol.*, 33(1/4): 45-49, 1965.
26. MALACARA DE LA GARZA, M. La vida despues de la lepra. In: CONGRESO MEXICANO DE DERMATOLOGIA, 2.º, Guadalajara, 1963. Guadalajara, Sociedad Mexicana de Dermatología, 1965. p.334-336.
27. MANZI, R.O.; MARZETTI, A.A.; LEFÈVRE, H. *Rehabilitación en lepra*. Buenos Aires, Asociación de Caballeros Argentinos de la Soberana Orden Militar de Malta, 1966. 79p.
28. MANZI, R.O.; MARZETTI, A.A.; LEFÈVRE, H.; PACÍN, J. Encuesta de incapacidades físicas por lepra. *Leprologia*, 14(1):20-24, 1965.
29. MANZI, R.O.; ROZENWURCEL, H.J.; MAU, L.L.; BAUDINO, R.A.; MARZETTI, A.A. Integración de la rehabilitación en lepra. *Leprologia*, 18(2):135-138, 1973.
30. MESQUITA, A. Reabilitação em hansenologia. *Rev. Med. Juiç de Fora*, 15(54/60):41-43. 1974.
31. ROTBERG, A. *Noções de hansenologia*. São Paulo, Fundação Paulista contra a Hanseníase, 1977. 32p.
32. SÃO PAULO (Estado) Secretaria de Estado da Saúde. *Seminário de Diretores de hospitais de hansenianos*. Bauru, 1973.
33. SELVAPADIAN, A.J. Problemas de rehabilitación en lepra. *Rev. Leprol. Fontilles*, 7(7):683-684, 1970.
34. SERVICIO DE LEPROLOGIA "E.P. FIDANZA" & CSAN. Estudio sobre incapacidades causadas por lepra. *Leprologia*, 13(1):48-57, 1968.
35. SILVA, M.S. Reabilitação na lepra. *Rovisco Pais: rev. port. doença Hansen*, 1(3):73-90, 1962.
36. VEGA NUNES, J. Invalidez por lepra. In: CONGRESO MEXICANO DE DERMATOLOGIA, 3.º, Monterey, 1965. Monterey, Sociedade Mexicana de Dermatología, 1967.

---

Recebido para publicação em dezembro 1978