

INSTITUTO LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO UNIVERSIDADE
ESTÁCIO DE SÁ CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

JOSEANA BATISTA COSTA

PORTADOR DE HANSENÍASE MENOR DE 15 ANOS: estudo de caso

São Luís

2012

JOSEANA BATISTA COSTA

PORTADOR DE HANSENÍASE MENOR DE 15 ANOS: estudo de caso

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Vigilância em Saúde, do Instituto Laboro Excelência em Pós – Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do grau de especialista em Vigilância em Saúde.

Prof. Orientador: Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2012

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	OBJETIVO	09
3	DESCRIÇÃO DO CASO	10
4	DISCUSSÃO DO CASO	12
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
	REFERÊNCIAS	16
	APÊNDICE	17
	ANEXOS	19

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença muito antiga, com uma terrível imagem na história e na memória da humanidade. Desde a antiguidade tem sido considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude de rejeição e discriminação do doente e sua exclusão da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae* que é um bacilo. Ele foi descoberto em 1873, pelo médico Amaneur Hansen, na Noruega, em homenagem ao seu descobridor, o bacilo é também chamado de bacilo de Hansen (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico (BRASIL, 2008).

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente (forma infectante da doença MB), sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que 90% de população tenha defesa natural contra o *M. leprae* (BRASIL, 2008).

O Brasil incluiu-se entre os países com alta endemicidade da doença (OMS). A história indica que a entrada da hanseníase no Brasil aconteceu com a colonização portuguesa, desde então, a doença faz parte do quadro nosológico do país, porém, somente a partir dos anos 20 deste século é que o estado a incluiu no elenco de agravos à saúde pública. (KAWAMOTO, 1995).

Ao final da década de 40, porém, houve uma revolução no tratamento da hanseníase, com a utilização da dapsona e seus derivados. Com a evolução do tratamento, os pacientes gradativamente passaram a ser tratados em regime ambulatorial, tornando o tão estigmatizante isolamento em leprosários não mais necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Devido o tratamento com a dapsona ser demorado, dificultando o acompanhamento do doente e os bacilos começaram a desenvolver resistência ao medicamento à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1982, recomendou um novo tratamento quimioterápico para a hanseníase, que passou a ser adotado pelo Ministério da Saúde a poliquimioterapia (PQT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo Brasil (2008), antes da descoberta do tratamento da hanseníase com a PQT, o controle da doença era feito por meio de isolamento das pessoas nos hospitais colônias, o isolamento compulsório, determinado pelas autoridades federais. Essas pessoas têm direito a requerer a pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível, um direito reconhecido pelo Governo Federal que sancionou a medida provisória nº 373/07, convertida na Lei nº 11.520/2007.

Há cerca de 5 milhões de pessoas com lepra em todo o mundo, cerca de metade está recebendo antibioticoterapia. A lepra é endêmica em 53 países, incluindo a Índia, que apresenta cerca de 3 milhões de casos (FITZPATRICK, 2002).

No Brasil, há predomínio de doentes multibacilares (contagiantes). Portanto, trata-se de moléstia de muita importância em nosso meio, pois ainda é grande problema em saúde pública (VERONESI, 2005).

A meta para eliminação da hanseníase, estipulada pela OMS é assumida pelo Brasil é de menos de um doente em 10.000 habitantes, até o ano 2005. (HANSENÍASE, 2001).

Segundo Tonelli; e Freire (2000), a hanseníase é doença de notificação compulsória em todo o território nacional, tornando obrigatória, por lei, a investigação epidemiológica dos casos constatados. A investigação epidemiológica compreende o exame das pessoas que convivem ou coviveram com o doente no domicílio, qualquer que seja a sua forma clínica, com a finalidade de encontrar sua fonte de infecção ou caso-índice, e novos casos oriundos da mesma fonte.

É moléstia altamente incapacitante e em alguns doentes compromete as vísceras, além disso, o temor, a vergonha e o estigma psicossocial a tornam impar em saúde pública e muitas vezes não é notificada. Portanto, não se sabe o número exato de doentes (VERONESI, 2005).

A subnotificação dos casos pelos profissionais de saúde ainda é um dos problemas encontrados na nossa saúde pública, sendo este portador um disseminador da patologia. E a informação não chega ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O Brasil é considerado pela OMS como de alta endemicidade. Em 2003, a OMS refere que o Brasil ultrapassou a Índia e assumiu o primeiro lugar, com a maior taxa de prevalência (4,4 por 10.000). Os números oficiais demonstram que entre os doentes brasileiros, 51% são multibacilares (contagiantes), enquanto na Índia, que

tem prevalência 3,2 por 10.000, apenas 36% dos doentes são multibacilares (VERONESI, 2005).

Segundo Azulay (2006), no Brasil, a prevalência é de 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes (MS/2000). O perfil epidemiológico da hanseníase mostra que não há predileção por sexo ou raça, e a incidência em menores de 15 anos é de aproximadamente 10% dos casos.

Seu período de incubação é muito longo, frequentemente dura de três a cinco anos. Esta doença é transmitida diretamente de pessoa a pessoa, entretanto, é necessário um longo período ou exposição, e apenas uma pequena parcela de população é acometida. A transmissão se dá sempre de uma pessoa não tratada para outra por meio das vias respiratórias ou pela pele (lesões) (FIGUEIREDO, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, 2008, os principais sinais e sintomas da doença são: manchas esbranquiçadas (hipocrômicos), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade; pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos; diminuição ou queda de pêlos; falta ou ausência de sudorese; dor e ou espessamento de nervos periféricos, entre outros.

De acordo com o manual de Hanseníase (2001), as formas de manifestação clínica da hanseníase são quatro: indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa. A partir da forma indeterminada, e dependendo do sistema imunológico da pessoa, a hanseníase pode evoluir para as demais formas de manifestação clínica, como veremos abaixo:

- A forma indeterminada caracteriza-se, clinicamente por manchas esbranquiçadas na pele (hipocrômicas), únicos ou múltiplos, de limites imprecisos e com alteração de sensibilidade.
- A forma tuberculóide caracteriza-se, clinicamente, por lesões em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, ou por manchas hipocrômicas nítidas, bem definidas.
- A forma virchowiana caracteriza-se, clinicamente pela disseminação de lesões de pele que podem ser eritematosas, infiltrativas, de limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica. Pode haver infiltração difusa da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios (madarose).

- A forma dimorfa, clinicamente, oscila entre as manifestações da forma tuberculóide e as de forma virchowiana. Pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, sem ou com raros bacilos, ao mesmo tempo que lesões infiltrativas mal delimitadas, com muitos bacilos.

É considerado um caso de hanseníase a pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características: lesões ou áreas da pele com alteração de sensibilidade, acometimento neural com espessamento de nervo (acompanhado ou não de alteração de sensibilidade e/ou de força muscular) e baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae* (HANSENÍASE, 2001).

A classificação de hanseníase é feita em função do número de lesões na pele, proporcional a quantidade de bacilos que a pessoa desenvolve. Até cinco lesões de pele a forma é paucibacilar (PB) e o esquema de tratamento é a Rifampicina e Dapsona com duração do tratamento de 6 doses em até 9 meses. Outras pessoas desenvolvem formas mais graves da doença, apresentando muitas lesões e bacilos, é a forma multibacilar da doença (MB), com esquema de tratamento com as drogas Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, com 12 doses em até 18 meses, esta classificação de PB e MB será dada pelo profissional de saúde no momento do diagnóstico (BRASIL, 2008).

Muitos pacientes passam anos com sinais e sintomas, consultam médicos, por vezes dermatologistas, e não são diagnosticados. Outros pacientes recebem o diagnóstico já com sequelas permanentes e perdem um tempo precioso de tratamento e prevenção de incapacidades (BRASIL, 2008).

A cura da hanseníase é a morte do bacilo, e o início do tratamento interrompe a transmissão. É confortante para os doentes saber que não há mais risco de contágio para a família, amigos e colegas, assim como a certeza da cura após o término do tratamento. No entanto, os quadros reacionais apresentados por um percentual significativo de pessoas acometidas pela doença, cujo tratamento não garante o completo restabelecimento da condição de saúde anterior, podem resultar em doenças e incapacidades que são percebidas como a manutenção da doença (BRASIL, 2008).

A neurite hansênica é, muitas vezes, intensamente dolorosa, e é um dos maiores fatores de risco para o aparecimento de incapacidades. O acometimento neurológico ocorre em qualquer das formas clínicas, entretanto, na forma indeterminada não observamos distúrbios motores e tróficos. Algumas vezes, a

sintomatologia neural pode constituir a única manifestação da doença (forma neural pura) (FIGUEIREDO, 2003)

O estado de Mato Grosso é considerado hiperendêmico (coeficiente ou detecção de 14,82 casos), no ranking do país seguem-se Roraima (9,99), Pará (6,67), Rondônia (8,65) e Maranhão (7,34), segundo o Programa Nacional de Controle da hanseníase de Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) (MACHADO, 2008).

Os quadros reacionais da hanseníase podem ocorrer antes, durante ou após a instituição do tratamento específico. Os dois tipos de reações hansênicas são reação tipo I ou reação reversa e reação tipo 2, ou eritema nodoso hansênico refletem o processo inflamatório imunomediado, envolvendo distintos, mecanismos de hipersensibilidade (FIGUEIREDO, 2003).

O plano do Ministério da Saúde até 2010 é priorizar o combate à doença nas áreas críticas, oferecendo diagnóstico precoce e tratamento oportuno, especialmente aos pacientes com menos de 15 anos (MACHADO, 2008).

Devido casos de hanseníase em menores de 15 anos de idade representar para a saúde um coeficiente de detecção precário, devido a doença levar em média 5 anos para se manifestar, descreveremos um estudo de caso que visa relatar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de uma criança (11 anos) portadora de hanseníase.

2 OBJETIVO

Estudar caso de um portador de hanseníase menor de 15 anos de idade.

3 DESCRIÇÃO DO CASO

O estudo de caso ocorreu no período de fevereiro/2011 á janeiro de 2012 sobre um portador de hanseníase menor de 15 anos de idade no município de Matinha que se encontra a uma distância de 220 km da cidade de São Luís-MA, situa-se do lado direito da rodovia MA- 014 tendo ao norte como limite o município de Olinda Nova do Maranhão e ao sul o município de Viana, com uma população estimada pelo IBGE de 21.885 habitantes. As condições precárias de moradia, o baixo poder aquisitivo e baixo grau de instrução são condições que resultam em uma alta vulnerabilidade dessa população ás doenças sexualmente transmissíveis, aos agravos crônicos degenerativos, ás doenças infecto- contagiosas e as endemias em geral.

Identificação: R.S.S.J, nascido em 31.08.2000, 11 anos, filho de R.S e R.S, reside no povoado de Itans (zona rural) com aproximadamente 18 km de distância do centro da cidade de Matinha, cursando a 5 série do ensino fundamental.

Queixa Principal: “Mancha na perna”

Sobre a doença: Há 6 meses o cliente veio apresentando lesão cutânea hipocrômica em face externa da perna esquerda, inicialmente de pequeno tamanho que vinha aumentando progressivamente, percebe ser dormente, realizou várias consultas médicas sem êxito.

A mãe do menor relatou que já houve caso na família, o avô paterno do cliente havia se tratado da doença há anos.

Ao Exame: Observado presença de lesão dermatológica hipocrômica, localizada na parte média da face externa da perna esquerda medindo 4,5 x 3,5 cm. Com pesquisa da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil ausentes, com queda de pelos na lesão.

Realizado palpação dos troncos de nervos periféricos com oito nervos comprometidos (em anexo A).

Diagnóstico: Realizado pela Dr. Conceição de Maria S. de Assis (CRM 664), no Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo localizado na Av. dos Franceses, s/n- Vila Palmeira São Luís –MA.

Com os seguintes dados Clínicos - Forma clínica Dimorfa, classificação operacional MB, considerado caso novo e o modo de detecção foi encaminhamento, baciloscopia não realizada.

Tratamento: Iniciado PQT-MB infantil em 14 de fevereiro de 2011 pelo Centro de saúde que diagnosticou a doença (12 doses supervisionadas de 28/28 dias), com as seguintes drogas Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, ajustada a miligrama conforme a idade do cliente, com continuidade no município de origem.

Acompanhamento do cliente e familiares: O cliente foi acompanhado pela Vigilância Epidemiológica de Matinha, onde notificou, investigou, realizou cartão de aprazamento e avaliação de incapacidades (todos estes impressos em anexo B).

A sua consulta com os profissionais de saúde médico e enfermeiro era mensal com dose supervisionada e entregue o restante do blister para ser auto administrada pela responsável do menor.

Os seus contatos registrados (Mãe, pai e sua irmã) foram submetidos á inspeção corporal e palpação de nervos, sem características da doença, encaminhados á imunização para a realização da segunda dose de BCG.

Os responsáveis do menor foram orientados sobre a doença, cura e reações que possam surgir.

Alta: Em 19 de janeiro de 2012 recebe alta por cura (ao completar 12 doses supervisionadas mais doses autoadministradas) pela mesma Médica responsável pelo diagnóstico citada anteriormente, com grau de incapacidade zero.

4 DISCUSSÃO DO CASO

Este estudo de caso é direcionado á um cliente portador de Hanseníase menor de 15 anos. Segundo Figueiredo (2003), o perfil epidemiológico da hanseníase mostra que não há predileção por sexo ou raça, e a incidência em menores de 15 anos é de aproximadamente 10% dos casos.

O aparecimento da doença estará diretamente relacionado ao equilíbrio entre a resistência do hospedeiro e o *M. leprae* (TONELLI; FREIRE, 2000).

O organismo da maioria das pessoas apresenta resistência ao bacilo, destruindo-o, no entanto, um número menor de doentes não apresenta resistência ao bacilo que se multiplica no seu organismo que são os casos multibacilares (MB), diagnostico do cliente (R. S. S. J) deste estudo.

Segundo Machado (2008), se há crianças adoecendo significa que contraíram o bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*), causador da hanseníase, há pouco tempo, em foco de transmissão ativa. Se diagnosticados no início dos sinais e sintomas da doença, serão facilmente tratados, sem riscos de sequelas.

O estudo de caso descrito anteriormente era comunicante de seu avô paterno que realizou tratamento com esquema multibacilar (MB), conforme anamnese realizada, uma vez que é considerado transmissor da doença (antes do início do tratamento PQT – MB). A mãe do cliente afirma que seu filho era pequeno quando o avô do mesmo realizou PQT- MB, até então transmissor ativo do bacilo de hansen.

Quanto mais íntimo e prolongado for o contato, maior será a possibilidade de adquirir a infecção. No meio familiar, o contágio ocorre cinco a oito vezes mais frequentemente que no extrafamiliar (VERONESI, 2005).

A doença, inicialmente, se manifesta através de lesões de pele: manchas embranquecidas ou avermelhadas que apresenta diminuição ou perda de sensibilidade, essas lesões ocorrem em qualquer região do corpo, mas com maior frequência na face: nas orelhas, nas nádegas, nos braços, nas pernas e nas costas (HANSENÍASE, 2001).

A lesão cutânea na face externa da perna com diminuição da sensibilidade foi à primeira manifestação percebida pela mãe de R. S. S. J. associada a queda de pelos na região da lesão, após estes sinais a mãe do paciente suspeitou da doença procurando unidades de saúde sem êxito no tratamento.

Os profissionais de saúde devem olhar qualquer alteração na pele com mais atenção realizando sempre que necessário diagnóstico diferencial tendo consciência que moramos em um país endêmico para hanseníase.

Os programas nacionais ainda não reduziram a detecção de hanseníase nas crianças, fase em que se pode fazer o diagnóstico e tratamento precoce. Há que se treinar bem os pediatras, clínicos gerais, neurologistas, infectologistas e outros especialistas que recebem a maioria da população. (VERONESI, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), o diagnóstico precoce da hanseníase e o tratamento adequado previne a evolução da doença, bem como as incapacidades físicas e sócias provocadas pela doença. O diagnóstico baseia-se nos sinais clínicos e nos sintomas característicos da doença, as lesões ou áreas da pele com alteração de sensibilidade e o comprometimento ou lesões dos nevos periféricos, considera também a baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*.

O diagnóstico do cliente, R. S. S. J. foi confirmado após exame clínico, buscando os sinais dermatológicos da doença (diminuição da sensibilidade em lesão cutânea hipocrômica na face externa do MIE e a queda de pelos neste local).

O que dificulta o diagnóstico e tratamento precoce é o preconceito do próprio paciente e seus familiares da sociedade saber da doença, não procurando nenhuma unidade de saúde do seu município se deslocando para outra cidade.

Segundo Brasil (2008), são muitas as histórias de discriminação contra quem teve ou tem hanseníase. Esse preconceito é causado pelo medo que a sociedade tem e pela falta de informação.

Após diagnóstico é necessário que a equipe de saúde realize notificação e investigação do caso, realizado com o menor no momento em que deu entrada no município de Matinha onde foi acompanhado.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional, todo caso de hanseníase deve ser notificado ao órgão de vigilância epidemiológica (HANSENÍASE, 2001).

A poliquimioterapia (PQT) é constituída por rifampicina, dapsona e clofazimina acondicionados em quatro tipos de cartela, com a composição de acordo com a classificação operacional de cada caso: Paucibacilar Adulto, Pancibacilar Infantil, Multibacilar Adulto e Multibacilar Infantil, seu tratamento é ambulatorial, seguindo esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O portador de hanseníase em estudo realizou 12 doses de PQT – MB infantil (Rifampicina uma cápsula de 150 mg e uma cápsula de 300 mg; Dapsona – 28 comprimidos de 50 mg e clofazimina 16 cápsulas de 50 mg) mensal, recebendo alta por cura.

Além do tratamento individual, as pessoas de convívio domiciliar do doente também devem ser submetidas à avaliação corporal e neurológica, com inspeção da pele e palpação de nervos periféricos.

Os contatos intradomiciliares sadios devem ser encaminhados para receber a vacinação BCG, que aumenta a resistência do organismo, principalmente contra as formas multibacilares da doença (HANSENÍASE, 2001).

Segundo BRASIL, 2008, os casos multibacilares terão concluído o tratamento com 12 (doze) doses supervisionadas (12 cartelas PQT/OMS – MB) em até 18 (dezoito) meses ao final da 12ª cartela, os pacientes deverão retornar para exames dermatoneurológico, avaliação do grau de incapacidade e alta por cura, quando serão retirados do registro de casos em curso de tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da hanseníase ou lepra, nome mais conhecido no meio popular, onde o medo e o preconceito cercam essa doença milenar, atualmente parece estar bem resolvida porque existe tratamento adequado, cura e técnicas simplificadas de prevenção de incapacidades.

O profissional de saúde pode atuar desde a prevenção da doença bem como a prevenção de incapacidades causadas pela hanseníase. Ações educativas de prevenção, diminuição do estigma e melhora da qualidade de vida do portador de hanseníase são de fundamental importância para o controle da doença.

O tratamento é um direito de todo cidadão, realizado em todo e qualquer serviço de saúde da rede pública. Não há necessidade de internação hospitalar, exceto em caso de complicações, sendo que as consultas são agendadas mensalmente para a dose supervisionada, a falta do cliente à unidade significa a continuidade da transmissão da doença, a resistência do bacilo à medicação e o atraso na cura da hanseníase.

Vale ressaltar que as pessoas em tratamento podem continuar suas atividades normais como conviver normalmente com sua família, seus colegas de trabalho e amigos. Aderir ao tratamento é um dever que precisa ser assumido para garantir a sua própria cura do paciente.

O nosso cliente do estudo de caso R.S.S.J, após seu diagnóstico confirmado para hanseníase, forma Dimorfa, por ser jovem compreendeu bem pouco sobre a doença sendo essas informações fornecida para a mãe da criança, onde o cliente continuou indo à escola e brincando com os seus colegas de classe, mãe afirma não ter dito nada da situação de saúde do seu filho para os vizinhos.

Em Brasil (2008), há um depoimento de um paciente onde afirma: “Essa doença é como qualquer outra. Pra mim, é como qualquer outra. Tem que ter o remédio certo, na hora certa, e a pessoa certa para tratar, como qualquer outra”.

REFERÊNCIAS

AZULAY, Rubem David. **Dermatologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2º ed. Ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS-MS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3º ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de (org). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

FITZPATRICK, James E. **Segredos em dermatologia em cores: respostas necessárias ao dia a dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

HANSENÍASE. **Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Elaboração: Área Técnica de dermatologia Sanitária, 2001.

KAWAMOTO, Emilia Emi. Enfermagem Comunitária. In: KAWAMOTO, Emilia Emi, SANTOS, Maria Cristina Honório dos, MATTOS, Thalita Maia de. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EDU, 1995.

MACHADO, Katia. Controle da Hanseníase. Agora de olho nos jovens. **Radis Comunicação em Saúde**, n. 68. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008.

TOLLENI, Edward; FREIRE, Lincoln M.S. **Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora médica e Científica, 2000.

VERONESI. **Tratado de Infectologia**. 3º ed. Editor Científico Roberto Focaccia. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO UNIVERSIDADE
ESTÁCIO DE SÁ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Recebi por parte da pesquisadora Joseana Batista Costa, esclarecimento detalhado do estudo de caso, bem como os objetivos e benefícios que poderão incidir do referido estudo.

Será assegurado sigilo da identificação do participante e das informações coletadas. Declaro estar de acordo em colaborar com a responsável pelo estudo e assino este termo de consentimento por livre e espontânea vontade.

São Luís, ____ de _____ de 2012.

Responsável do Entrevistado

Responsável pelo estudo

Joseana Batista Costa

Fone: 88228954

ANEXOS

Anexo A – Ficha de acompanhamento – avaliação de incapacidades

Anexo B - Notificação, Investigação e Cartão de Aprazamento

Costa, Joseana Batista.

Portador de hanseníase menor de 15 anos- Estudo de caso/
Joseana Batista Costa - São Luís, 2012.

22 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Vigilância em Saúde.) – Curso de Especialização em Vigilância em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Hanseníase. 2. Menor de 15 anos. 3. Diagnóstico. 4. Tratamento I. Título.

CDU 616-002.73