

TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE (TPT): AVANÇOS TERAPÊUTICOS E DESAFIOS NA ADESÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (2021-2026)

Thaís Marinho de Souza Mendonça¹
Diego do Monte Mendonça²
Leonardo Guimarães de Andrade³

RESUMO: Introdução: A tuberculose (TB) continua a ser um grave problema de saúde pública em todo o mundo, influenciada por determinantes sociais e pela Infecção Latente por *Mycobacterium tuberculosis*, que ainda persiste. Nesse sentido, o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) tem sido considerado uma estratégia crucial para interromper a transmissão da doença. **Objetivo:** Investigar os progressos e os obstáculos da adesão ao TPT no Sistema Único de Saúde de 2021 a 2026. **Metodologia:** É uma pesquisa de caráter qualitativo, com uma abordagem descritiva e exploratória, que foi realizada através de uma revisão integrativa da literatura, juntamente com observação participante na Vigilância Epidemiológica de Nova Iguaçu. Foram realizadas buscas nessas bases, utilizando descritores relacionados à tuberculose latente, tratamento preventivo, rifapentina e adesão ao tratamento, e foram incluídos estudos que foram publicados dentro do período estabelecido. Os achados apontam que o 3HP e a Dose Fixa Combinada simplificaram o tratamento e elevaram as taxas de adesão, e a introdução dos testes IGRA melhorou a precisão no diagnóstico. No entanto, questões como vulnerabilidade social e acesso ainda são desafios significativos. **Conclusão:** Chega-se à conclusão de que o TPT só será efetivo com o alinhamento dos progressos tecnológicos e a ação conjunta da vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica e estratégias focadas no paciente.

1

Palavras-chave: Tuberculose Latente. Vigilância Epidemiológica. Nova Iguaçu. Rifapentina. SUS.

ABSTRACT: Introduction: Tuberculosis (TB) remains a major public health problem worldwide, influenced by social determinants and the persistence of latent infection caused by *Mycobacterium tuberculosis*. In this context, Tuberculosis Preventive Treatment (TPT) has been considered a crucial strategy to interrupt disease transmission. **Objective:** To investigate the progress and barriers to adherence to TPT within the Sistema Único de Saúde between 2021 and 2026. **Methodology:** This is a qualitative study with a descriptive and exploratory approach, conducted through an integrative literature review combined with participant observation in the Epidemiological Surveillance sector of Nova Iguaçu. Searches were carried out in scientific databases using descriptors related to latent tuberculosis, preventive treatment, rifampin, and treatment adherence. Studies published within the established time frame were included. The findings indicate that the 3HP regimen and Fixed-Dose Combination simplified treatment and increased adherence rates, while the introduction of IGRA tests improved diagnostic accuracy. However, issues such as social vulnerability and access remain significant challenges. **Conclusion:** It is concluded that TPT will only be effective through the alignment of technological advances with coordinated actions involving epidemiological surveillance, pharmaceutical care, and patient-centered strategies.

Keywords: Latent Tuberculosis. Epidemiological Surveillance. Nova Iguaçu. Rifampin. SUS.

¹Discente do Curso de Graduação em Farmácia. Universidade IGUAÇU / UNIG.

²Discente do Curso de Graduação em Farmácia. Universidade IGUAÇU / UNIG.

³Orientador: do Curso de Graduação em Farmácia. Universidade IGUAÇU / UNIG.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que se espalha principalmente pelo ar, e continua a ser uma das principais questões de saúde pública no mundo todo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que essa doença está entre as principais causas de morte por agente infeccioso, até mesmo ultrapassando outras enfermidades transmissíveis em certos cenários epidemiológicos (WHO, 2024). A TB está profundamente ligada a fatores sociais como pobreza, desigualdade, habitação em condições precárias e acesso restrito aos serviços de saúde, o que a torna uma questão complexa no contexto mundial.

A tuberculose, clinicamente e epidemiologicamente, se apresenta tanto como doença ativa quanto como Infecção Latente por *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB). A ILTB define-se pela presença do bacilo no corpo sem qualquer sinal ou sintoma clínico, não sendo transmissível entre pessoas, mas podendo evoluir para a forma ativa, especialmente em indivíduos com sistema imunológico comprometido (WHO, 2024). É estimado que aproximadamente um quarto da população do planeta esteja infectada de forma latente, servindo como um importante reservatório para novos casos da doença.

A tuberculose é um sério problema de saúde pública no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil tem uma média de 70 mil novos casos por ano, com os maiores índices de incidência nas áreas metropolitanas e nas regiões onde a população é mais vulnerável. Também, a coinfeção TB/HIV é um obstáculo significativo no combate à doença, tornando o manejo clínico mais complexo e exigindo cuidados integrados e estratégicos (BRASIL, 2024).

Nesse contexto, o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) tem sido amplamente indicado como uma das principais estratégias para romper a cadeia de transmissão da doença. O TPT consiste na aplicação de medicamentos a pessoas com infecção latente para diminuir a chance de que ela se torne ativa. Essa estratégia é vista como uma das principais ferramentas para alcançar as metas globais de eliminação da tuberculose, de acordo com as diretrizes internacionais e nacionais (WHO, 2024; BRASIL, 2024).

Ao longo dos últimos anos, houve um significativo avanço nas abordagens terapêuticas do TPT, especialmente com a introdução de esquemas de curta duração, como o regime 3HP (Rifapentina mais Isoniazida). São muitas as vantagens desse esquema em comparação aos tratamentos convencionais: duração menor, menor carga medicamentosa, maior adesão ao tratamento, o que resulta em desfechos clínicos melhores (SOUZA *et al.*, 2025). A introdução

da Dose Fixa Combinada (DFC) é outro avanço significativo, simplificando a posologia e minimizando os erros de administração.

No diagnóstico, houve um grande avanço com a introdução dos testes de liberação de interferon-gama (IGRA), que são mais específicos do que a prova tuberculínica (PPD), especialmente em pessoas que receberam a vacina BCG. Essa nova abordagem aprimora a precisão na detecção de infecções latentes, tornando mais eficazes as estratégias de rastreamento e intervenção em saúde pública (MOLINO *et al.*, 2022).

Do ponto de vista regulatório, a implementação dessas estratégias no Brasil se alinha às orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde, órgãos responsáveis pela regulamentação, incorporação e supervisão das tecnologias em saúde. A avaliação da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos que compõem o TPT é de competência da ANVISA, assim como a autorização de novos esquemas terapêuticos e de combinações de fármacos, como a rifapentina, em defesa da saúde pública.

No entanto, mesmo com os avanços tecnológicos e normativos, a aceitação do tratamento preventivo ainda é um dos maiores obstáculos ao controle da tuberculose. Fatores como a vulnerabilidade socioeconômica, o acesso dificultado aos serviços de saúde, a baixa percepção de risco dos pacientes e a ocorrência de eventos adversos podem levar à interrupção do tratamento (SILVA, 2024; TAVARES, 2024). Nesse sentido, é fundamental que as equipes de saúde, em especial na atenção primária e na vigilância epidemiológica, acompanhem os pacientes e reforcem as estratégias de adesão.

A tuberculose continua a ser um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, especialmente porque a infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* mantém a transmissão ativa da doença, evidenciando a urgência de estratégias preventivas eficazes, como o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) (WHO, 2024; BRASIL, 2024). A introdução do esquema 3HP, que combina Rifapentina e Isoniazida, pode ser vista como um avanço para promover a adesão ao tratamento, mas sua implementação ainda enfrenta barreiras ligadas a questões sociais, ao acesso aos serviços de saúde e à infraestrutura, especialmente em municípios da Baixada Fluminense (SOUZA *et al.*, 2025; SILVA, 2024). Também é importante ressaltar a atuação multiprofissional, que envolve a assistência farmacêutica, a enfermagem e a vigilância epidemiológica, no monitoramento dos pacientes e na diminuição do abandono terapêutico (DANTAS, 2024; OLIVEIRA, 2024). Dessa maneira, este trabalho é relevante uma vez que se

propõe a elucidar os desafios e os progressos do TPT no âmbito do SUS, para que se possa aprimorar tanto as políticas públicas quanto as ações de controle da tuberculose.

Além disso, é importante ressaltar que o controle da tuberculose não é algo que se possa alcançar apenas com medidas isoladas; é um processo que exige uma abordagem integrada que inclui diagnóstico precoce, tratamento eficaz, prevenção e vigilância ativa. A conexão entre os diversos níveis de atenção à saúde e a execução de políticas públicas eficientes são cruciais para diminuir a incidência da doença e para cumprir as metas fixadas pelos organismos internacionais (OLIVEIRA, 2024; MENDES, 2025).

É muito importante entender os avanços no tratamento, as novas abordagens diagnósticas e os desafios da adesão ao tratamento preventivo são cruciais para o fortalecimento das estratégias de controle da tuberculose no Sistema Único de Saúde, especialmente em áreas com alta vulnerabilidade social, promovendo a equidade em saúde e diminuindo o impacto da doença sobre a população brasileira (WHO, 2024; BRASIL, 2024).

O presente estudo tem como objetivo geral analisar os avanços e desafios na implementação do Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) no Sistema Único de Saúde, integrando as evidências científicas recentes, no período de 2021 a 2026, à realidade da vigilância epidemiológica municipal. Como objetivos específicos, busca-se comparar a eficácia do esquema 3HP, composto por rifapentina e isoniazida, com os esquemas clássicos de tratamento preventivo; elencar as principais inovações diagnósticas da Infecção Latente por *Mycobacterium tuberculosis*, com ênfase nos testes IGRA no contexto do SUS; identificar os determinantes da adesão ao TPT nas dimensões sociais, clínicas e organizacionais; avaliar o papel da vigilância epidemiológica e da atuação multiprofissional no monitoramento dos pacientes em tratamento preventivo; e examinar os principais obstáculos operacionais e estruturais relacionados à implementação do TPT em nível municipal, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é qualificada como um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura e da observação participante na Vigilância Epidemiológica do Município de Nova Iguaçu. Esse método possibilitou tanto uma análise estruturada de pesquisas recentes quanto a conexão entre a teoria e a prática profissional no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o que enriquece a

compreensão sobre o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) (SOUZA et al., 2025; SILVA, 2024).

A pesquisa bibliográfica foi feita nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme) e Google Acadêmico, usando descritores controlados (DeCS/MeSH) e termos livres, interligados por operadores booleanos, como: “Tuberculose Latente”, “Tratamento Preventivo”, “Rifapentina”, “Adesão ao Tratamento” e “Vigilância Epidemiológica”. Foram selecionados estudos publicados entre 2021 e 2026, que estavam disponíveis na íntegra, em português, inglês e espanhol, e que tratavam do TPT de forma direta, focando nos esquemas terapêuticos e nos fatores que influenciam a adesão. Estudos duplicados, aqueles anteriores ao período definido e os que não tinham relação direta com o tema foram excluídos (MOLINO et al., 2022; BRASIL, 2024).

Os dados foram analisados qualitativa e interpretativamente, através de uma leitura crítica dos estudos selecionados e da organização das informações em categorias temáticas, que se referem aos progressos no tratamento, inovações no diagnóstico e desafios na adesão ao tratamento. Além disso, a observação participante possibilitou reconhecer questões práticas e operacionais na vigilância epidemiológica municipal, fundamentando a discussão na realidade do SUS. Em função da pesquisa ser baseada em dados secundários, foram seguidos os princípios éticos relativos à utilização e citação de fontes, de acordo com as normas da ABNT (DANTAS, 2024; TAVARES, 2024).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO: DO PPD AO IGRA

Os progressos no diagnóstico da Infecção Latente por *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb) no Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido fundamentais para o aperfeiçoamento das estratégias de controle da tuberculose, especialmente com a adoção de métodos mais sensíveis e específicos. O rastreamento tradicionalmente se baseou na Prova Tuberculínica (PPD), que foi o principal método, mas possui limitações significativas, como resultados falso-positivos em pessoas vacinadas com BCG ou que tiveram contato com micobactérias não tuberculosas. Nesse cenário, os Ensaio de Liberação de Interferon-Gama (IGRA) surgem como um importante avanço, visto que esses testes não são afetados pela vacina BCG, aumentando a precisão do diagnóstico em populações amplamente vacinadas, como é o caso do Brasil (MOLINO et al., 2022; BRASIL, 2024).

O diagnóstico da ILTB é, portanto, indireto, já que não existem sinais clínicos evidentes ou confirmação bacteriológica da doença ativa, mas sim uma avaliação da resposta imunológica do hospedeiro aos antígenos do bacilo. Assim, diversos métodos diagnósticos têm sido empregados de maneira complementar, levando em conta seus prós e contras em termos operacionais e clínicos. Conforme o Quadro 1, os principais testes do SUS são comparados, levando em consideração o método de realização, a interpretação e as limitações, evidenciando os avanços tecnológicos no diagnóstico e sua aplicabilidade na prática da vigilância epidemiológica (MOLINO *et al.*, 2022; WHO, 2024).

Quadro 1 – Comparação entre métodos diagnósticos da Infecção Latente por Tuberculose no SUS. Rio de Janeiro, Brasil, 2026.

Método	Tipo de exame	Vantagens	Limitações
PPD (Prova Tuberculínica)	Teste cutâneo	Baixo custo e ampla disponibilidade	Falso-positivo por BCG; depende de retorno do paciente
IGRA	Exame sanguíneo	Alta especificidade; não sofre interferência da BCG	Alto custo; necessidade de laboratório
LF-LAM	Teste de urina	Resultado rápido; útil em pacientes com HIV avançado	Baixa sensibilidade em pacientes imunocompetentes

Fonte: Adaptado de Brasil (2024); Molino *et al.*, (2022); WHO (2024).

Além do PPD e do IGRA, há também o teste LF-LAM (lipoarabinomanano de fluxo lateral), utilizado especialmente em pacientes com HIV e imunossupressão severa, possibilitando um diagnóstico rápido à beira do leito. Apesar de não ser recomendado para o rastreamento da ILTB em toda a população, sua utilização em situações específicas evidencia o aumento das estratégias diagnósticas para diminuir a mortalidade por tuberculose (WHO, 2024; SILVA, 2024). Assim, a combinação de diferentes métodos de diagnóstico resulta em um manejo mais preciso e personalizado da doença.

Além disso, é crucial que a tuberculose ativa seja excluída antes de iniciar o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), o que deve ser feito por meio de uma avaliação clínica, radiografia de tórax e exames laboratoriais, como baciloscopia e teste rápido molecular (TRM-TB). Essa estratégia diagnóstica conjunta previne que o tratamento preventivo seja administrado de forma inadequada em situações de doença ativa, o que proporciona maior segurança e eficácia nas ações de saúde pública (BRASIL, 2024; SOUZA *et al.*, 2025).

No que diz respeito aos progressos terapêuticos, o 3HP (Rifapentina + Isoniazida) é uma inovação crucial no paradigma do tratamento preventivo, trocando esquemas longos por

regimes curtos. A Rifapentina tem uma meia-vida longa, o que possibilita uma administração semanal, mantendo níveis terapêuticos eficazes, favorecendo a adesão ao tratamento. Em comparação, o esquema tradicional com Isoniazida (9H) exige aproximadamente 270 doses em um período de nove meses, enquanto o regime 3HP requer apenas 12 doses semanais, o que reduz consideravelmente a fadiga terapêutica e o abandono (BRASIL, 2024; SOUZA *et al.*, 2025).

Outro grande passo foi a introdução da Dose Fixa Combinada (DFC), que associa Rifapentina e Isoniazida em um único comprimido, o que torna a administração mais prática e diminui as chances de erros. Além disso, essa inovação fortalece a vigilância epidemiológica ao possibilitar um monitoramento mais eficaz do tratamento e uma logística de distribuição de medicamentos mais eficiente. Assim, constata-se que o progresso dos diagnósticos e das terapias pode, sim, favorecer os índices epidemiológicos da tuberculose, desde que venha atrelado a estratégias efetivas de adesão e monitoramento no SUS (SILVA, 2024; DANTAS, 2024).

A REVOLUÇÃO DA DOSE FIXA COMBINADA (DFC)

Além do PPD e do IGRA, há também o teste LF-LAM (lipoarabinomanano de fluxo lateral), utilizado especialmente em pacientes com HIV e imunossupressão severa, possibilitando um diagnóstico rápido à beira do leito. Apesar de não ser recomendado para o rastreamento da ILTB em toda a população, sua utilização em situações específicas evidencia o aumento das estratégias diagnósticas para diminuir a mortalidade por tuberculose (WHO, 2024; SILVA, 2024). Assim, a combinação de diferentes métodos de diagnóstico resulta em um manejo mais preciso e personalizado da doença.

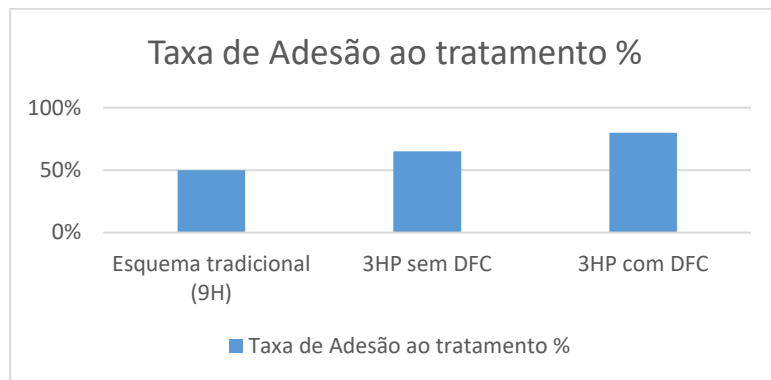
Além disso, é crucial que a tuberculose ativa seja excluída antes de iniciar o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), o que deve ser feito por meio de uma avaliação clínica, radiografia de tórax e exames laboratoriais, como baciloscopia e teste rápido molecular (TRM-TB). Essa estratégia diagnóstica conjunta previne que o tratamento preventivo seja administrado de forma inadequada em situações de doença ativa, o que proporciona maior segurança e eficácia nas ações de saúde pública (BRASIL, 2024; SOUZA *et al.*, 2025).

No que diz respeito aos progressos terapêuticos, o 3HP (Rifapentina + Isoniazida) é uma inovação crucial no paradigma do tratamento preventivo, trocando esquemas longos por regimes curtos. A Rifapentina tem uma meia-vida longa, o que possibilita uma administração semanal, mantendo níveis terapêuticos eficazes, favorecendo a adesão ao tratamento. Em comparação, o esquema tradicional com Isoniazida (9H) exige aproximadamente 270 doses em

um período de nove meses, enquanto o regime 3HP requer apenas 12 doses semanais, o que reduz consideravelmente a fadiga terapêutica e o abandono (BRASIL, 2024; SOUZA *et al.*, 2025).

Outro grande passo foi a introdução da Dose Fixa Combinada (DFC), que associa Rifapentina e Isoniazida em um único comprimido, o que torna a administração mais prática e diminui as chances de erros. Além disso, essa inovação fortalece a vigilância epidemiológica ao possibilitar um monitoramento mais eficaz do tratamento e uma logística de distribuição de medicamentos mais eficiente. Assim, constata-se que o progresso dos diagnósticos e das terapias pode, sim, favorecer os índices epidemiológicos da tuberculose, desde que venha atrelado a estratégias efetivas de adesão e monitoramento no SUS (SILVA, 2024; DANTAS, 2024).

Gráfico 1 – Comparação da taxa de adesão ao tratamento preventivo da tuberculose antes e após a introdução da Dose Fixa Combinada (DFC). Brasil, 2026.



Fonte: Adaptado de Souza *et al.*, (2025); Brasil (2024).

Como mostrado no gráfico 1, a implementação da DFC se relaciona com um aumento significativo nas taxas de conclusão do tratamento, o que ressalta a importância da simplificação terapêutica como um dos fatores-chave para o sucesso do TPT. Esse progresso tem uma influência significativa na chamada “cascata do cuidado”, permitindo que o profissional de saúde direcione sua atuação para o acolhimento, educação em saúde e farmacovigilância, em vez de se restringir a funções operacionais, como contagem de comprimidos (SILVA, 2024; TAVARES, 2024).

No âmbito municipal, especialmente em áreas como a Baixada Fluminense, a DFC facilita não apenas a distribuição de medicamentos, mas também melhora a logística dessa distribuição, já que diminui a complexidade do armazenamento e do controle de estoque. Além do mais, a diminuição do tempo de tratamento para apenas três meses eleva as chances de que

os pacientes finalizem a terapia antes que surjam barreiras sociais, como problemas de acesso aos serviços de saúde ou mudanças nas suas rotinas (MENDES, 2025; OLIVEIRA, 2024).

No entanto, mesmo com os benefícios da DFC, é evidente que o acompanhamento meticuloso da equipe multiprofissional é crucial, especialmente quando se trata de orientar sobre a posologia semanal. A administração inadequada do medicamento, causada por uma compreensão errônea do regime, pode levar a sérias consequências, incluindo a toxicidade medicamentosa. Por isso, a atuação do farmacêutico e da equipe de enfermagem é essencial para que o tratamento seja seguro e eficaz (DANTAS, 2024; BRASIL, 2024).

É possível perceber que a Dose Fixa Combinada traz um grande avanço no controle da tuberculose, mas para que isso se concretize, será fundamental a capacidade operacional dos serviços de saúde e a atuação conjunta da Vigilância Epidemiológica. A tecnologia, por mais avançada que seja, não é capaz de erradicar a doença sem levar em conta os fatores sociais e estruturais que impactam a adesão ao tratamento, reforçando a necessidade de abordagens integradas e centradas no paciente (WHO, 2024; SOUZA *et al.*, 2025).

O DESAFIO DA FARMACOVIGILÂNCIA NO TERRITÓRIO

A farmacovigilância é fundamental para assegurar a segurança do paciente e a efetividade do Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) com o esquema 3HP (Rifapentina + Isoniazida). Mesmo que pesquisas indiquem que a hepatotoxicidade grave ocorra com menos frequência do que no tratamento clássico de nove meses com Isoniazida (9H), a monitorização ativa é crucial, especialmente em áreas com alta vulnerabilidade social, como o município de Nova Iguaçu. Nesse contexto, a Vigilância Epidemiológica precisa atuar de forma preditiva para detectar precocemente potenciais eventos adversos e, assim, prevenir a interrupção do tratamento (SILVA, 2024; BRASIL, 2024).

Dentre os eventos adversos mais notáveis do esquema 3HP, encontram-se sintomas brandos como a síndrome flu-like, que se apresenta com febre, cansaço e mialgia, embora não ofereçam risco à saúde, podem ser vistos pelos pacientes como um indicativo de piora clínica ou falha no tratamento. Essa visão errônea pode resultar na interrupção do tratamento por iniciativa própria, o que destaca a necessidade de uma boa orientação e educação em saúde pela equipe multiprofissional (DANTAS, 2024; SOUZA *et al.*, 2025).

Além disso, a interação entre a Rifapentina e o Dolutegravir (DTG) é um dos maiores desafios clínicos no cuidado de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Durante o tratamento

com Rifapentina, é indicado que a dose de DTG seja ajustada para 50 mg a cada 12 horas, visto que a Rifapentina induz enzimas que podem diminuir as concentrações plasmáticas do antirretroviral. Essa mudança na terapia deve ser feita com atenção e uma comunicação clara entre os profissionais de saúde e os pacientes, para que não haja erros no tratamento do HIV e que não ocorra resistência do vírus (BRASIL, 2024; OLIVEIRA, 2024).

Para que se compreenda melhor os principais eventos adversos e interações medicamentosas que podem ocorrer com o esquema 3HP, sintetizamos na Tabela 1 as manifestações clínicas mais comuns, seus riscos e as condutas sugeridas em farmacovigilância.

Tabela 1 – Principais eventos adversos e interações medicamentosas associados ao esquema 3HP no Tratamento Preventivo da Tuberculose. Rio de Janeiro, Brasil, 2026.

Evento/Interação	Características clínicas	Risco associado	Conduta recomendada
Síndrome flu-like	Febre, fadiga, mialgia	Baixo	Orientação ao paciente e acompanhamento clínico
Hepatotoxicidade	Elevação de enzimas hepáticas	Moderado	Monitoramento laboratorial e avaliação médica
Interação Rifapentina + DTG	Redução da concentração do DTG	Alto	Ajuste da dose do DTG (50 mg 12/12h)
Reações gastrointestinais	Náuseas, vômitos	Baixo	Suporte clínico e orientação alimentar

Fonte: Adaptado de Brasil (2024); Silva (2024); Souza et al., (2025).

Como mostra a Tabela 1, a maior parte dos eventos adversos associados ao esquema 3HP é de baixa gravidade e pode ser controlada com supervisão clínica e aconselhamento. A equipe de saúde deve estar mais atenta, especialmente no caso de pacientes com HIV, às interações medicamentosas, uma vez que podem comprometer a eficácia do tratamento e aumentar o risco de resistência. Portanto, a articulação dos programas de tuberculose e IST/Aids é essencial para que não haja comprometimento da segurança e da continuidade do cuidado (OLIVEIRA, 2024; DANTAS, 2024).

A farmacovigilância, dentro do escopo da Vigilância Epidemiológica municipal, deve ser entendida como uma ferramenta estratégica que não se limita apenas ao monitoramento de eventos adversos, mas que também inclui ações educativas, acompanhamento a longo prazo e um fortalecimento do relacionamento com o paciente. Para evitar que haja administração incorreta e para melhorar as taxas de adesão ao tratamento, a equipe de enfermagem e o farmacêutico precisam garantir que o paciente entenda completamente o regime terapêutico, em especial a posologia semanal (SILVA, 2024; TAVARES, 2024).

Assim, fica claro que a farmacovigilância no território é essencial para que o TPT tenha êxito, principalmente em situações em que a complexidade social e clínica é maior. A adoção de estratégias que são tanto integradas quanto centradas no paciente não só garantem a segurança do tratamento, mas também tornam as medidas de controle da tuberculose no Sistema Único de Saúde (WHO, 2024; BRASIL, 2024) mais eficazes.

VULNERABILIDADE SOCIAL E VIGILÂNCIA ATIVA

Em áreas onde as desigualdades socioeconômicas se evidenciam, como na Baixada Fluminense, a vulnerabilidade social se torna um dos principais fatores que influenciam a adesão ao Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT). Nesses contextos, aspectos como renda insuficiente, acesso restrito aos serviços de saúde, instabilidade no emprego e um nível de escolaridade muitas vezes baixo impactam diretamente a continuidade do tratamento. Ao contrário dos esquemas diários, o esquema semanal do 3HP apresenta um novo desafio comportamental, onde o “esquecimento” da dose única semanal se torna um fator crítico de abandono, ressaltando que a adesão vai além da vontade pessoal, estando intimamente ligada às condições estruturais e sociais do território (TAVARES, 2024; MENDES, 2025).

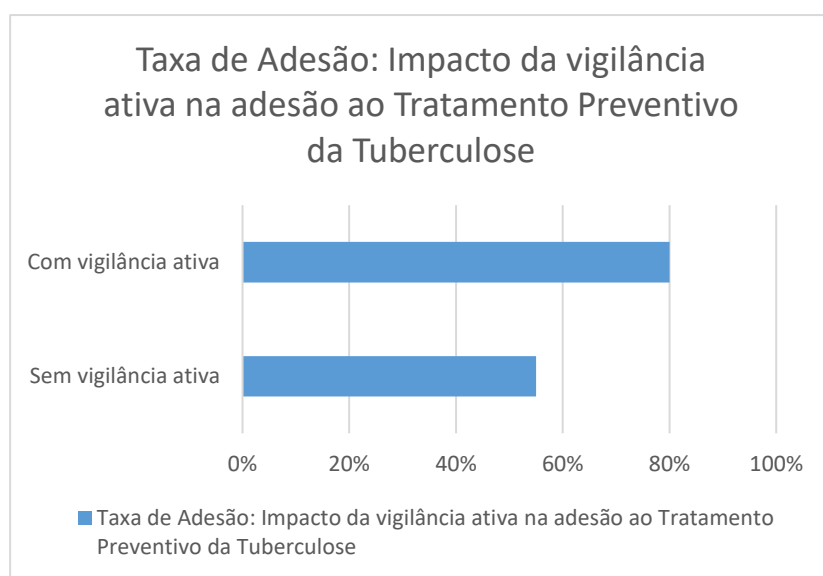
Nesse contexto, a vigilância ativa se apresenta como uma estratégia fundamental para promover e fortalecer a adesão ao tratamento. Na Vigilância Epidemiológica municipal, estratégias como a busca ativa de pacientes, o uso de tecnologias de comunicação (mensagens, ligações, aplicativos) e o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários são essenciais para assegurar a continuidade do cuidado. Essas estratégias ajudam a minimizar as perdas na chamada “cascata do cuidado”, permitindo que mais pessoas em tratamento sejam monitoradas e evitando que abandonem o tratamento precocemente (SILVA, 2024; DANTAS, 2024).

Por fim, a eficácia dos tratamentos de curta duração está intrinsecamente ligada à logística de proximidade e à estruturação dos serviços de saúde. Como mostrado por SOUZA *et al.* (2025), o fato de o esquema 3HP em Dose Fixa Combinada (DFC) estar disponível em unidades de saúde próximas ao domicílio dos pacientes diminui obstáculos ao acesso, como custos de deslocamento e tempo de espera, o que favorece a adesão. Contudo, apesar da comodidade que a tecnologia farmacológica oferece para a aplicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO), é o acolhimento qualificado e a humanização do cuidado que

asseguram a efetividade das medidas de vigilância, convertendo dados epidemiológicos em ações concretas que impactam a saúde da população (SOUZA *et al.*, 2025; OLIVEIRA, 2024).

Para elucidar o impacto das estratégias de vigilância ativa sobre a adesão ao tratamento, a Figura 2 compara cenários com e sem intervenção ativa da Vigilância Epidemiológica, mostrando como a vigilância constante dos pacientes reduz drasticamente as taxas de abandono do tratamento.

Gráfico 2 – Impacto da vigilância ativa na adesão ao Tratamento Preventivo da Tuberculose em áreas de vulnerabilidade social. Rio de Janeiro, Brasil, 2026.



Fonte: Adaptado de Souza *et al.*, (2025); Silva (2024).

Conforme visto no gráfico 2 acima o aumento significativo nas taxas de adesão ao tratamento com vigilância ativa, evidenciando a estreita relação entre serviço de saúde e usuário. Esse resultado corrobora que a adesão ao TPT não está apenas atrelada à eficácia dos medicamentos, mas também à forma como o sistema de saúde é estruturado e à sua capacidade de responder às necessidades sociais da população (SOUZA *et al.*, 2025; WHO, 2024).

Nesse sentido, a vigilância epidemiológica é fundamental, tanto no acompanhamento dos casos quanto na articulação de ações entre diferentes setores para diminuir as disparidades sociais e garantir que todos tenham acesso igual aos serviços de saúde. A conexão entre a atenção primária, a assistência farmacêutica e os programas de controle da tuberculose reforçam a

continuidade do cuidado e ajuda a diminuir a incidência da doença, particularmente em áreas mais vulneráveis (BRASIL, 2024; TAVARES, 2024).

Portanto, fica claro que o combate à tuberculose em áreas vulneráveis necessita de uma abordagem mais ampla, que leve em conta não apenas os fatores clínicos e farmacológicos, mas também os determinantes sociais da saúde. O tratamento preventivo e o progresso das políticas públicas para o controle da doença no Sistema Único de Saúde dependem, em grande parte, de uma vigilância ativa que se complemente com estratégias de acolhimento e proximidade (WHO, 2024; BRASIL, 2024).

4.3 PROTEÇÃO COLETIVA E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

A adesão ao Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) não pode ser analisada apenas pelo prisma do indivíduo, mas também pelo quanto isso é significativo para a proteção de todos e o efeito que causa na epidemiologia da doença. No contexto de alta carga da doença, como em Nova Iguaçu, cada pessoa que finaliza o tratamento preventivo é uma cadeia de transmissão futura a menos, diminuindo os casos de tuberculose ativa registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Assim, o TPT se estabelece como uma estratégia crucial para o controle da doença em uma população, tendo um impacto direto na redução da incidência e da mortalidade da tuberculose (WHO, 2024; BRASIL, 2024).

13

Em outras palavras, a adoção do esquema 3HP, em conjunto com a assistência farmacêutica e a vigilância epidemiológica bem treinadas, torna as ações de saúde pública ainda mais eficazes. A vigilância contínua de eventos adversos, a detecção de interações medicamentosas e o monitoramento regular dos pacientes proporcionam uma segurança terapêutica superior e elevam as taxas de finalização do tratamento. Dessa forma, a vigilância epidemiológica não atua mais apenas como um instrumento de coleta de dados, mas passa a ser uma ação estratégica que transforma o cenário epidemiológico de sua localidade, prevenindo diretamente a ocorrência de novos casos (SILVA, 2024; DANTAS, 2024).

Para que se compreenda melhor os impactos do Tratamento Preventivo da Tuberculose na saúde pública, o Quadro 2 sintetiza as principais contribuições do TPT para o controle epidemiológico da doença, evidenciando sua importância como estratégia no Sistema Único de Saúde.

Quadro 2 – Impactos do Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) na proteção coletiva e no controle epidemiológico. Rio de Janeiro, Brasil, 2026.

Dimensão	Impacto do TPT	Relevância em Saúde Pública
Prevenção da doença ativa	Redução da progressão da ILTB para TB ativa	Diminuição da incidência de novos casos
Interrupção da transmissão	Menor circulação do bacilo na comunidade	Redução da cadeia de transmissão
Redução de notificações no SINAN	Menor número de casos registrados	Melhoria dos indicadores epidemiológicos
Segurança terapêutica	Monitoramento de eventos adversos e interações	Aumento da adesão e sucesso do tratamento
Fortalecimento da vigilância	Acompanhamento ativo dos pacientes	Maior efetividade das ações em saúde

Fonte: Adaptado de Brasil (2024); Silva (2024); WHO (2024).

Como demonstrado no Quadro 2, o TPT tem consequências que vão muito além do indivíduo, afetando diretamente os indicadores epidemiológicos e a dinâmica de transmissão da tuberculose. Reduzir a progressão da infecção latente para a doença ativa e a circulação do bacilo na comunidade é fundamental para o controle sustentável da doença, em especial nas regiões que apresentam maior vulnerabilidade social (SOUZA *et al.*, 2025; MENDES, 2025).

Além do mais, a colaboração entre vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica e atenção primária à saúde reforça a continuidade do cuidado e aumenta a capacidade de resposta do sistema de saúde aos desafios da tuberculose. Essa abordagem integrada possibilita o acompanhamento clínico dos pacientes, além de permitir a adoção de estratégias preventivas eficazes, em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais de controle da doença (OLIVEIRA, 2024; TAVARES, 2024).

Assim, fica evidente que o Tratamento Preventivo da Tuberculose, em conjunto com ações de vigilância ativa e acompanhamento multiprofissional, é uma ferramenta indispensável à saúde coletiva. A implementação dessas práticas no contexto do SUS é crucial para diminuir a carga epidemiológica da tuberculose e para o progresso em direção às metas globais de eliminação da doença (WHO, 2024; BRASIL, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendeu-se, por meio desta pesquisa, que o Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) é uma estratégia imprescindível no controle da doença, especialmente no que se refere à interrupção da cadeia de transmissão pelo manejo da Infecção Latente por *Mycobacterium tuberculosis*. Os dados mostraram que os novos tratamentos, especialmente o 3HP e a Dose Fixa Combinada (DFC), tornaram o tratamento mais simples, o que ajudou a aumentar a adesão e a melhorar os resultados clínicos no Sistema Único de Saúde.

No diagnóstico, a utilização de tecnologias mais específicas, como os testes IGRA, teve um efeito positivo na identificação mais precisa dos indivíduos com infecção latente, possibilitando intervenções mais focadas e eficazes. Contudo, percebeu-se que, apesar dos avanços tecnológicos, a adesão ao tratamento ainda é muito afetada por questões sociais, econômicas e estruturais, principalmente em áreas de alta vulnerabilidade, como a Baixada Fluminense.

A análise também revelou que a farmacovigilância e a vigilância ativa são cruciais para o êxito do TPT, especialmente no que diz respeito ao monitoramento de eventos adversos, à gestão de interações entre medicamentos e ao fortalecimento da relação entre os profissionais de saúde e os usuários. Por conseguinte, o trabalho em equipe, especialmente a contribuição do farmacêutico e da equipe de enfermagem, foi crucial para assegurar que a terapia fosse segura e para minimizar o abandono do tratamento.

Além disso, foi observado que a eficácia das estratégias de controle da tuberculose está diretamente ligada à capacidade dos serviços de saúde em operacionalizar as diretrizes nacionais, ajustando-as às realidades locais. A conexão entre atenção primária, vigilância epidemiológica e assistência farmacêutica, somada à execução de estratégias que priorizam a proximidade e o acolhimento, foi crucial para reforçar a “cascata do cuidado” e promover a equidade em saúde.

Do ponto de vista coletivo, é possível afirmar que cada tratamento preventivo bem-sucedido é um grande passo para a redução da incidência da tuberculose, influenciando os indicadores epidemiológicos e aliviando a carga da doença na região. Assim, o TPT se estabelece como um instrumento estratégico tanto para o cuidado individual quanto para a proteção da saúde pública.

É importante frisar que, mesmo com os progressos tecnológicos, a erradicação da tuberculose depende de uma estratégia abrangente que leve em conta os determinantes sociais da saúde, o fortalecimento das políticas públicas e a formação contínua das equipes de saúde. Logo, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas sobre a aplicação do TPT em diversos contextos regionais e que se desenvolvam estratégias para incentivar a adesão ao tratamento e garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde, de modo a atingir as metas globais para a eliminação da tuberculose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 5/2024-CGPNCT. **Padronização do esquema 3HP em dose fixa combinada**. Brasília: MS, 2024.

DANTAS, A. A. de M. **Construção e validação de um guia prático para operacionalização do sistema de monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV nos serviços de atenção especializada em HIV/AIDS do Rio Grande do Norte**. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, Natal, RN, 2024.

MOLINO, C. G. R. *et al.* **Cost-effectiveness of IGRA versus TST for latent tuberculosis infection screening in Brazil**. *The Lancet Regional Health - Americas*, v. 10, 2022.

MENDES, M. F. X. **Análise dos mandados judiciais no Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro no período de março de 2020 a março de 2022**. 2025. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/25000>. Acesso em: 2 abr. 2026.

NOBOA, R. F. de B. **Questões éticas sobre o tratamento da tuberculose: o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Brasil**. 2023. 152 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <http://www.bdttd.uerj.br/handle/1/20591>. Acesso em: 2 abr. 2026.

OLIVEIRA, R. B. **A atenção primária em saúde no itinerário terapêutico de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS**. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional – PROFSAÚDE) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, João Pessoa, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/35448>. Acesso em: 2 abr. 2026.

SILVA, A. P. **Desafios da Farmacovigilância no uso de esquemas curtos para ILTB**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2024.

SOUZA, R. *et al.* **Impacto da Rifapentina na adesão ao TPT em grandes metrópoles brasileiras**. *Revista de Saúde Pública*, 2025.

TAVARES, J. L. **Os agentes comunitários de saúde como mediadores da comunicação com os pacientes de tuberculose em território manauara.** 2024. Tese (Doutorado em Comunicação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Porto Alegre, 2024. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/272575>. Acesso em: 2 abr. 2026.

QUEIROZ, M. C. R. D. **O papel da CASA A+ na promoção da saúde sexual de pessoas travestis e transexuais no município de Palmas – TO.** 2026. 69 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Tocantins, Câmpus de Miracema, Miracema do Tocantins, 2026. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11612/8165>. Acesso em: 2 abr. 2026.

WHO. **WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 1: Prevention.** Geneva: World Health Organization, 2024.