

Perfil de adesão ao tratamento da infecção latente por tuberculose em usuários atendidos nas unidades de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário do Município de Salvador, Bahia

Profile of adherence to the treatment of Latent Tuberculosis Infection in users treated at health units in the Health District of the Railway Suburb in the Municipality of Salvador – Bahia

Magno Oliveira Ramos¹, Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel², Fernanda Warken Rosa Camelier³, Júnia Raquel Dutra Ferreira⁴

¹Farmacêutico e mestre em Ciências Farmacêuticas, Universidade do Estado da Bahia; ²Doutor em Fisioterapia, Universidade do Estado da Bahia; ³Doutora em Ciências/Reabilitação, Universidade do Estado da Bahia; ⁴Doutora em Patologia, Universidade Federal da Bahia

Resumo

Introdução – A elevada prevalência e incidência de ILTB no mundo faz com que a doença ainda não esteja erradicada. Mesmo com o tratamento já consolidado, poucos estudos de adesão aos fármacos na ILTB foram desenvolvidos. A não adesão ao tratamento farmacológico é um problema de saúde pública e deve ser entendida como um dos maiores obstáculos para um cuidado bem-sucedido. **Objetivo** – Investigar a adesão ao tratamento farmacológico de ILTB em usuários atendidos nas unidades de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia. **Metodologia** – Trata-se de um estudo transversal observacional, realizado com utilização de questionário sociodemográfico e clínico, bem como teste de adesão *Morisky-Green* adaptado. **Resultados** – Participaram 34 pacientes com ILTB. A maioria dos usuários é constituída de aderentes à farmacoterapia. E um número pequeno, pois são poucos aderentes. Não foram atingidos usuários não aderentes. A adesão ao tratamento da ILTB está relacionada com variáveis sociodemográficas e clínicas. As mais significativas foram: nível de escolaridade, presença de alcoolismo, tabagismo, aparecimento de RAMs, dificuldades para retirar os medicamentos nas unidades de saúde, uso de outros medicamentos para sintomas da ILTB, presença de doenças crônicas e fatores de riscos para a ILTB. O estudo esclareceu 26,8% (r^2) do comportamento do perfil de adesão. **Conclusão** – Demonstra-se a necessidade de condução melhor do tratamento da ILTB no Distrito Sanitário do Subúrbio de Salvador. Futuras pesquisas são válidas para aprofundar este estudo. Sugere-se um protocolo e (ou) fluxo para promover a adesão de pessoas com ILTB. **Palavras-chave:** Adesão ao tratamento. Infecção latente por tuberculose. Usuário. Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: the high prevalence and incidence of LTBI in the world mean that the disease has not yet been eradicated. Even with the treatment already consolidated, few studies on adherence to drugs in LTBI have been developed. Non-adherence to pharmacological treatment is a public health problem and should be understood as one of the most significant obstacles to successful care. **Objective:** to investigate adherence to pharmacological treatment of LTBI in users treated at health units of the Health District of the Railway Suburb in Salvador, Bahia. **Methodology:** an observational cross-sectional study using a sociodemographic and clinical questionnaire and adapted *Morisky-Green* adherence test. **Results:** 34 patients with LTBI participated. Most users are adherent to pharmacotherapy. Furthermore, a small number are few adherents. No non-adherent users were found. Adherence to LTBI treatment is related to sociodemographic and clinical variables. The most significant variables were level of education, presence of alcoholism, smoking, occurrence of ADRs, difficulties in obtaining medications from health units, use of other medicines for LTBI symptoms, presence of chronic diseases, and risk factors for LTBI. The study clarified 26.8% (r^2) of the behaviour of the adherence profile. **Conclusion:** it is demonstrated that there is a need for better management of LTBI treatment in the Salvador Suburban Health District. Future research is valid for deepening this study. A protocol and/or flow is suggested to promote adherence of people with LTBI. **Keywords:** Treatment Adherence; Latent Tuberculosis Infection; User; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Combater doenças como a tuberculose (TB) é imprescindível em todo o mundo. Trata-se de uma doença prevalente em muitos países pobres, em

desenvolvimento e até mesmo em países desenvolvidos¹. As repercussões dessa enfermidade afetam desde a economia até aspectos socioculturais. Por isso o enfoque de todos os países na eliminação de vez a doença². Somente em 2020, a TB acometeu cerca de 9,9 milhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 1,3 milhão de óbitos HIV³.

A Organização Mundial da Saúde, no ano de 2018, publicou uma estratégia para a eliminação da tuber-

Corresponding / Correspondence: Magno Oliveira Ramos – Endereço: Rua Silveira Martins, 2555 – Cabula, Salvador – BA, 41150-000 – E-mail: magnusso1@yahoo.com.br

culose (*End TB Strategy*), a qual estabeleceu diretrizes para o fim da tuberculose como problema e questão de saúde pública até 2035¹. O Ministério da Saúde orienta a notificação e o registro do tratamento da ILTB em todo o Brasil e tem reportado uma elevação das notificações no decorrer de 2018 e 2019⁴.

A Bahia apresentou 3.861 notificações de tratamento de ILTB em 2021, ocupando o 6º lugar dentre os estados brasileiros em número de casos, e o 19º lugar em taxa de incidência⁵. Já Salvador, em 2021, apresentou 1.331 casos ativos de TB, com uma incidência de 46,1/100 mil habitantes. Desses, 46,1 foram a óbito, sendo o coeficiente de mortalidade por TB/100 mil habitantes de 3,5%⁵. Esses dados ressaltam a relevância deste estudo, amplifica a necessidade de controle da doença e reafirma a tuberculose como um desafio à saúde pública mundial^{6,7}.

A infecção latente por tuberculose, ou simplesmente ILTB, não deve ser confundida com tuberculose ativa. Isso porque, na ILTB, o usuário tem o bacilo sem, contudo, desenvolver a forma ativa da doença⁴. A ILTB equivale ao período entre a introdução do *Mycobacterium tuberculosis* no corpo humano e o posterior surgimento da TB na forma ativa^{8,9}. Os sintomas nem sempre surgem, por conta do próprio decurso da doença e pelas características inerentes a cada indivíduo¹⁰. Por ter um ciclo de evolução lento, Zwick, Pepperell e Alagoz (2021)¹¹ descrevem que o quadro característico de ILTB se manifesta, tipicamente, de forma imperceptível e assintomática, o que demonstra a dificuldade em controlar, rastrear e tratar a doença.

Seu contágio e sua transmissão se dão por meio da inalação de partículas suspensas no ar que contêm o bacilo, principalmente por via aérea. Porém, identificam-se algumas particularidades, tais como grau de exposição, grau de infecção do caso e de fatores imunológicos particulares¹¹. Sobre a doença, Pavinati *et al.* (2023)¹² relataram a possível existência de indivíduos imunocompetentes, que convivem com a infecção, apesar de permanecerem, ao longo dos anos, sem disseminar o bacilo. Fatores como idade inferior a dois anos ou superior a 60 anos, coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), farmacoterapia com imunossupressores, doenças pré-existentes e outras condições e (ou) comorbidades, como *diabetes mellitus* e desnutrição, aumentam ainda mais o risco de contrair a ILTB⁵.

O tratamento de ILTB se desenvolve em um contexto, no qual o usuário deve ser monitorado e acompanhado mensalmente, para proporcionar melhor adesão e eliminar a infecção. No Brasil, dois esquemas terapêuticos são recomendados para o tratamento da ILTB: um com Isoniazida, e outro com Rifampicina. Recentemente, foi incorporada ao elenco para tratamento de ILTB a associação Rifapentina mais Isoniazida¹³.

Os esquemas para ILTB são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde¹⁴. Em seguida, de acordo com Rover *et al.* (2017)¹⁵, são distribuídos como parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica até chegar às unidades de saúde municipais de referência

em tuberculose. Portanto, as condutas no tratamento da ILTB devem ser estabelecidas e norteadas com base no seu diagnóstico clínico precoce, por meio de programas de saúde disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶, sendo uma pauta prioritária nas políticas públicas do Brasil. Se a conduta terapêutica não for satisfatória ou o esquema não for compatível com a circunstância do indivíduo, pode haver uma baixa adesão ao tratamento da ILTB⁶.

Entende-se como adesão não somente aquela baseada no nível de concordância entre as sugestões do prestador de cuidados de saúde e a conduta do usuário relativamente ao regime terapêutico proposto, como também os estudos que demonstrem as particularidades dos usuários em tratamentos terapêuticos^{17,18}. A adesão ao uso de medicamentos vem sendo investigada e debatida na literatura científica por diversos estudiosos. O processo de adesão engloba uma pluralidade de fatores¹⁸. De acordo com Lavsa, Holzworth e Ansani (2011)¹⁹, a determinação da adesão constitui um parâmetro que auxilia na identificação de indivíduos não aderentes e na constatação de dificuldades de adesão ao medicamento. Linhares e Paz (2020)²⁰ reforçaram que a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional, coexistindo com diversos aspectos associados, como o conceito de doença, de tratamento, a relação entre o sistema de saúde e os profissionais. A adesão considera contextos tanto próprios dos usuários como do meio em que ele se insere.

É por isso que este estudo teve por objetivo investigar a adesão ao tratamento farmacológico de ILTB em usuários atendidos nas unidades de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, no município de Salvador, Bahia, a partir de fatores sociodemográficos e clínicos.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo

O estudo foi transversal e observacional, com a finalidade de avaliar a adesão ao tratamento farmacológico de usuários diagnosticados com ILTB, utilizando-se de questionário sociodemográfico e clínico, bom como teste de adesão *Morisky, Green* e *Levine* (1986)²¹ para este estudo.

População do Estudo

A população do estudo foi constituída por usuários com ILTB acompanhados nas unidades de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador. Os pacientes participaram do estudo voluntariamente, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Critérios de inclusão

Ser usuário do sistema de saúde, adulto, de ambos os sexos, com diagnóstico de ILTB. E ainda: estar em uso de medicamentos para tratamento da ILTB, ser capaz de

entender, verbalizar e responder às questões e concordar em participar do estudo, estar cadastrado na unidade de saúde em que faz tratamento, residir no Distrito Sanitário do Subúrbio do município de Salvador.

Critérios de exclusão

Usuários com dificuldades cognitivas que ofereçam impedimento à compreensão do estudo, impossibilitando respondê-lo, ou qualquer condição aguda ou crônica que limite a capacidade do usuário em participar do estudo, e usuário que se recusou a participar da pesquisa por livre e espontânea vontade.

Entrevistas

Os participantes foram entrevistados no período de março a setembro de 2023, pelo próprio pesquisador, em consultórios, com auxílio da equipe de saúde de cada unidade, devidamente treinada. As ocasiões foram primeira consulta e as consultas seguintes, mediante atendimentos de retorno. A entrevista foi composta por três blocos: a) características sociodemográficas do usuário, b) características clínicas e c) teste de medida de adesão de *Morisky, Green e Levine*²¹ (1986). À medida que os usuários foram diagnosticados com ILTB, ou foram adquirir seus medicamentos, o questionário foi aplicado. O questionário foi preenchimento por meio do formulário *on-line* no *google forms*.

Amostragem

A população do estudo considerada foi composta pelos indivíduos em tratamento de ILTB durante o período de sete meses (março a setembro de 2023). Já a seleção da amostra foi realizada por conveniência.

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (Parecer Consubstanciado de n.º 5.975.418) e reconhecida através do Termo de Anuência fundamentado

no Parecer nº. 067/2022 da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas, da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Salvador, Bahia. A pesquisa cumpre a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/12 CNS/MS.

Coleta de dados

Foi constituído um banco de dados no *software SPSS® Statistics* versão 29.0.1, a partir do questionário respondido por cada usuário. Foram cumpridas as seguintes etapas: a) aplicação de questionário; b) estatística descritiva e correlações das condições sociodemográficas e clínicas dos usuários; c) teste do qui-quadrado e teste de *Sperman* e d) teste de adesão de *Morisky, Green e Levine* (1986)²¹.

Teste de adesão de *Morisky-Green* adaptado

Delgado e Lima (2001)²² validaram o instrumento de adesão desenvolvido por *Morisky, Green e Levine* (1986)²¹, verificando as respostas na escala de *Likert* com as pontuações: sempre (0), quase sempre (1), com frequência (2), às vezes (3), raramente (4) e nunca (5). Essa escala é bastante utilizada e validada como método para caracterizar a adesão a medicamentos^{23,24,25}. Fundamenta-se no fato de que o uso inadequado de medicamentos acontece, fundamentalmente, por meio de uma ou de todas as seguintes maneiras: esquecimento, falta de cuidado e interrupção do medicamento quando se sente melhor, ou quando se sente pior. A partir disso, a adesão ao tratamento de ILTB, para este estudo, foi estabelecida por seis itens (Quadro 1).

No quadro 1, os itens (questões) 1, 2, 3 e 4 do teste foram adaptados de *Morisky, Green e Levine* (1986)²¹; o item 6 (questão) foi adaptado de Ramalhinho (1994)²⁶. Já o item 7 foi adaptado de *Shea et al.* (1992)²⁷. O instrumento adaptado para este estudo foi cotado numa escala de tipo *Likert* que varia de *sempre* = 0 a *nunca* = 5. Valores mais elevados mostram uma melhor adesão ao tratamento, em contraste com os valores mais baixos, que indicam uma menor adesão.

Quadro 1 – Teste de adesão de *Morisky-Green* adaptado em 2023.

Itens (Questões)	Respostas (Pontuação)					
	Sempre = 0	Quase sempre = 1	Com frequência = 2	Às vezes = 3	Raramente = 4	Nunca = 5
1 – O(a) senhor(a), às vezes, esquece de tomar seu medicamento?						
2 – O(a) senhor(a), às vezes, se descuida quanto ao horário de tomar seu medicamento?						
3 – Quando o(a) senhor(a) se sente bem, às vezes deixa de tomar seu medicamento?						
4 – O(a) senhor(a) alguma vez deixou de tomar seu medicamento por iniciativa própria, após ter se sentido pior?						
5 – O(a) senhor(a) alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos por sua iniciativa própria, após ter se sentido pior?						
6 – O(a) senhor(a) alguma vez interrompeu o seu tratamento por ter deixado acabar o medicamento?						
7 – O(a) senhor(a) alguma vez deixou de tomar o medicamento por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						

Fonte: adaptado de *Morisky, Green e Levine* (1986), 2022.

A cada uma das respostas às sete perguntas contidas no teste, foi atribuído um valor de 0 a 5 pontos. Somam-se os valores de todas as questões do teste, gerando uma escala de pontuação total que pode variar entre 0 e 35 para cada usuário. Quanto maior a pontuação, mais aderente é o usuário; do contrário, menos aderente ele é (Quadro 2).

Os usuários com pontuação total de 35 ou próxima desse valor foram considerados como mais aderentes; já os usuários com pontuação de 0 a 11 foram considerados como não aderentes, e aqueles entre 12 e 22 como menos aderentes ou moderados (Quadro 2).

Quadro 2 – Escala de pontuação para classificação dos usuários de acordo com o teste de Morisky-Green adaptado.

Pontuação obtida pelo usuário no teste de Morisky -Green	Classificação do usuário em relação a adesão
23,0 a 35,00 pontos	Mais aderente
12,0 a 22,0 pontos	Menos aderente (moderado)
0 a 11,0 pontos	Não aderente

Fonte: adaptado de Morisky, Green e Levine (1986), 2022.

RESULTADOS

Na tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas dos 34 usuários. Percebe-se que, em relação ao sexo ao nascer, 58,8% (N=20) foram do sexo masculino, enquanto 38,2% (N=13) foram do sexo feminino. Apenas 1 (2,9%) prefere não dizer. A idade variou de 23 a 71 anos, sendo que a média de idade foi de 45,3 anos, e a mediana foi 43,5 anos. A maioria dos usuários tinha idade igual ou superior a 40 anos, representando 70,6% (N=24) da amostra. As idades de 38 e 42 anos foram as mais frequentes na amostra estudada.

A orientação sexual prevalecente foi a heterossexual (94,1%, N=32). A união estável foi predominante (29,4%, N=10) em relação às demais. A faixa de renda mensal de R\$ 1.302,00 a R\$ 2.604,00 (44,1%; N=15) foi a mais frequente. No que se refere ao grau de escolaridade, o ensino médio completo (38,2%, N=13) foi recorrente. Constatou-se que existe um desconhecimento sobre a ILTB (64,7%, N=22). Quanto à cor ou raça com a qual o usuário se reconhece, a maioria (44,1%, N=15) se auto-declarou negra.

Em relação à religião, a maioria se identificou como evangélica (38,2%, N=13). Durante a pesquisa, não foi identificada usuária grávida. A grande maioria (88,2%, N=30) não reside sozinho. Percebe-se que 26,4% (N=9) deles moram com, pelo menos, 4 pessoas ou mais. No que se refere ao uso de substâncias que potencializam ou constituem fatores de risco para desenvolver ILTB, 50% (N=17), utiliza, pelo menos, álcool 38,2% (N=13) ou cigarro 11,8% (N=4). Também, 23,5% (N=8) fazem uso de outras substâncias que contribuem com o risco de desenvolver ILTB, mas, por questões éticas e de sigilo, não foram mencionadas.

O número de usuários que não fazem uso de nenhuma substância com potencial para elevar o risco de desenvolvimento de ILTB foi de 26,5% (N=9). A seguir, encontra-se a Tabela 1, com as características sociodemográficas dos 34 usuários deste estudo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos 34 usuários em acompanhamento com ILTB nas unidades de saúde.

Característica	N	Percentual
Intervalos de idades		
Até 38 anos	10	29,4%
Entre 39 e 44 anos	8	23,5%
Entre 45 e 54 anos	9	26,5%
Superior a 54 anos	7	20,6%
Sexo do usuário		
Masculino	20	58,8%
Feminino	13	38,2%
Prefere não dizer	1	2,9%
Orientação sexual do usuário		
Heterossexual	32	94,1%
Homossexual	2	5,9%
Estado civil		
Casado(a) legalmente	7	20,6%
Solteiro(a)	8	23,5%
Viúvo(a)	2	5,9%
Separado(a) ou divorciado(a)	5	14,7%
União estável há mais de seis meses	10	29,4%
Prefere não dizer	2	5,9%
Gestante		
Sim	2	5,8%
Não	34	94,2%
Escolaridade (nível de instrução) do usuário		
Sem instrução	2	5,9%
Ensino Fundamental incompleto	8	23,5%
Ensino Fundamental completo	0	0%
Ensino Médio incompleto	3	8,8%
Ensino Médio completo	13	38,2%
Ensino Superior incompleto	3	8,8%
Ensino Superior completo	4	11,8%
Não sabe informar	1	3%
Cor ou raça com que o usuário se reconhece		
Amarela	2	6%
Branca	7	20,5%
Indígena	0	0%
Parda	10	29,4%
Negra	15	44,1%
Não quis informar	0	0%
Religião do usuário		
Catolicismo	7	20,5%
Espiritismo	1	3%
Evangélico	13	38,2%
Ateu	1	3%
Sem religião	7	20,5%
Outra	5	14,8%

Renda mensal do usuário		
Menos de 01 salário-mínimo (R\$ 1.302,00)	7	20,6%
R\$ 1.302,00 – R\$ 2.604,00	15	44,1%
R\$ 2.605,00 – R\$ 3.906,00	8	23,5%
R\$ 3.907,00 – R\$ 5.209,00	3	8,8%
R\$ 5.209,00 – R\$ 6.511,00	0	0%
Acima de R\$ 6.511,00	0	0%
Não sabe informar	1	3%
Pratica alguma atividade física		
Sim	20	58,8%
Não	14	41,2%
Ocupação:		
Açougueiro	1	2,9
Aposentado	3	8,8
Atendente	2	5,9
Autônomo(a)	1	2,9
Auxiliar adm.	1	2,9
Avulso	1	2,9
Comerciante	3	8,8
Cozinheira	1	2,9
Desempregada	1	2,9
Doméstica	3	8,8
Enfermeira	1	2,9
Jardineiro	1	2,9
Lojista	1	2,9
Mecânico de automóveis	1	2,9
Microempreendedor	1	2,9
Motorista	1	2,9
Operador de processos de água e de esgoto	1	2,9
Pedagogo	1	2,9
Recepcionista	1	2,9
Técnica de enfermagem	1	2,9
Varredor	1	2,9
Vendedor	3	8,8
Vigilante	2	5,9
Zelador	1	2,9
Reside sozinho(a)		
Sim	4	11,8%
Não	30	88,2%
Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)		
0	4	11,8%
1	4	11,8%
2	8	23,5%
3	9	26,5%
4	5	14,7%
Mais de quatro	4	11,8%
Faz uso da(s) substância(s)		
Álcool	13	38,2%
Cigarro	4	11,8%
Outra(s)	9	26,5%
Não faz nenhum uso	8	23,5%
Total	34	100,00%

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Nota-se que as atividades de comerciante e vendedor foram mais frequentes, pois, juntas, representaram 17,6% (N=6). Outras ocupações que têm contato com o público também apareceram no estudo, tais como zelador, vigilante, varredor, atendente, lojista, motorista, recepcionista e técnico em enfermagem. A maioria dos usuários, representada por 47,1% (N=16) da amostra, não sabe dizer se teve contato com algum doente de TB, enquanto 35,3% (N=12) afirmaram ter contato com portador da doença.

Observou-se que 67,6% (N=23) das pessoas estudadas não sabem dizer o grau de aproximação com a pessoa que tem tuberculose. No entanto, irmão e amigo, juntos, foram responsáveis por 17,6% (N=6) dos contatos com portadores de tuberculose (Tabela 2). A maioria dos usuários tiveram peso entre 60kg e 80kg; alguns poucos usuários tiveram pesos concentrados entre 30kg e 60kg. Sobre o IMC dos usuários, houve um percentual de 17,7% (N=6) deles que apresentaram peso abaixo do preconizado, sendo 2 usuários com subpeso severo e 4 usuários com subpeso. A seguir, insere-se a Tabela 2 com as condições clínicas dos 34 usuários do estudo.

Tabela 2 – Características clínicas dos 34 usuários em acompanhamento com ILTB nas unidades de saúde.

Característica	N	PERCENTUAL
Contato com portador de tuberculose		
Sim	12	35,3%
Não	6	17,6%
Não sabe dizer	16	47,1%
Sabe o que é ILTB		
Sim	12	35,3%
Não	22	64,7%
Grau de aproximação com portador de tuberculose		
Amigo	4	11,8%
Avós	1	2,9%
Irmão ou irmã	2	5,9%
Pais	1	2,9%
Outro	3	8,8%
Não sabe dizer	23	67,7%
Tempo de consulta médica		
Há mais de 3 meses	9	26,5%
Há mais de 5 meses	6	17,6%
Há mais de 6 meses	2	5,9%
Nos últimos 3 meses	17	50,0%
Participação em grupos educativos para tuberculose		
Sim	12	35,3%
Não	9	26,5%
Não existe grupos na unidade de saúde		
Internamento por causa de ILTB nos últimos 3 meses	13	38,2%
Sim		
Sim	5	14,7%
Não	29	85,3%
Como adquire medicamentos para ILTB quando faltam		

Perfil de sensibilidade a antibióticos de isolados animais de *Enterococcus hirae* e *Enterococcus casseliflavus*

Consigno emprestado com vizinho ou familiar.	1	2,9%
O médico troca por um medicamento que tenha na unidade e que trate ILTB.	1	2,9%
Nunca aconteceu de faltar na unidade.	17	50,0%
A unidade que me atende prontamente consegue o(s) medicamento(s).	8	23,6%
Outra unidade.	7	20,6%
Dificuldades apontadas para retirar o(s) medicamento(s) para ILTB na unidade de saúde		
Medicamento em falta na unidade de saúde.	1	2,9%
Receita em apenas uma via.	4	11,8%
Receita ilegível.	2	5,9%
Receita incompleta.	1	2,9%
Receita rasurada.	2	5,9%
Falta ou ausência do profissional da farmácia.	5	14,7%
Unidade de saúde fechada.	3	8,8%
Nunca teve dificuldade(s) para retirar o(s) medicamento(s).	16	47,1%
Uso de medicamentos para tratar sintomas da ILTB		
Sim	13	38,3%
Não	21	61,7%
Medicamentos para tratar sintomas da ILTB mais usados por usuário		
Ambroxol	3	8,8%
Complexo B e ácido fólico	8	23,5%
Complexo B	1	2,9%
Dipirona	2	5,9%
Dipirona e complexo B	1	2,9%
Dipirona, ambroxol, complexo B	2	5,9%
Loratadina, complexo B	1	2,9%
Omeprazol	1	2,9%
Paracetamol e complexo B	1	2,9%
Paracetamol, bromexina, dipirona	1	2,9%
Sulfato ferroso e complexo B	1	2,9%
Nenhum medicamento	12	35,6%
Medicamentos para tratar sintomas da ILTB foram prescritos por médicos		
Sim	10	29,4%
Não	3	8,8%
Não utilizaram nenhum	21	61,8%
Doenças crônicas relatadas por usuário		
Bronquite	1	2,9%
Dislipidemia	1	2,9%
Hipertensão	4	11,8%
Hipertensão e diabetes	1	2,9%
Hipertensão, diabetes e dislipidemia	2	5,9%
Hipertensão, diabetes e osteoporose	1	2,9%
Obesidade	4	11,8%
Rinite	5	14,7%
Nenhuma	15	44,2%
Medicamento(s) usado(s) para o tratamento de doença(s) crônica(s)?		
Anlodipino e enalapril	1	2,9
Antialérgico	1	2,9
Beclometasona	1	2,9

Budesonida	1	2,9
Desloratadina, budesonida	1	2,9
Dexclorfeniramina	1	2,9
Enalapril, metformina e carbonato de cálcio + vitamina D	1	2,9
Losartana 50mg e anlodipino 5mg	1	2,9
Losartana, hidroclorotiazida, anlodipino	1	2,9
Losartana, hidroclorotiazida, sinvastatina, glibenclamida.	1	2,9
Losartana, enalapril e insulina	1	2,9
Olmesartana medoxomila	1	2,9
Sinvastatina	1	2,9
Sinvastatina, enalapril, amiodorona, clonidina, metformina, gliclazida, valsartna	1	2,9
Não faz uso de nenhum	20	59,4
Tempo que passou pela consulta médica		
Há mais de 3 meses	9	26,5%
Há mais de 5 meses	6	17,6%
Há mais de 6 meses	2	5,9%
Nos últimos 3 meses	17	50,0%
Total	34	100,00%

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

O Quadro 3, a seguir, contém as reações adversas mais comuns apresentadas pelos usuários da amostra estudada. Ressalta-se que alguns usuários apresentaram mais de uma reação. Uma mesma reação adversa também foi desencadeada por vários usuários.

Quadro 3 – Frequência das reações adversas com o uso do(s) medicamento(s) para ILTB.

Nome da reação	Quantidade de usuários com a reação
Náuseas	15 usuários
Vômitos	9 usuários
Diarreia	7 usuários
Dores abdominais	5 usuários
Formigamento ou dormência nas mãos, pés, pernas e braços	4 usuários
Indisposição e mal-estar geral	8 usuários
Manchas avermelhadas na pele	6 usuários
Coloração avermelhada do suor, urina ou lágrima	21 usuários
Dores de cabeça	2 usuários
Nenhuma reação	8 usuários

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

A Tabela 3 mostra o resultado do teste de *Morisky-Green* adaptado, que classifica os usuários em aderentes e menos aderentes. Assevera-se que parte dos usuários (82,4%; N=24) foi considerada aderente, por meio do teste. Desse modo, o **número de** aderentes à farmacoterapia na ILTB foi relevante, se comparado com o percentual dos poucos aderentes (moderados) (17,6%; N=6).

Destaca-se que não houve, para este estudo, usuários não aderentes na amostra. Os resultados denotam que há poucos obstáculos à adesão dos usuários na amostra ao tratamento de ILTB. Isso pode ser comprovado pelo número pequeno de poucos aderentes (N=6).

Tabela 3 – Classificação nos grupos de adesão à farmacoterapia ILTB de acordo com escala de Morisky-Green.

Grupos de adesão à farmacoterapia ILTB	Frequência	Percentual (%)	Grupo
Não aderentes	0	0	1
Menos aderentes (moderados)	6	17,6	2
Aderentes	28	82,4	3
Total	34	100,0	

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Para verificar a correlação entre aderentes e poucos aderentes, foram realizados os testes de normalidade do perfil de adesão apresentado pela amostra. Pelos dados da Tabela 4, percebe-se que o grau de adesão ao tratamento de ILTB não segue uma distribuição normal, pois $p < 0,05$, tanto pelos testes de Kolmogorov-Smirnov como pelo de Shapiro-Wilk.

Tabela 4 – Testes de normalidade da variável grau de adesão ao tratamento de ILTB.

Adesão	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk			Qui-quadrado		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
	,233	34	,000	,836	34	,000	24,882a	10	,006

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Ao comparar os dois grupos entre si, aderentes e pouco aderentes, pelo teste do qui-quadrado, foi possível obter um valor de $p > 0,05$, estabelecendo-se que os grupos de aderentes e menos aderentes não podem estar associados. Porém se observa um nível de significância bem próximo do valor de 0,05, a partir do qual é possível afirmar certo grau de associação entre os grupos.

Tendo em vista a não distribuição normal dos dados para avaliar o grau de adesão, foram correlacionadas as variáveis sociodemográficas e clínicas dos 34 usuários do estudo, por meio do Teste T não paramétrico de *Sperman*. O Quadro 4, a seguir, retrata as correlações entre as variáveis independentes do modelo com o grau de adesão.

Quadro 4 – Correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o grau de adesão pelo Teste T de *Sperman*.

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Grau adesão	
Índice de massa corpórea	Coeficiente de correlação	,092
	Sig. (bilateral)	,605
Fatores de risco para ILTB	Coeficiente de correlação	-,151
	Sig. (bilateral)	,394
Doença(s) crônica(s)	Coeficiente de correlação	,007
	Sig. (bilateral)	,969
Medicamento(s) para amenizar os sintomas da ILTB foram prescrição médica.	Coeficiente de correlação	-,092
	Sig. (bilateral)	,604
Uso de outro(s) medicamento(s) para sintomas da ILTB	Coeficiente de correlação	-,075
	Sig. (bilateral)	,671
Dificuldade(s) para retirar o(s) medicamento(s) na Unidade	Coeficiente de correlação	,034
	Sig. (bilateral)	,847
Participação em grupos educativos para tuberculose	Coeficiente de correlação	-,018
	Sig. (bilateral)	,920
Conhecimento sobre ILTB	Coeficiente de correlação	-,003
	Sig. (bilateral)	,986
Prática de atividade física	Coeficiente de correlação	-,332
	Sig. (bilateral)	,055
Uso de substância(s)	Coeficiente de correlação	-,089
	Sig. (bilateral)	,617
Escolaridade	Coeficiente de correlação	-,129
	Sig. (bilateral)	,467
Renda mensal	Coeficiente de correlação	-,108
	Sig. (bilateral)	,545
Internado por causa da ILTB nos últimos 3 meses	Coeficiente de correlação	,065
	Sig. (bilateral)	,716
Posologia para medicamento(s) ILTB	Coeficiente de correlação	,234
	Sig. (bilateral)	,183
Como realmente tomando o(s) medicamento(s) para ILTB	Coeficiente de correlação	,276
	Sig. (bilateral)	,114
Uso de medicamentos para outras doenças; como diferencia o(s) medicamento(s) para ILTB	Coeficiente de correlação	,268
	Sig. (bilateral)	,126

Ajuda para tomar o(s) medicamentos para ILTB	Coefficiente de correlação Sig. (bilateral)	-,047 ,792
Intervalo das idades	Coefficiente de correlação Sig. (bilateral)	,001 ,997
Sexo do usuário	Coefficiente de correlação Sig. (bilateral)	,002 ,993

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Pelo Quadro 4 das correlações, levando-se em conta a direção do relacionamento entre as variáveis, que é retratada pelo sinal apresentado pelo coeficiente de correlação, nove são positivas e dez são negativas. Correlações positivas indicam que o aumento da adesão corresponde a um aumento também na variável clínica ou sociodemográfica. Já as negativas sugerem o contrário, o aumento na adesão equivale a uma redução na variável clínica ou sociodemográfica, ou vice-versa.

Por outro lado, a força ou magnitude do relacionamento entre as variáveis, medida por meio do valor do coeficiente de correlação obtido pelos dados desta pesquisa, se expressou entre o valor de 0,001 a 0,332 (dentro do intervalo 0,001 a 0,399), retratando correlações fracas. Pelo nível de significância, nota-se que todas são não significativas. Logo, as correlações existem e tendem a ser positivas ou negativas, mesmo que fracas e não significativas.

No intuito de avaliar com mais precisão o comportamento da adesão ao tratamento de ILTB para este estudo, frente às variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários, tendo como base o resultado da escala de *Morisky-Green* adaptada, realizou-se o teste do qui-quadrado para cada grupo identificado pela referida escala: aderentes e pouco aderentes. A variável grau de adesão ao tratamento de ILTB foi confrontada com as variáveis sociodemográficas e clínicas para verificar a associação.

A escolha das variáveis sociodemográficas e clínicas abordadas para compor o teste do qui-quadrado foram aquelas mais citadas pela literatura, por supostamente influenciarem na adesão a medicamentos^{28,29,30,31,32} (Tabela 5).

Tabela 5 – Variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas para o teste do qui-quadrado.

Fatores (variáveis sociodemográficas e clínicas)
Intervalos de idade
Sexo
Escolaridade
Uso de substâncias
Prática de atividade física
Intervalos de índice de massa corpórea (IMC)
Participação em grupos de tuberculose
Dificuldades para retirar medicamento para ILTB
Uso de outros medicamentos para tratar sintomas da ILTB
Presença de doenças crônicas
Reações dos medicamentos para ILTB
Forma que usa o medicamento para ILTB
Fatores de risco para ILTB

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Dessa forma, a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas neste estudo, se verificou sua associação com os dois grupos identificados: aderentes e menos aderentes (Quadro 5).

Quadro 5 – Teste do qui-quadrado entre as variáveis socioeconômicas e clínicas e o grau de adesão de *Morisky-Green* adaptado.

Variáveis socioeconômicas e clínicas	Grau de Adesão	
	Qui-Quadrado (valor)	Significância Assintótica (Bilateral)
Intervalos de idade	31,001 ^a	0,415
Sexo	29,357 ^a	0,081
Escolaridade	53,516 ^a	0,710
Uso de substâncias	19,872 ^a	0,919
Prática de atividade física	12,262 ^a	0,267
Intervalos de índice de massa corpórea (IMC)	42,919 ^a	0,347
Participação em grupos de tuberculose*	31,995 ^a	0,043
Dificuldades para retirar medicamento para ILTB*	96,173 ^a	0,020
Uso de outros medicamentos para tratar sintomas da ILTB	8,401 ^a	0,589
Presença de doenças crônicas	80,226 ^a	0,471
Reações dos medicamentos para ILTB*	238,644 ^a	0,031
Forma que usa o medicamento para ILTB	15,668 ^a	0,736
Fatores de risco para ILTB	30,251 ^a	0,868

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

De acordo com o resultado do teste qui-quadrado do Quadro 5 (assinalado em azul), a participação em grupos de tuberculose nas unidades, as dificuldades encontradas para retirar os medicamentos para ILTB, bem como as reações adversas aos medicamentos (RAMs) para ILTB estão associadas, de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o grau de adesão ao tratamento farmacológico para ILTB.

Relativamente às demais variáveis do modelo, tendo em vista o resultado do teste qui-quadrado, percebe-se que não estão associadas ao grau de adesão ao tratamento farmacológico para ILTB de forma estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Por último, na etapa final das análises, realizou-se o teste Anova ou análise de variância para traçar um modelo de regressão que explique a adesão apresentada neste trabalho. Desejou-se criar um modelo para expli-

car o comportamento da variável dependente grau de adesão ao tratamento farmacológico de ILTB, com base nas variáveis independentes selecionadas. A Tabela 6

mostra o modelo para explicar as tendências apontadas pela adesão ao tratamento de ILTB na amostra estudada.

Tabela 6 – Teste Anova para o modelo estudado.

Modelo	Soma dos quadrados	Gl	Quadrado médio	F	Sig.
Regressão	247,602	12	20,634	,641	,784 ^b
Resíduo	675,457	21	32,165		
Total	923,059	33			

a. Variável dependente: grau de adesão.

b. Preditores (constantes): variáveis sociodemográficas e clínicas.

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Foram obtidos uma estatística F do teste igual a 0,641 e um nível de significância de 0,784 (Tabela 6). Isso indica que o modelo adotado explica o fenômeno da adesão, mesmo não sendo expressivamente significativo. Aponta que a expressão do grau de adesão (Y) está relacionada com as variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas (X_s). De acordo com a proposta de análise da regressão multivariada, o modelo evidenciou a expressão do resultado obtido no grau de adesão a partir

das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Para tanto, o grau de adesão foi tratado como variável dependente (Y), em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, aqui denominadas de variáveis independentes (X_s). Pelas análises, as variáveis apresentadas no modelo explicam aproximadamente 26,8% (r^2) do comportamento apresentado pelo perfil de adesão dos usuários do estudo (Tabela 7).

Tabela 7 – Coeficientes de correlação (r), de determinação (r^2 ou r square), de determinação ajustado (r^2 ajustado ou adjusted r square) e o erro padrão de estimativa (std. error of the estimate).

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,518 ^a	,268	,150	5,671	1,627

a. Preditores: (constante), variáveis sociodemográficas e clínicas.

b. Variável dependente: grau adesão.

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Isso indica que 26,8% do perfil de adesão é explicado pelas variáveis sociodemográficas e clínicas selecionadas. Um percentual relativamente baixo. O Quadro 6 indica os valores dos coeficientes estimados e suas respectivas significâncias para a regressão. A variável sexo e a variável

forma que usa o medicamento para ILTB foram excluídas do modelo, por não fazer sentido falar nelas do ponto de vista quantitativo e (ou) como parâmetro, pois são consideradas variáveis dicotômicas.

Quadro 6 – Coeficientes da regressão multivariada para o modelo adotado.

Modelo	B	Erro padrão	Beta	t	Sig.
(Constante)	44,508	14,281		3,117	,005
Intervalos de idade	-,115	,126	-,248	-,910	,373
Escolaridade	-,390	,670	-,142	-,582	,567
Uso de substâncias	-,690	1,229	-,128	-,561	,581
Prática de atividade física	-4,071	2,231	-,384	-1,825	,082
Intervalos de índice de massa corpórea (IMC)	,010	,285	,009	,036	,972
Participação em grupos de tuberculose	,295	1,368	,049	,216	,831
Dificuldades para retirar medicamento para ILTB	-,256	,467	-,113	-,549	,589
Uso de outros medicamentos para tratar sintomas da ILTB	-,979	2,457	-,091	-,398	,694
Presença de doenças crônicas	-,159	,526	-,076	-,303	,765
Reações adversas dos medicamentos para ILTB	-3,022	0,566	-0,087	-,206	,035
Fatores de risco para ILTB	-,071	,720	-,023	-,098	,923

Variável dependente: grau de adesão.

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

Após análise de significância dos coeficientes individuais, a partir do quadro 6, finalmente, traçou-se a equação do modelo de regressão multivariado para a pesquisa (quadro 7):

Quadro 7 – Modelo de regressão multivariado do modelo.

GRAU DE ADESÃO (Y) => 44,508 – 0,115 Intervalo de idades – 0,390 Escolaridade – 0,690 Uso de substâncias – 4,071 Prática de atividade física + 0,010IMC + 0,295 Participação em grupos de TB – 0,256 Dificuldades de retirar medicamentos ILTB – 0,979 Uso de medicamentos para sintomas ILTB – 0,159 Presença de doenças crônicas – 3,022 Reações aos medicamentos ILTB – 0,071 Fatores de risco para LTB + €

Fonte: dados coletados pelo próprio autor.

DISCUSSÃO

Alguns fatores podem ter contribuído para os resultados apontados. A presença de programas de TB dentro das unidades parece favorecer, de forma positiva, a adesão dos usuários, desde que eles participem. Certamente, a presença de grupos educativos é relevante para que os usuários percebam a ILTB como uma doença que, apesar de silenciosa, em alguns casos, necessita de tratamento.

A presença dos poucos aderentes à farmacoterapia contra ILTB, nesta pesquisa, pode ser explicada por acontecimentos que fogem do controle dos usuários. A falta dos medicamentos para ILTB pode ser apontada como uma agravante, visto que os usuários relataram algum tipo de problema relacionado com a falta do(s) medicamento(s) na data para retirá-los.

Atenção especial deve ser dada aos usuários polifarmácia, principalmente em relação ao impacto no tratamento da ILTB. Um achado importante é que 38,3% (N=13) deles, além de usarem medicamentos para tratar ILTB, fazem uso de outros **farmacos** para amenizar possíveis sintomas da doença. Neste estudo, foram identificadas prescrições de sulfato ferroso, complexo B, dipirona, omeprazol, paracetamol, **ácido fólico** entre outros. Portanto, percebe-se que existe uma tendência de a polifarmácia interferir na adesão.

A presença de doenças crônicas pode também estar atrelada ao perfil de adesão apresentado neste estudo. Doenças como diabetes, bronquite, obesidade, hipertensão e rinite, entre outras presentes nos usuários deste estudo, tiveram impacto na adesão ao tratamento da ILTB, sobretudo com efeito em sua redução. Portanto, provavelmente, essa presença pode estar interferindo no perfil de adesão identificado neste estudo.

Ademais, as reações adversas aos medicamentos para ILTB, de acordo com este estudo, também contribuíram para o perfil de adesão. Dentre as mais recorrentes e mencionadas pelos usuários, encontram-se: coloração avermelhada da urina, náuseas, vômitos e diarreia. Neste estudo, notou-se que a adesão está intimamente relacionada com as reações adversas aos medicamentos para ILTB. E, pelo modelo de regressão traçado, quanto maior o número dessas reações, menor foi a adesão. Muitos

autores já relatam problemas na adesão em virtude de aparecimento de reações adversas^{33,34,35}. Sinaliza-se que, para Prasad, Singh e Gupta (2019)³⁴, nenhuma diferença na frequência de RAMs foi relatada com a ingestão intermitente ou diária de medicamentos antituberculose.

Ao verificar o grau de adesão ao tratamento farmacológico de ILTB, pela escala de *Morisky-Green* adaptada, grande parte dos usuários são aderentes, mas existe um número de usuários classificados como pouco aderentes ou moderados. As razões pelas quais os usuários se apresentaram como pouco aderentes à farmacoterapia podem ser apontadas, possivelmente como: nível de escolaridade; presença de alcoolismo; tabagismo; aparecimento de RAMs; dificuldades para retirar os medicamentos nas unidades de saúde; uso de outros medicamentos para sintomas da ILTB; presença de doenças crônicas; e existência de fatores de riscos para a ILTB.

Contudo, pode-se afirmar que as variáveis sociodemográficas e clínicas, neste estudo, apresentam alguma relação com a adesão ao tratamento da ILTB, no Distrito Sanitário do Subúrbio de Salvador, servindo como medida de prevenção da TB ativa, pois evitam que usuários suscetíveis e infectados pelo bacilo progridam para formas graves da doença, controlando, assim, o ciclo de transmissão. Isso porque a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão ao tratamento da ILTB se refletiu no padrão apresentado pela maioria dos usuários deste estudo.

CONCLUSÃO

O trabalho atingiu o objetivo proposto, que foi estudar a adesão ao tratamento farmacológico de ILTB em usuários nas unidades de saúde do Distrito do Subúrbio do Município de Salvador. Também possibilitou ampliar o conhecimento acerca da adesão ao tratamento de ILTB, bem como da disposição do programa de tuberculose no âmbito do SUS e o panorama do tratamento dessa doença, sob seus aspectos clínicos e sociodemográficos, ao caracterizar o acesso ao atendimento, à terapia farmacológica e descrever o perfil de adesão dos usuários atendidos em um distrito sanitário delimitado.

Nesse contexto, a adesão ao tratamento pode indicar a necessidade de ajustes para manejo da doença, com orientação a todos os profissionais de saúde, e até mesmo os gestores públicos, para futuras recomendações e intervenções no tratamento dessa enfermidade. Isso se justifica porque as mudanças na tomada de decisões, aliadas às políticas públicas, convergem e repercutem na melhoria da qualidade de vida dos usuários com diagnóstico de ILTB. Entende-se que é válida a iniciativa de realizar futuras pesquisas com objetivo de aprofundar e expandir este trabalho. Sugere-se um protocolo e (ou) fluxo para promover a adesão de pessoas com ILTB no Município de Salvador, Bahia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Latent Tuberculosis Infection. Updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Chaudri, NA. Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action World Health Organization (WHO). 2003, 216 pages [English]. ISBN 92 4 154599 2. Annals of Saudi Medicine, v. 24, n. 3, p. 221–222, maio 2004. doi: 10.5144/0256-4947.2004.221.
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>>. Acesso em: 10 mar. 2023.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>>. Acesso em: mar. 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2ª ed. Brasília; 2018. 364 p.
6. Beraldo, AA, et al. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, p. 75–95, 2017. Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0075.
7. Bezerra, WSP, et al. Tratamento irregular da tuberculose: identificação de causas. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 26, p. 101993, 1 jan. 2022. Doi: 10.1016/j.bjid.2021.101993.
8. Dessunti, EM, et al. Latent tuberculosis infection: treatment adherence and Caseprogress. Revista Enfermagem UERJ, V. 21, N. 6, P. 711–717, 2013.
9. Candini LH, et al. Perfil epidemiológico de indivíduos tratados para Infecção Latente por Tuberculose em hospital universitário de 2017 a 2019. Braz J Infect Dis.v. 26, p. 102314–102314, 1 jan. 2022. Doi: 10.1016/j.bjid.2021.102314.
10. Dinnes, J, et al. A systematic review of rapid diagnostic tests for the detection of tuberculosis infection. Health Technology Assessment, v. 11, n. 3, jan. 2007. Doi: 10.3310/hta11030.
11. Zwick, ED, Pepperell CS, Alagoz, O. Representing Tuberculosis Transmission with Complex Contagion: An Agent-Based Simulation Modeling Approach. Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making, v. 41, n. 6, p. 641–652, 1 ago. 2021. Doi: 10.1177/0272989X211007842.
12. Pavinati, G, et al. Indicação do tratamento da tuberculose latente: desafios identificados no sistema de notificação brasileiro, 2018-2022. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 6, n. 2, p. 1–20, 20 jun. 2023. Doi: 10.32811/25954482-2023v6n2.750.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil, 2. ed., Brasília, 2022. 36 p.
14. Yamauti, SM, et al. The essentiality and rationality of the Brazilian national listing of essential medicines. Ciência & Saude Coletiva, v. 22, n. 3, p. 975–986, 1 mar. 2017. Doi: 10.1590/1413-81232017223.07742016.
15. Rover, MRM et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 8, p. 2487–2499, ago. 2017. Doi: 10.1177/0272989X211007842.
16. Cortez, AO, et al. Tuberculosis in Brazil: one country, multiple realities. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 47, n. 2, p. e20200119, 30 abr. 2021. Doi: 10.36416/1806-3756/e20200119.
17. Kwan, YH, et al. Measurement Properties of Existing Patient-Reported Outcome Measures on Medication Adherence: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research, v. 22, n. 10, p. e19179, 9 out. 2020. Doi: 10.2196/19179.
18. Mourão-Júnior, CA, Souza ABD. Adesão ao uso de medicamentos: Algumas considerações. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, v. 1, n. 1, p. 96, 29 maio, 2010. Doi: 10.5433/2236-6407.2010v1n1p96.
19. Lavsa, S, Holzwoth A, Ansani N. Selection of a Validated Scale for Measuring Medication Adherence. Journal of the American Pharmacists Association, p. 90-94, 2011. Doi: 10.1331/JAPhA.2011.09154.
20. Linhares SRDS, Paz EPA. A vivência do tratamento de tuberculose em unidades de Saúde da Família. Escola Anna Nery, v. 24, n. 2, 2020. Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0209.
21. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. Medical Care, v. 24, n. 1, p. 67–74, jan. 1986. Doi: 10.1097/00005650-198601000-00007.
22. Delgado AB, Lima, ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 2, p. 81-100, Lisboa, 2001. Doi: 1645-0086.
23. Fialko L. et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). Schizophrenia Research, v. 100, n. 1, p. 53–59, 1 mar. 2008. Doi: 10.1016/j.schres.2007.10.029.
24. Pérez-Escamilla B, et al. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. Patient Preference and Adherence, p. 569, abr. 2015. Doi: 10.2147/ppa.s76139.
25. Beyhaghi H, et al. Psychometric Properties of the Four-Item Morisky Green Levine Medication Adherence Scale among Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Participants. Value in Health, v. 19, n. 8, p. 996–1001, dez. 2016. Doi: 10.1016/j.jval.2016.07.001.
26. Ramalhinho IMPS. Adesão à terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva: contributo para o seu estudo. 1994. 84f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.
27. Shea S, et al. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. Journal of Public Health, p. 1607-12, Dec. 1992. Doi: 10.2105/ajph.82.12.1607.
28. Mcquaid EL, Landier W. Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions. Journal of General Internal Medicine, v. 33, n. 2, p. 200–206, 4 dez. 2018. Doi: 10.1007/s11606-017-4199-3.
29. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. PLOS ONE, v. 12, n. 10, p. e0186458, 17 out. 2017. Doi: 10.1371/journal.pone.0186458.
30. Brown MT, et al. Medication Adherence: Truth and Consequences. The American Journal of the Medical Sciences, v. 351, n. 4, p. 387–399, abr. 2016. Doi: 10.1016/j.amjms.2016.01.010.
31. Aslani P, Schneider MP. Adherence: the journey of medication taking, are we there yet? International Journal of Clinical Pharmacy, v. 36, n. 1, p. 1–3, 6 dez. 2013. Doi: 10.1007/s11096-013-9901-x.
32. Trubiano JA. New Pathways to Navigate an Old Problem of Tuberculosis Therapy-Associated Adverse Drug Reactions. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, v. 9, n. 9, p. 3450–3451, set. 2021. Doi: 10.1016/j.jaip.2021.06.003.

33. Prasad R, Singh A, Gupta N. Adverse drug reactions in tuberculosis and management. *Indian Journal of Tuberculosis*, v. 66, n. 4, p. 520–532, out. 2019. Doi: 10.1016/j.ijtb.2019.11.005.

first-line tuberculosis antibiotics. *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*, v. 18, n. 4, p. 333–341, ago. 2018. Doi: 10.1097/aci.0000000000000462.

34. Nagarajan S, Whitaker P. Management of adverse reactions to

Submetido em 13/02/2024

Aceito em 22/08/2024