

## PERSPECTIVAS DE PESSOAS COM ALTA POR TRATAMENTO CONCLUÍDO DE TUBERCULOSE: EXPERIÊNCIAS DE TIMOR LESTE<sup>1</sup>

Paulino da Silva<sup>2</sup>

Márcio Flavio Moura de Araújo<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A tuberculose (TB) é considerada uma das doenças mais preocupada pela saúde pública no mundo todo. É transmitida pelas vias aéreas, causada pelo agente etiológico mycobacterium tuberculosis. Timor Leste está entre os 22 países mais priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controle da TB, pois corresponde a 80% da carga mundial da doença e é o mais alto entre países da Comunidade dos Países da Língua Portuguesa (CPLP). Tosse crônica sem ou com sangue é o principal motivo que leva a procura da assistência médica. **Objetivo:** Descrever a perspectiva de pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose numa zona rural do Timor-Leste. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada em roteiro semidirigido de entrevista com quinze pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose, residentes em posto administrativo de Atsabe, Município de Ermera do Timor Leste, entre Junho à Setembro de 2018. Para análise dos dados, Utilizamos o método de análise de conteúdo de Bardin, que trabalha com o universo de significados através das comunicações, para desvendar as crenças e valores dos sujeitos desta pesquisa. **Resultados:** Observou-se o conhecimento insatisfeito entre os pacientes sobre a Tuberculose: Preocupação da saúde, medo da morte, medo de preconceito e a distância onde os pacientes se residem e ao instalação de serviço de saúde mostram-se distante. E a condição financeira dificulta os pacientes durante o tratamento. **Conclusão:** O estudo permitiu analisar as perspectivas de pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose. Percebe-se que essas pessoas sofreram preconceitos e dificuldades durante o tratamento, no entanto, estes indivíduos necessitam de um olhar diferenciado por parte dos profissionais, familiares e amigos que são peças fundamentais no processo de cura, reabilitação e reinserção social. E é evidente

---

<sup>1</sup>Artigo Submetido à coordenação do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira como exigência para obtenção do título de bacharel em enfermagem;

<sup>2</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Instituto de Ciências de Saúde. Acadêmico de Enfermagem. E-mail: paulinodasilva@hotmail.com.br

<sup>3</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Enfermeiro. Doutorado em Enfermagem. Docente do Instituto de Ciências de Saúde. Orientador da pesquisa. E-mail: marciolfma@unila.edu.br

que é necessário o desenvolvimento de políticas públicas e assistências que visem à minimização das barreiras de acesso aos serviços de saúde e consolidação do tratamento

**Descritores:** Tuberculose. Tratamento. Sentimentos. Dificuldades. Enfermagem

## **PERSPECTIVES OF PEOPLE DISCHARGED BY COMPLETED TREATMENT OF TUBERCULOSIS: EXPERIENCES OF TIMOR LESTE**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Tuberculosis (TB) is considered one of the most worrisome diseases in the world. It is transmitted by the airways, caused by the etiologic agent mycobacterium tuberculosis. East Timor is among the 22 countries most prioritized by the World Health Organization (WHO) for TB control, accounting for 80% of the global burden of the disease and is the highest among the Community of Portuguese language Countries (CPLP). Chronic coughing without or with blood is the main reason leading to the demand for medical care.

**Objective:** To describe the perspective of people discharged from treatment for tuberculosis in a rural area of Timor-Leste. **Methodology:** This is a qualitative research based on a semi-directed interview script with fifteen people discharged by completed treatment of tuberculosis, residing in an administrative post in Atsabe, Ermera Municipality of East Timor, between June and September 2018. For analysis of We use Bardin's method of content analysis, which works with the universe of meanings through communications, to unveil the beliefs and values of the subjects of this research. **Results:** Unsatisfied knowledge about tuberculosis patients was observed: health concern, fear of death, fear of prejudice and the distance where patients reside and the installation of health services are distant. And the financial condition makes it difficult for patients during treatment. **Conclusion:** The study allowed us to analyze the perspectives of people discharged by treatment completed of tuberculosis. It is noticed that these people suffered prejudices and difficulties during the treatment, nevertheless, these individuals need a different look on the part of the professionals, relatives and friends who are fundamental pieces in the process of cure, rehabilitation and social reintegration. And it is clear that it is necessary to develop public policies and assistance aimed at minimizing barriers to access to health services and consolidating treatment

**Key words:** Tuberculosis. Treatment. Feelings. Difficulties. Nursing

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença causada por uma bactéria patogênica chamada *Mycobacteria Tuberculosis* (MTB). Foi descrito por Robert Koch, bacteriologista alemão, em 1882, sendo por isso, também chamado de bacilo de Koch (BK) (GUIMARÃES et al, 2018). TB acomete principalmente os pulmões, mas também extrapulmonares como pele, gânglios e ossos, transmitida via aérea, pela fala, espiro e principalmente tosse. No entanto, as formas de transmissão e de prevenção conhecidas, com critérios diagnósticos bem definidos (OLIVEIRA et al, 2017). Sendo curável em praticamente 100% dos casos novos através de tratamento padronizado e oferecido para todos os acometidos, ainda apresenta-se como problema de saúde pública, pela dificuldade de se alcançar as metas de controle (BRASIL, 2011).

A história da TB demonstra que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de insumos preventivos e de cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e na representação social da doença. Paradoxalmente aos avanços obtidos, a tuberculose persiste como problema de saúde pública global (OMS, 2008)

Segundo dados divulgados pela OMS (Organização Mundial da Saúde), em 2010 foram notificados e diagnosticados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo 5,4 milhões de casos novos, equivalentes a 65% dos casos estimados para o mesmo ano. A Índia e a China representam 40% dos casos notificados e o Timor Leste está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2012).

Porém, em 2015 havia cerca de 10,4 milhões de novos casos de tuberculose (incidentes) em todo o mundo, dos quais 5,9 milhões (56%) entre homens, 3,5 milhões (34%) entre mulheres e 1,0 milhão (10%) entre as crianças. Pessoas vivendo com HIV representaram 1,2 milhões (11%) de todos os novos casos de tuberculose (WHO, 2016)

Estima-se que 1,4 milhão de mortes em 2015, e um adicional de 0,4 milhões de mortes resultantes Tuberculose entre pessoas vivendo com HIV. Embora o número de mortes por tuberculose caiu 22% entre 2000 e 2015. A tuberculose continuou sendo uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo em 2015 (WHO, 2016). A TB ainda se configura como uma das doenças da emergência global: estima-se que, em 2014, 9,6 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose, das quais 12% eram HIV-positivo. Houve ainda a morte de 1,5 milhão de pessoas, sendo que 1,1 milhão eram HIV-negativo (BRASIL, 2016).

Entre os países lusófonos da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa), o país do Timor Leste tem a maior taxa de mortalidade devido à TB. Segundo o relatório da OMS indica que Timor Leste está na região com metade das mortes a nível global entre os lusófonos, seguem-

se Guiné-Bissau e Moçambique; Cabo Verde lidera na taxa de co-infecção HIV. Em 2013, morreram 87 pacientes da doença em cada 100 mil habitantes e Guiné – Bissau ocupa segundo lugar, com 71 mortes em cada 100 mil habitantes (ONU News, 2014). Ainda assim, a incidência dos casos de tuberculose em Timor leste continua aumentando. Em 2016, a incidência de tuberculose no país é particularmente elevada com 498 casos por 100 mil habitantes (é o 5º valor mais elevado do mundo (SAPOTL24, 2016). Segundo projeto SOMAV (Saúde em Movimento) criado em 2015, localizada em Dili, Capital do Timor Leste, afirmou que o país ocupa 4º lugar no mundo com maior taxa de mortalidade causada pelo bacilo de koch (SOMAV, 2015).

O controle da TB no Timor Leste foi responsável pelo Ministério da Saúde e Organização Não Governamental (ONG) durante o período da ocupação de Indonésio. Em 2000, foi disponibilizado um programa chamado Programa Nacional de Luta contra Tuberculose (PNLT) através da recomendação da OMS. Baseando do PNLT no tratamento da TB, utilizando os fármacos como Estreptomina (S), Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z), Etambutol (E) que estas fármacos sejam administradas pelos profissionais de saúde com observação direta da tomada do medicamento (REDONDO et al, 2009).

Segundo PNT define-se que, deve suspeitar de TB quando um indivíduo apresenta sinais e sintomas: tosse persistente com três semanas ou mais de evolução, normalmente acompanhada de expectoração que pode ser contem sangue; febre e dor torácica; letargia, anorexia, dispneia, suor noturno, falta de apetite e perda de peso. Quando alguém é identificado com tosse persistente com três ou mais semanas de evolução deve fazer o exame micobacteriológico direto à expectoração. O diagnóstico de Tuberculose pulmonar ativa, são baciloscopia, a radiografia e a cultura de *Mycobacterium tuberculosis*. No entanto, o PNT considera que o método primordial e principal e deve ser utilizado em primeiro lugar é a baciloscopia, uma vez que o método é fácil de executar nos laboratórios municipais e não acarreta custos elevados (GAGO et al, 2013)

Assim, o tratamento dos novos doentes é feito num regime de oito meses (2RHZE/6HE). Os doentes tratados previamente com anti-bacilares por mais de um mês e com baciloscopia da expectoração positiva, são tratados no regime de retratamento. Todos os CSCs (Centros de Saúde Comunitária) estão estrategicamente localizados, cobrindo todo o país. O controlo da tuberculose, bem como a estratégia DOTS, estão distribuídos por 15 CSCs, a nível distrital; 65 CSCs a nível subdistrital; e 179 postos de saúde e clínicas móveis, cada um deles cobrindo em média 3000 pessoas. Sendo que TB ainda é um problema em saúde no país, o programa PNLT e DOTS conseguindo minimizar o quadro (REDONDO et al, 2009).

O tratamento é feito durante um período de oito meses e está dividida em duas etapas. Nos primeiros dois meses paciente deve ser internado no isolamento e seis meses no posto de saúde para o acompanhamento para fechar o regime de tratamento de acordo com PNLT. No final dos primeiros dois meses, paciente deverá fazer o exame de escarro para avaliar a evolução do tratamento e a alta depende deste resultado. Neste processo, paciente será encaminhada para o posto de saúde mais próximo do paciente com intuito de dar a continuidade do tratamento. Durante o período de acompanhamento no posto, todos os pacientes receberam avaliação médica mensalmente juntamente com a renovação dos medicamentos. Quando os paciente concluíram o tempo de tratamento, devem realizar o último exame de escaro para confirmar a cura dos pacientes e finaliza o tratamento (GAGO et al, 2013)

No Timor Leste também foi implementa a estratégia da DOTS pela recomendação da OMS, incorpora dentro do programa PNLT que cuja seu objetivo para avaliar o tratamento com suas observações diretamente juntos com pacientes. Além da PNLT e DOTS, existe outra estratégia como parar TB, é a estratégia STOP TB. Nesta estratégia, depende das experiências dos pacientes com TB para ajudar outros doentes, com a maneira de lidar melhor com a doença, garantir a informação e sensibilizar para que eles mantem a procurar o serviço de saúde, sobre tudo manter a adesão ao tratamento (REDONDO et al, 2009).

Entre os países lusófonos, especificamente Timor Leste, está no grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela OMS que agrupa 80% dos casos da tuberculose no mundo. Contudo, a tuberculose tem relação direta com a miséria e com a exclusão social. Percebe-se que um dos maiores problemas no controle da tuberculose é a não adesão ao tratamento pelos pacientes, o que traz implicações negativas para a saúde pública e para a saúde do próprio indivíduo. (QUEIROZ, NOGUEIRA, 2010).

O ressurgimento da tuberculose como problema de saúde pública no contexto internacional e nacional está relacionado à emergência da aids na década de 80, sendo a coinfeção uma das causas do alto índice de morbimortalidade em todo o mundo, especialmente nas populações de baixa renda. (FERREIRA, ENGSTRON, ALVES, 2012). A patologia atinge majoritariamente populações marginalizadas acometendo, populações em condições de desigualdade social, o que influencia no modo negligenciado como a doença vem sendo abordada (ROSSETTO, OLIVEIRA, 2013).

A promoção da adesão ao tratamento da tuberculose é um processo que busca o convencimento do usuário de que está sob risco e, conseqüentemente, o estímulo a uma atitude de autocuidado. Assim, como na maioria das iniciativas de promoção da saúde que incluem ações educativas, este processo de adesão envolve a responsabilização e conscientização do usuário sobre a importância de participar

ativamente na preservação e recuperação de sua saúde, entendendo os riscos a que está exposto e agindo de acordo (OLIVEIRA, 2005).

Porém, a TB continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover seu controle, ainda não há perspectiva de obter, em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública, a não ser que novas vacinas ou medicamentos sejam desenvolvidos. Além disso, a associação da tuberculose com a infecção pelo HIV e a emergência e propagação de cepas resistentes representam desafios adicionais em escala mundial (BRASIL, 2011).

Como relata RODRIGUES, MOTTA, FERREIRA (2016) que o controle da tuberculose são feitas nas UBS, é o enfermeiro que, em geral, permanece em contato com os doentes ao longo de todo o tratamento, a forma como ele lida com essas pessoas pode ser o diferencial para sua adesão ou não ao tratamento.

Tanto a experiência no trato com doentes e enfermeiros que os atendem quanto os resultados de estudos referentes à compreensão dos pacientes sobre a tuberculose permitem inferir que os pensamentos e as atitudes de uns e de outros também devem ser considerados no âmbito da análise sobre o sucesso ou insucesso no controle dessa grave patologia (RODRIGUES, MOTTA, FERREIRA, 2016).

Para melhor compreender as questões ligadas ao tratamento e seu processo como um todo, importa conhecer o paradigma que orienta as práticas dos profissionais no trato com os doentes. Essa compreensão está diretamente relacionada à ação dos profissionais e enfermagem no cuidar, uma vez que pensar e agir estão intimamente relacionados à familiarização que se constrói diante dos fenômenos sociais (RODRIGUES, MOTTA, FERREIRA, 2016).

De acordo com OBLITAS et al (2010) fortalece a questão da importância da tuberculose sendo um fenômeno social relevante, a história do seu controle é permeada pela atuação da enfermagem. Os enfermeiros sempre desempenharam importante papel nesse processo.

Considerando a importância na adesão ao tratamento de TB e o predomínio de abordagens quantitativas sobre o fenômeno da não adesão, delineou-se uma investigação de cunho qualitativo que pudesse ampliar o conhecimento já produzido sobre a temática do risco em tuberculose, buscando-se responder à questão: quais são as dificuldades e sentimentos de pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose numa zona rural do Timor-Leste.

## **1.1 Justificativa e Relevância**

Em 2010, 57 milhões de pessoas foram infectados pelo bacilo da Tuberculose, apresenta o número mais significado dos casos em sexo masculino é dobro do que em sexo feminino. Referindo a taxa de incidência maior em populações vulneráveis e vivendo em grandes cidades, do que a média nacional população em geral (FERREIRA et al, 2015).

Com isso, observa-se que a falta da adesão ao tratamento é o principal obstáculo para o controle da tuberculose. Assim, uma das principais metas no controle da tuberculose é reduzir as taxas de abandono do tratamento, pois a interrupção leva a uma maior disseminação do bacilo em razão de os doentes permanecerem como fonte de contágio, bem como contribui para a resistência adquirida da terapia e o aumento do tempo e do custo do tratamento (CHIRINOS, MEIRELLES, 2011).

Porém, diversos fatores estão relacionados às reações adversas entre os quais a dose, horário de administração da medicação, idade do paciente, estado nutricional, alcoolismo, o comprometimento da função hepática ou renal e a co-infecção pelo HIV. Tais fatores são um obstáculo à adesão ao tratamento, levando os doentes a abandonarem nos primeiros meses (SÁ, et al, 2007).

A tuberculose é um dos exemplos consagrados que evidenciam a produção social da enfermidade. Em um país como o Timor Leste há que se considerar a magnitude das desigualdades sociais que tornam vulneráveis os indivíduos ao desenvolvimento da tuberculose. O País Timor Leste, em particular, verifica-se lacuna importante em termos de investigações diretamente através dos pacientes, fato que justifica o desenvolvimento do presente estudo.

## **2 OBJETIVO**

O presente trabalho tem como objetivo de descrever a perspectiva de pessoas com alta por tratamento concluído de Tuberculose numa zona rural do Timor-Leste.

## **3 PRECURSO METODOLÓGICA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo com qualitativo, baseado nos relatos de pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose numa zona rural do Timor Leste.

A técnica empregada para a coleta de dados foi uma entrevista, realizada a partir de entrevista composto por perguntas abertas sobre a temática através das perguntas norteadoras, busca responder as três perguntas:

1. “Como você sentiu-se com o diagnóstico de tuberculose?” ;

2. “Quais foram as suas dificuldades no tratamento da tuberculose?”;
3. “O que mudou no seu cotidiano após a sua cura da tuberculose?”;

Segundo Sampierei (2013), “O enfoque qualitativo é selecionado quando buscamos compreender a perspectiva dos participantes (indivíduos ou grupos pequenos de pessoas que serão pesquisados) sobre os fenômenos que os rodeiam, aprofundar em suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados, isto é, a forma, como os participantes percebem subjetivamente sua realidade”.

### **3.2 Local e Período**

O estudo foi desenvolvido num serviço de saúde no interior do Timor Leste. Na unidade de atenção primária à saúde, Atsabe, ou chamado por centro de saúde-Atsabe, posto administrativo de Atsabe, município de Ermera, que hoje conta com quatro serviços de saúde instalados nesta cidade. No período de Junho de 2018 à Setembro de 2018.

### **3.3 Participantes**

Foram convidado 28 pessoas, porém 13 pessoas mostraram-se recusadas ao convite e 15 pessoas estão dispostos a participar da entrevista. A amostra de participantes foi composta por pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose de ambos os sexos, independente da faixa etária da cidade de Atsabe (Timor Leste). A realização da pesquisa foi autorizada pela Unidade Básica de Saúde da cidade e aos convites para os participantes foram realizados juntos com um profissional de saúde (Enfermeiro) da unidade, atuando como auxílio durante este processo

#### **3.3.1 Critério de inclusão**

Os critérios adotados para inclusão dos participantes no estudo foram, a saber:

1. Ter concluído o tratamento de tuberculose.
2. Residir na respectiva comunidade durante o tratamento.
3. Ter condições cognitivas para responder aos questionamentos propostos. Neste critério, ressalta-se que não utilizou nenhum método ou escala.

Em relação aos critérios de descontinuidade, os participantes cuja as entrevistas não foram validadas foram excluídos do estudo.

### **3.4 Processo de Coleta de Dados**

A técnica empregada para a coleta de dados foi uma entrevista com o aporte de um roteiro semidirigido e o registro através de aparelho de *Smartphone* via Online. A entrevista é bastante utilizada por pesquisadores, principalmente quando se pretende obter dados que não são encontrados em registros ou fontes documentais. Existem algumas vantagens em se utilizar a entrevista, dentre elas estão: taxa elevada de respostas, aplicação a pessoas não aptas a ler, flexibilidade e rapidez na aplicação e não exige exaustiva preparação dos pesquisadores (JÚNIOR; JÚNIOR, 2011).

As entrevistas foram realizadas por meio de aplicativo *whatsApp* por *Smartphone* via online, auxiliando por um profissional de saúde “enfermeiro” em língua Tetum e foi traduzido para língua portuguesa.

### **3.5 Análise da pesquisa**

Os relatos colhidos foram analisados com base na proposta de análise de conteúdo proposta por BARDIN (2011). O autor em pauta considera “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. “(...) qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo”.

Após transcrição e conferência das falas, foi iniciada a etapa da leitura flutuante, isto é, leitura aprofundada de cada relato para elaborar um esquema para interpretação das falas à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa. Após este processo, foi início a leitura horizontal, que permite a relação das falas, tornando possíveis as interpretações das representações sociais e identificação dos grupos temáticos.

Depois da análise dos dados, ressalta-se que os resultados selecionados, foram colocados no Wordle (Figura 1), é um aplicativo capaz de gerar nuvens de palavras, é uma ferramenta virtual que dá maior destaque em palavras que aparecem mais vezes no texto. Isto favorece melhor a discussão.

### **3.6 Riscos e Benefícios**

Os participantes receberam as informações gerais sobre a pesquisa, e foram convidados a participarem livremente, para tanto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A princípio, essa pesquisa não acarretou nenhum risco a saúde e/ou tratamento do participante. Contudo, por tratar-se de uma doença estigmatizante em todo mundo quanto no Timor Leste, algumas pessoas podem sentir-se sensibilizadas ou constrangidas emocionalmente ao relatar sua experiência com a doença. Caso algum



O presente estudo investigou as dificuldades e sentimentos de pessoas que com alta por tratamento concluído de tuberculose numa zona rural do Timor-Leste. Os achados revelam que os participantes vivenciaram medo, preconceito, dificuldade de acesso aos serviços de saúde durante o tratamento e, após a cura tiveram sentimentos de atitudes e de vitória. Esses fatos são de suma importância no processo de tratamento, visto que podem ocasionar estigma e, conseqüentemente, o isolamento do paciente, assim comprometer a adesão ao tratamento (CLEMENTINO et al, 2011).

#### 4.1 O Medo

Relato de medo é um sentimento muito frequente entre pessoas com tuberculose e, pode estar associado a vários fatores, como sentimento de morte, medo de discriminação pela sociedade e isolamento, tristeza e desespero, medo de transmitir a doença para outras pessoas (OLIVEIRA et al, 2017).

No presente estudo, os relatos dos participantes convergem para uma questão importante: sentimento de medo associado a morte, como evidencia os seguintes relatos:

*Pensava muito na minha saúde e nos meu estudo. Pensava que esta doença pode acabar com minha vida e meu futuro. Quando comecei a fazer o tratamento, consegui aliviar pouco a pouco os meus sentimentos de tristeza e hoje me librei desta doença. (P2)*

*Além de medo que tuberculose pode tirar a minha vida, ela é uma doença que a transmissão para outras pessoas é muito fácil e eu preocupei muito com os meus filhos. (P12)*

Podemos compreender que, apesar da tuberculose ser uma doença curável, ainda representa medo para pacientes, família e sociedade em geral. No estudo realizado por Oliveira et al., (2015) o medo associado a morte foi observado. Os participantes relataram ter medo da morte, ou da perda de órgãos, como os pulmões ou fígado após o diagnóstico da doença, o que para autores pode estar associado ao desconhecimento do desses pacientes sobre a doença.

O medo de transmitir a doença para outras pessoas relatado pelos participantes deste estudo, também foi observado pela Oliveira et al., (2017) em um estudo realizado com pacientes em tratamento numa clínica da família na Rocinha, Rio de Janeiro. Esta preocupação foi apontada na literatura como um dos motivos para isolamento do doente (CHIRINOS, MEIRELLES, BOUSFIELD, 2017). Um estudo realizado em Índia com objetivo de explorar a experiência e conseqüências de pacientes que acabaram de terminar o tratamento da tuberculose mostrou que a maioria dos pacientes não revelou a doença para amigos e vizinho, com o medo

de serem excluídos ou passarem por constrangimento (YELLAPPA et al, 2016). O medo da transmissão da doença pode fazer com que as pessoas adotem medidas de prevenção muitas vezes inadequadas, que podem potencializar o sofrimento e acarretar maior isolamento ao paciente.

## 4.2 O Preconceito

Os relatos dos participantes indicam que o preconceito com a doença ainda está presente nos dias atuais, praticada principalmente pelas pessoas que estão próximo do paciente como podemos observar no seguinte relato:

*...sofri um pouco de preconceito ou discriminação pelas pessoas, como amigos até familiares..... tiveram que separar as louças. E outra coisa, na época quase não tinha pessoas para conversar, devido ao medo delas contaminar com a doença que eu tinha. (P1)*

O preconceito experimentado pelos pacientes com tuberculose, muitas vezes, causa o isolamento social do doente na comunidade e na família, o que pode acarretar vários problemas, tais como, perda da autonomia, desvalorização da necessidade social do paciente (SOUZA, SÁ, ASSOLINI, QUEIROGA, SURNICHE, PALHA, 2015).

Além dos fatores próprios dos pacientes, pode-se observar grande estigma e preconceito da sociedade, inclusive entre os profissionais da saúde, em relação à tuberculose e seus portadores. Estudo realizado pela Freitas et al., (2014) mostrou que as necessidades sociais dos pacientes com tuberculose internados são poucos valorizados pela profissionais de saúde. Esse fato acaba levando sofrimento não só pelos sintomas clínicos, mas pelo preconceito e rejeição no ambiente social e profissional.

## 4.3 A Distância

A acessibilidade aos serviços de saúde foi mencionada por alguns entrevistados como um agente dificultador do tratamento. Acreditamos que o aspecto financeiro também seja um fator que acentua o problema da distância dos serviços de saúde.

*“A distância entre posto e a minha localidade é muito longe, dificulta muito de ir receber os medicamentos e realizar a avaliação para avaliar a evolução do tratamento. (P7)”*

As barreiras de acesso aos serviços de saúde são inúmeras, como por exemplo, falta de recursos financeiros, distância a unidade de saúde, mobilidade prejudicada até o serviço, dentre outras. Diante disto, medidas de horizontalização de controle, vigilância, prevenção e

tratamento da doença devem ser implementadas com o intuito de aumentar a adesão dos pacientes, a descoberta das fontes de infecção e a cura, para reduzir o risco de transmissão da doença na comunidade (ANDRADE et al, 2017). Os profissionais de saúde devem estar atentos a estas barreiras que podem inviabilizar o tratamento, caso estratégias efetivas não sejam concretizadas.

Para que ocorra o acompanhamento e efetivação do tratamento é imperativo que as barreiras e os desafios apresentados pelos pacientes sejam compartilhados com todos os atores envolvidos, sendo necessárias pessoas sensíveis aos aspectos que interferem na adesão ao tratamento e que possuam, ainda, habilidades para proporcionar um atendimento crítico-reflexivo com o intuito de superar as dificuldades existentes (SOUZA, SILVA, MIRANDA, 2017). Outro ponto abordado foi à falta de alimentos de qualidade devido condições econômicas precárias.

*“Tinha dificuldade financeira para comprar uma boa alimentação para auxiliar na recuperação da minha saúde; e a distância do posto onde fiz o acompanhamento estava distante dificulta um pouco de ir ao posto. (P11)”*

Ao abordar um indivíduo com tuberculose o profissional deve ter uma visão integral do sujeito e se sensibilizar ao contexto social, econômico e cultural, que se manifesta de forma dinâmica e complexa. Um estudo realizado por Couto et al, (2014) evidenciou que os indivíduos careciam de recursos financeiros privando-os de condições dignas necessárias para superar as barreiras de acesso, dentre elas, uma alimentação saudável que proporcione os subsídios nutricionais necessários a homeostase fisiológica. Estes mesmos autores evocam a necessidade do desenvolvimento e implementação de políticas públicas e assistenciais para fornecer elementos indispensáveis para a conclusão do tratamento sem a necessidade de abandono.

#### **4.4 Após a cura**

A experiência de cura da tuberculose trouxe sentimentos e atitudes positivas frente à vida e saúde das pessoas. A vitória em relação à doença trouxe novas perspectivas aos timorenses entrevistados.

*...senti-me muito feliz, porque a saúde está recuperada, os amigos e familiares estão voltando e não separa mais as louças com ninguém. Já posso compartilhar meus sentimentos com os amigos entre outras pessoas. (P1)*

O estudo de Couto et al, (2014) mostrou que pessoas com tuberculose se sentiram felizes quando conseguiram se curar da doença e tiveram uma reaceitação social, comprovando que além da cura, há outros desejos que são mais expressivos e que não dependem da medicação, são aspectos que ultrapassam sua resolutividade pelo âmbito hospitalar, são conflitos individuais, sociais, emocionais e familiares, e não cabe apenas ao hospital e ao sistema de saúde solucioná-los. Estes autores também mencionam o desconhecimento das pessoas sobre a doença (sinais e sintomas, formas de transmissão, tratamento e cura) que acarreta em exclusão social e estigmatização. A aquisição de conhecimento proporciona o empoderamento e protagonismo do indivíduo no processo saúde doença, conforme relato a seguir.

*Durante o tratamento eu percebi que vale a pena ter cuidado da nossa saúde, quando estamos doentes coisa que vimos muito fácil, tornam-se muito difícil. Depois de ter recuperado e agora, eu sempre mantendo afastado das coisas que podem causar qualquer doença. Estou tendo muito cuidado da minha saúde, sobre tudo a higiene, procuro uma boa alimentação, não fico mais acordado a noite, fico longe do cigarro e fumaça, e tudo que tem risco para saúde eu me afasto. (P6)*

O conhecimento dos fatores associado a não adesão ao tratamento e das mudanças nos hábitos e estilo de vida são relevantes à medida que possibilitam a criação e redirecionamento de estratégias que conduza a execução de ações de saúde que contribuam para a qualidade de vida (SOUZA, SILVA, MIRANDA, 2014). Os profissionais de saúde são peças fundamentais para suscitar mudanças no contexto de práticas de promoção e manutenção da saúde, prevenção, tratamento e cura de doenças, em especial os da enfermagem que estão presente constantemente prestando um cuidado integral e qualificado aos pacientes.

*Com as orientações dos enfermeiros, aprendi realizar uma vida saudável, principalmente parar o cigarro e álcool. (P12)*

Um das formas do enfermeiro desempenhar seu papel, consiste em realizar atividades de educação em saúde, considerada uma face da promoção da saúde. A educação em Saúde é uma combinação de obtenção de informações e capacidades básicas com o discernimento de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde (TRIGUEIRO et al, 2009) O enfermeiro pode capacitar por meio de metodologias e estratégias adequadas voltadas para emancipação e mudanças de práticas, a saber: salas de espera, oficinas, visita domiciliar, rastreamento, dentre outras. A enfermagem desempenha papel importante na

assistência ao indivíduo com tuberculose implementando atividades no contexto epidemiológico.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se que os pacientes com TB não sofrem apenas a doença em si, também as dificuldades e sentimentos como medo, preconceito e dificuldade de acesso aos serviços de saúde durante o tratamento e, após a cura tiveram sentimentos e atitudes e de vitória.

Analisando as dificuldades e sentimentos de pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose, é perceptível que estes indivíduos necessitam de um olhar diferenciado por parte dos profissionais, familiares e amigos que são peças fundamentais no processo de cura, reabilitação e reinserção social diante de um momento que causa diversos transtornos.

A figura dos Enfermeiros neste contexto é um papel fundamental importância para a recuperação, evolução do tratamento e a continuidade. As participações destes profissionais como uma peça chave de alcançar a cura e uma possível eliminação da doença na população. Nas práticas de saúde, o trabalho dos enfermeiros perante o paciente acometido consiste em atividades como: cuidados, assistência, administração ou gerência, e realizar ações educativas em saúde de forma individual ou coletiva com intuito de sensibilizar a adesão ao tratamento e estabelecer a informações a respeito da doença, uma vez que a falta de informação torna-se cada vez mais o principal fator de aumento no índice de abandono do tratamento. Assim, o Enfermeiro atua de forma diretamente com os pacientes ao longo deste processo, contribuindo para que o indivíduo venha a dar seguimento e continuidade no seu tratamento.

O papel do enfermeiro inicia-se desde o processo do cuidar até a sua forma de educar, buscando avaliar o paciente como um todo, observando não apenas a doença, mas o paciente em si. Estes cuidados constroem um vínculo afetivo entre paciente e profissional para que ambos possam alcançar os objetivos desejados. Percebe-se que o vínculo afetivo entre paciente, famílias, comunidade e a equipe tem um importante papel no processo de cura e a recuperação do paciente e a continuidade do tratamento e a reinserção social.

É evidente que é necessário o desenvolvimento de políticas públicas e assistências que visem à erradicação/ minimização das barreiras de acesso aos serviços de saúde e consolidação do tratamento. A participação de todos se faz necessário para que exista êxito onde os atores envolvidos são corresponsáveis pelo combate à tuberculose.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, A.J.; MONTENEGRO, H.R.A.; SANTOS, T.C.F.; A nova ordem no combate à tuberculose no Brasil: implicações para a enfermagem. **Rev RENE [Internet]** 10(1):114-23. 2009.

ANDRADE, H.S.; OLIVEIRA, V.C.; GONTIJO, T.L.; PESSÔA, M.T.C.; GUIMARÃES, E.A.Z. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial p. 242-258, marc. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S18.

ARAÚJO, L. G. P.; et al. The nurse and health education, providing care to patients with tuberculosis (TB) in a basic health unit. **J. res.: fundam. care.** online 2014. jan./mar. 6(1):378-386

ASSUNÇÃO, Cristiane Gonçalves. et al. PERCEPÇÃO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE SOBRE A INTERNAÇÃO EM HOSPITAL ESPECIALIZADO. **CIENCIA Y ENFERMERIA XV (2)**, 2012

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHANG, S. H; CATALDO, J. K. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *INT J TUBERC LUNG DIS* 18(2):168–173 © 2014 The Union <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.13.0181>

CHIRINOS, N.E.C; MEIRELLES, B.H.S.; Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enferm*; 20:599-606- 2011.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BOUSFIELD, A. B. S. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(1): 5650015.

CLEMENTINO, F. de S.; MARTIANO, M. S.; CLEMENTINO, M. J. de S. M.; SOUSA, J. C. de; MARCOLINO, E. de C.; MIRANDA, F. A. N. de. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4): 638-43.

COUTO, D. S.; CARVALHO, R. N.; AZEVEDO, E. B.; MORAES, M. N.; PINHEIRO, P. G. O. D.; FAUSTINO, E. B. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, set. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140053.

FERREIRA, J.; ENGSTRON, E.; ALVES, L.C.; Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im(probável). **Cad Saúde Coletiva**,20(2):211-6. 2012.

FREITAS, J. S.; SILVA, A. E. B. C.; MINAMISAVA, R.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUZA, M. R. G. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2014; 22: 454-60.

GAGO, CPP. et al. Tuberculose em Timor-Leste, Saúde e Desenvolvimento. **Artigo de revisão**.2013. 33f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal. 2013, p 12-20

JÚNIOR, A.F. B; JÚNIOR, N.F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

OLIVEIRA, Lucia Maria Pereira. et al. O conhecimento sobre tuberculose entre pacientes de uma comunidade de elevada incidência da doença, na cidade do Rio de Janeiro. **XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – XI ENPEC** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – 3 a 6 de julho de 2017.

OLIVEIRA, D.L.C. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latinoam Enferm**;13(3):423-31; 2005.

OBLITAS, M.Y.F.; LONCHARICH, N.; SALAZAR, M.E.; DAVID, H.M.L.; SILVA, I.; VELÁSQUEZ, D. Nursing’s role in tuberculosis control: a discussion from the perspective of equity. **Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]**. 2010.

OLIVEIRA, L. C. S.; NOGUEIRA, J. de A.; SÁ, L. D. de; PALHA, P. F.; SILVA, C. A. da; VILLA, T. C. S. A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2015 jan./mar.;17(1): 12-20.

Oliveira, L. M. P. de; Cavalcante, S. C.; Garcia, J. S.; Oliveira, M. A.; Araújo-Jorge, T. C.; Carvalho, A. C. C. O conhecimento sobre tuberculose entre pacientes de uma comunidade de elevada incidência da doença, na cidade do Rio de Janeiro. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, SC – 3 a 6 de julho de 2017.

QUEIROZ, R.; et al. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.3, p.627-637, 2010.

QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P.A. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.627-637, 2010.

RADIO ONU. **Timor Leste tem a Maior Taxa de Mortalidade por Tuberculose na CPLP**. Disponível em < <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2014/10/timor-leste-tem-a-maior-taxa-de-mortalidade-por-tuberculose-na-cplp-2/#.WFYBofkrJ1t>> Acesso data 24/11/2016.

REDONDO, A. M. T. S.; et al. Tuberculose: Apresentação de um Programa de Formação em Timor-Leste. 2009 Dissertação de - (Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar, Porto.

ROSSETTO, M.; OLIVEIRA, D.L.L.C; Reconhecendo-se como sujeito de riscos: a consciência dos possíveis danos da tuberculose. **Rev Gaúcha Enferm**;34(4):130-136; 2013.

RODRIGUES, I.L.A.; MOTTA, M.C.S.; FERREIRA, M.A.; Representações sociais da tuberculose por enfermeiros. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 69(3):532-7; mai-jun- 2016.

SÁ, L.D.; SOUZA, K.M.J.; NUNES, M.G.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; VILL, T.C.S.; Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto Enferm**; 16:712-8; 2007.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B.; **Metodologia da pesquisa**. 5 ed. – Porto Alegre: PENSO, 2013.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**;41 Supl 1: 89-94; 2007.

SOMAV- Saúde em Movimento. **Combate Tuberculose**. Disponível em <<https://novobancocrowdfunding.ppl.pt/prj/samov-saude-em-movimento>> Acesso data 18/12/2016

WHO (World Health Organization). 1. Tuberculosis - epidemiology. 2. Tuberculosis, Pulmonary – prevention and control. 3. Tuberculosis economics. 4. Tuberculosis, Multidrug-Resistant. 5. Annual Reports. I. **World Health Organization**. Global tuberculosis report 2016.

SOUZA, A.C.S.; SILVA, M.L.S.J.; MIRANDA, L.N. Dificuldades na adesão do plano de tratamento pelo paciente com tuberculose. **Ciências Biológicas e de Saúde**. Alagoas, v. 4, n. 2, p. 297-312, nov. 2017. ISSN ELETRÔNICO 2316-3143.

TRIGUEIRO, J.V.S.; SILVA, A.C.O.; GOIS, G.A.S.; ALMEIDA, S.A.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da Tuberculose. **Cienc Cuid Saude**. Dez. 2009. V.8, n. 4,: p. 660-666.

SOUZA, K. M. J. de; SÁ, L. D. de; ASSOLINI, F. E. P.; QUEIROGA, R. P. F.; SURNICHE, C. de A.; PALHA, P. F. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 jul/ago; 23(4): 475-80.

YELLAPPA, V. Y.; LEFÈVRE, P.; BATTAGLIOLI, T.; NARAYANAN, D.; STUYFT, P. V. D. Coping with tuberculosis and directly observed treatment: a qualitative study among patients from South India. **BMC Health Services Research** (2016) 16:283.

## APÊNDICE A

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VIA DO PESQUISADOR)

Caro(a) Sr(a), .....

Você está sendo convidado(a) pelo Aluno de Graduação de Enfermagem PAULINO DA SILVA para participar, como voluntário (a), da pesquisa sobre **PERSPECTIVAS DE PESSOAS COM ALTA POR TRATAMENTO CONCLUÍDO DE TUBERCULOSE: EXPERIÊNCIAS DE TIMOR LESTE**. A pesquisa tem como objetivo Conhecer as dificuldades e sentimentos de pessoas com alta por tratamento concluído de tuberculose em zona rural do Timor-Leste. A pesquisa tem como responsável o Prof<sup>o</sup>. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e pode fazer qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos da pesquisa sejam esclarecidos.

Sobre os Riscos e Benefícios dessa Pesquisa, destacamos:

**Riscos:** Essa pesquisa não acarretará nenhum risco a saúde e/ou ao tratamento do participante. Contudo, por tratar-se de uma doença estigmatizante tanto no Timor Leste quanto no mundo, algumas pessoas podem sentir-se sensibilizadas ou constrangidas emocionalmente ao relatar sua experiência com a tuberculose. Caso você sinta-se incomodado, indeciso e/ou arrependido de participar do estudo; a qualquer momento; você poderá solicitar a sua retirada da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo a você.

**Benefícios:** Ao conhecer a sua experiência durante o tratamento e alta por tuberculose, no Timor Leste, acredita-se ser possível identificar questões que podem ser aprofundadas e/ou aperfeiçoadas durante as consultas e/ou tratamento futuros. Além disso, ao conversar sobre a sua experiência você poderá estar mais atento a sua saúde e/ou sinais e sintomas sobre reincidência desta enfermidade. No geral, a sua participação nesta pesquisa poderá contribuir para futuros estudos que auxiliem na assistência dos profissionais de enfermagem com a população de pacientes com diagnóstico de tuberculose.

Assim, convido você a participar desta pesquisa por meio de uma entrevista individual, com o aporte de um roteiro semidirigido e o através de aplicativo *whatsApp* por *Smartphone* via online

Entre os participantes do Timor Leste as entrevistas foram realizadas por um nativo do Timor Leste, mas hoje residente no Brasil. Gostaria de salientar a você timorense que sua participação não lhe acarretará prejuízo físico, mental ou social, com exceção de eventual tensão ou estresse por ocasião da entrevista.

Comprometo-nos a utilizar os dados que foram coletados por meio da entrevista somente para fins da pesquisa, em que o nome da senhor(a) não será revelado, pois guardaremos todo sigilo. Os(as) participantes não tiveram qualquer despesa e não receberam nenhum pagamento por participar da pesquisa, já que todas as despesas da pesquisa foram custeadas exclusivamente por mim e meu orientador. Você teve liberdade de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento do seu desenvolvimento, sem que isto lhe acarrete prejuízo. Todas as suas informações pessoais coletadas durante a entrevista foram mantidas em sigilo, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações será feita no meio científico, porém sempre desvinculadas de sua identificação.

**ATENÇÃO: Se você tiver qualquer consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com:  
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB – Endereço: Sala 303, Campus das Auroras, Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3373-1606. E-mail: cep@unilab.edu.br**

O(a) abaixo(a) assinado(a), \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, Eleitora nº \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário(a) da pesquisa “**PERSPECTIVAS DE PESSOAS COM ALTA POR TRATAMENTO CONCLUÍDO DE TUBERCULOSE: EXPERIÊNCIAS DE TIMOR LESTE**”. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo. A outra cópia deste termo encontra-se, devidamente assinada, com o pesquisador deste estudo científico.

Redenção, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome de Participante \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome de Pesquisador \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO ACESSO DE ALUNOS ESTRANGEIROS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

**Pesquisador:** Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha

**Versão:** 2

**CAAE:** 56064916.6.0000.5576

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 042968/2016

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto AVALIAÇÃO DO ACESSO DE ALUNOS ESTRANGEIROS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) que tem como pesquisador responsável Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha, foi recebido para análise ética no CEP Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira em 13/05/2016 às 13:19.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3

**Bairro:** Centro Redenção

**UF:** CE

**Município:** REDENCAO

**CEP:** 62.790-000

**Telefone:** (85)3332-1381

**E-mail:** rafaellapessoa@unilab.edu.br