

# Síntese Rápida de Evidências



## Barreiras e facilitadores na APS para adesão ao tratamento em adultos com hipertensão arterial ou diabetes mellitus tipo 2

Quais são as barreiras e facilitadores para adesão terapêutica de adultos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus tipo 2 na APS?

23 de fevereiro de 2021

### Preparada para:

Departamento de Promoção da Saúde  
(DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

### Preparada por:

Fiocruz Brasília, Brasília, DF  
Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP

### Elaboração:

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva  
Roberta Crevelário de Melo  
Bruna Carolina de Araújo  
César Donizetti Luquine Júnior  
Lais de Moura Milhomens  
Maritsa Carla de Bortoli  
Tereza Setsuko Toma

**Coordenação:** Jorge Otávio Maia Barreto

## Sumário

1.	Contexto .....	3
2.	Pergunta de pesquisa .....	3
3.	Métodos .....	4
3.1	Critérios de inclusão e exclusão .....	4
3.2	Bases de dados e estratégias de busca .....	4
3.3	Seleção de evidências .....	4
3.4	Extração e análise dos dados.....	4
3.5	Avaliação da qualidade das evidências .....	4
3.6	Atalhos para a síntese rápida .....	5
4.	Evidências.....	5
5.	Síntese dos resultados e Barreiras e Facilitadores.....	7
5.1	Barreiras.....	7
5.2	Facilitadores.....	12
6.	Considerações finais .....	14
7.	Referências.....	16
	Apêndices .....	16
	Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca de revisões sistemáticas.....	16
	Apêndice 2. Características das revisões sistemáticas incluídas.....	18



### Mensagens-chave

#### O problema

O cuidado integral e longitudinal da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da diabetes mellitus tipo 2 (DM2) estão inseridas nas práticas do SUS, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a adesão ao tratamento um dos seus maiores desafios. Essa revisão rápida visa descrever as barreiras e os facilitadores da adesão ao tratamento terapêutico de HAS e DM2 na APS.

#### Busca de evidência

Foram realizadas buscas em nove bases de dados que resultaram em 222 referências, e após o processo de seleção de acordo com os critérios de elegibilidade, 7 revisões sistemáticas (RS) foram incluídas nesta síntese narrativa. Na avaliação da qualidade metodológica (AMSTAR 2), uma RS foi classificada como de confiança baixa e seis de confiança criticamente baixa. As barreiras e facilitadores encontrados foram sintetizados, agrupando-se as estratégias conforme sua similaridade quanto aos usuários, profissionais de saúde e sistema de saúde.

#### Barreiras

Sete RS apresentaram barreiras para a adesão ao tratamento de HAS ou DM. As intervenções encontradas foram: *eHealth*, acompanhamento clínico e tratamento farmacológico. Para os usuários, os aspectos emocionais (medo, angústia ou vergonha entre outros), aspectos sociais (acesso aos serviços, educação, custo) e aspectos individuais (estilo de vida, autocuidado, crenças, família) foram mencionados como barreiras à adesão ao tratamento. Os trabalhadores de saúde, por sua vez, referiram a falta de treinamento adequado, fluxo de trabalho, recursos humanos incipientes, além de suas emoções (medo e frustração com a baixa adesão do paciente ao tratamento) como aspectos impeditivos para a adesão dos pacientes de forma satisfatória. Recursos limitados, recursos humanos insuficiente, mão de obra desqualificada e sobrecarga de trabalho foram apontadas como barreiras ao nível do sistema de saúde.

#### Facilitadores

Foram identificados facilitadores para a adesão ao tratamento de DM2 e de HAS em seis RS. Entre os usuários, organizar a atenção para que tenham experiências positivas no início do uso da insulina facilitou a adesão. Também, a oferta de cuidado integral, com a participação de farmacêuticos e agentes comunitários de saúde, foi benéfica inclusive por estimular ações de educação em saúde. Em relação aos trabalhadores, a adoção de abordagem centrada na pessoa e a participação de especialistas foi benéfica para adesão ao tratamento. Ações que tornam mais simples o uso de tecnologias de comunicação, melhorando sua utilização pelos usuários, aumentaram o uso dessas ferramentas para assegurar a adesão. Ademais, garantir o acesso aos medicamentos facilita enormemente que se cumpra o tratamento, bem como ter serviços com recursos físicos e equipes suficientes.

#### Considerações finais

Esta síntese rápida de evidências encontrou barreiras e facilitadores relacionados aos usuários, aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde. As intervenções identificadas foram *eHealth*, acompanhamento clínico, tratamentos farmacológicos com destaque para iniciação à insulina que podem ser aplicadas no contexto da APS. Embora algumas RS não trouxessem informações relativas ao contexto de saúde, decidiu-se incluí-las por haver um entendimento que essas estratégias poderiam ser realizadas em um ambiente de atenção primária. Além disso, houve algumas limitações metodológicas das revisões sistemáticas que devem ser consideradas. Essa síntese rápida não envolveu resultados sobre opções para enfrentamento do problema, uma vez que foram realizadas sínteses com esse foco anteriormente.

## 1. Contexto

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), é considerada uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos em  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg<sup>1</sup>. Ela acomete cerca de 32,5% (36 milhões) de adultos brasileiros e pode ser responsável por cerca de 50% das mortes por doenças cardiovasculares no país<sup>1</sup>.

A diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina<sup>2</sup> e pode ser de dois tipos. A DM tipo 1 em geral manifesta-se de forma abrupta, e acomete especialmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. A DM tipo 2 (DM2) refere-se a resistência à insulina e pode ter início insidioso e sintomas mais brandos. Ela ocorre principalmente em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM2<sup>2</sup>.

Entre 2006 e 2015 estimou-se que essas doenças em conjunto tiveram impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, em US\$ 4,18 bilhões<sup>1</sup>.

O cuidado integral e longitudinal da pessoa com HAS<sup>3</sup> e da DM2<sup>2</sup> estão inseridas nas práticas do SUS, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, sendo a adesão ao tratamento um dos seus maiores desafios. A adesão é o resultado de um processo relacional e educativo entre profissionais e usuários dos serviços, considerando suas necessidades, graus de risco e motivação de cada um. Portanto, sua sustentabilidade necessita construção de estratégias eficazes que envolvam as complexidades da pessoa com hipertensão e/ou diabetes e seus contextos, podendo ser decisiva nos tratamentos farmacológicos, comportamentais e sistêmicos<sup>2,3</sup>.

## 2. Pergunta de pesquisa

Quais são as barreiras e facilitadores para adesão terapêutica da pessoa adulta com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde (APS)?

**Quadro 1.** Acrônimo PICOS de acordo com a pergunta de interesse.

<b>P</b> Problema	Adesão ao tratamento por adultos hipertensos e/ou diabéticos na APS
<b>I</b> Intervenção	Intervenções de adesão terapêutica de usuários hipertensos e/ou diabéticos
<b>C</b> Comparador	Não se aplica
<b>O</b> Desfechos ( <i>outcomes</i> )	Barreiras e facilitadores para adesão terapêutica
<b>S</b> Desenho de estudo ( <i>study design</i> )	Revisões sistemáticas

### 3. Métodos

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS).

#### 3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídas revisões sistemáticas (RS) de ensaios clínicos, de estudos observacionais ou de estudos qualitativos, com ou sem metanálises, publicadas em inglês, espanhol e português, que apresentem barreiras ou facilitadores para a adesão terapêutica de adultos ( $\leq 60$  anos) com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus acompanhados na Atenção Primária à Saúde. Não haverá restrição em relação ao ano de publicação. Não serão incluídos *overviews*, *scoping review*, revisão integrativa, síntese de evidências para políticas, estudos de avaliação de tecnologias de saúde, estudos de avaliação econômica, estudos primários, em idiomas diferentes dos citados anteriormente.

#### 3.2 Bases de dados e estratégias de busca

As buscas foram realizadas em dezembro de 2020 nas bases eletrônicas PubMed, Embase, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS via BVS), *Cochrane Library*, *Epistemonikos*, *PDQ Evidence*, *Health Systems Evidence* (HSE), *Health Evidence* (HE) e *Social Systems Evidence* (SSE). As estratégias de busca utilizadas foram desenvolvidas com base na combinação dos termos referentes a “adesão”, “hipertensão”, “diabetes mellitus tipo 2”, “barreiras”, “facilitadores” e “Atenção Primária à Saúde”, estruturadas a partir do acrônimo PICOS, usando os vocabulários controlados MeSH (PubMed), Emtree (Embase) e DeCS (LILACS), além de seus sinônimos e termos alternativos, adaptando-os às demais bases. Não foram aplicados limites de data e idioma nas buscas. Foi utilizado o filtro de revisão sistemática nas bases, exceto HE (Apêndice 1).

#### 3.3 Seleção de evidências

O processo de seleção foi realizado por meio do aplicativo para gerenciamento bibliográfico Rayyan QCRI<sup>4</sup>. Os títulos e resumos foram lidos por dois revisores, de forma independente, e as discordâncias resolvidas por consenso ou por uma terceira revisora. Os estudos elegíveis foram lidos na íntegra.

#### 3.4 Extração e análise dos dados

Os dados foram extraídos em planilha eletrônica, sendo registradas informações relacionadas à autoria, ano de publicação, objetivos, população, intervenção, resultados, limitações e conflito de interesses. Não foram extraídas informações sobre o comparador.

#### 3.5 Avaliação da qualidade das evidências

A avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas foi realizada utilizando a ferramenta AMSTAR 2 – *Assessment of Multiple Systematic Reviews*<sup>4</sup>. Para

determinar a confiança global nos resultados das revisões sistemáticas, os domínios avaliados como “parcialmente sim” foram computados como se representassem uma falha/fraqueza completa (i.e., avaliados como “não”). Os domínios utilizados como críticos foram aqueles determinados pelos autores no artigo original, com classificação da confiança nos resultados das revisões em alta, moderada, baixa ou criticamente baixa<sup>5</sup>.

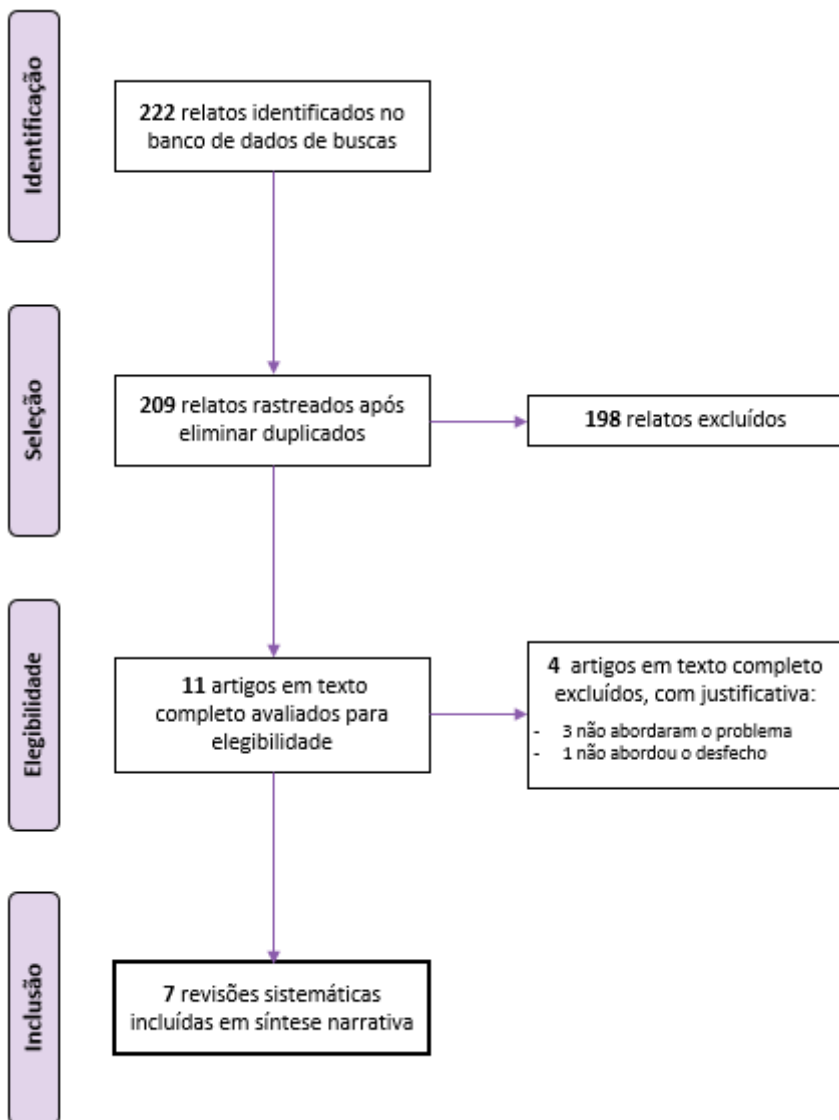
### **3.6 Atalhos para a síntese rápida**

Por se tratar de uma síntese rápida produzida em 5 dias, apenas o processo de seleção de títulos e resumos foi realizado em duplicidade e de forma independente<sup>6</sup>.

## **4. Evidências**

De 222 publicações recuperadas das bases de dados, 209 títulos e resumos foram avaliados após exclusão de duplicatas e 11 publicações elegíveis foram lidas na íntegra, sendo 4 excluídas por não abordarem o problema<sup>7-9</sup> ou não apresentar o desfecho de interesse<sup>10</sup>. Dessa forma, foram incluídas 7 revisões sistemáticas<sup>11-17</sup>. O processo de seleção é apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos



Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA<sup>18</sup>.

## 5. Síntese dos resultados e Barreiras e Facilitadores

A maioria dos estudos primários foram realizados na América do Norte, Europa e Ásia, com destaque para os Estados Unidos da América que é considerado país de alta renda, presente em cinco RS<sup>11,13-15,17</sup>. Nenhuma RS incluiu países da América do Sul na amostra que foi avaliada nesta síntese rápida de evidência. Uma RS<sup>12</sup> não apresentou informações sobre os países em que foram realizados os estudos primários.

A confiança global nos resultados das RS foi classificada como baixa em uma RS<sup>14</sup> e criticamente baixas nas demais<sup>11-13,15-17</sup>, conforme detalhamento na Figura 2.

**Figura 2.** Qualidade metodológica das revisões sistemáticas

	PICO	Protocolo do estudo*	Critérios de inclusão	Estratégia de busca abrangente*	Seleção em duplicata	Extração em duplicata	Lista de estudos excluídos com justificativa*	Descrição adequada dos estudos incluídos	Técnica adequada para avaliar o risco de viés dos estudos*	Fonte de financiamento dos estudos incluídos	Métodos apropriados para a metanálise*	Risco de viés de cada estudo na metanálise	Risco de viés de cada estudo ao interpretar os resultados*	Heterogeneidade dos estudos incluídos	Viés de publicação*	Conflito de interesse	Total
Alvarado <i>et al.</i> 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	○	CB
Janes <i>et al.</i> 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	○	CB
Macdonald <i>et al.</i> 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	○	CB
Maimaris <i>et al.</i> 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	○	B
Ng <i>et al.</i> 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	○	CB
Ong <i>et al.</i> 2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	○	CB
Rushforth <i>et al.</i> 2016	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	○	CB

\*domínios críticos para classificação; M: moderada; B: baixa; CB: criticamente baixa.

Fonte: elaboração própria.

A síntese dos resultados é apresentada, a seguir, no formato de barreiras e facilitadores de intervenções para melhorar a adesão ao tratamento entre adultos com hipertensão e DM2. As principais características das RS são apresentadas no Apêndice 2.

### 5.1 Barreiras

Sete revisões sistemáticas<sup>11-17</sup> abordaram barreiras para a adesão ao tratamento terapêutico de HAS ou DM2, sendo apenas um estudo voltado para a pacientes com HAS<sup>14</sup>.

As intervenções citadas são *eHealth*<sup>11,13</sup>; tratamento farmacológico<sup>14</sup>, acompanhamento clínico<sup>12,16,17</sup>, iniciação à insulina<sup>15</sup>.

A seguir serão apresentadas barreiras para o contexto da atenção primária à saúde, nos níveis de usuários, trabalhadores de saúde e sistemas de saúde.



## 5.1.1 Barreiras relacionadas aos usuários

Intervenção	Barreiras
eHealth	<p>A RS de Alvarado e colaboradores (2017)<sup>11</sup> incluiu 33 estudos sobre estratégias eHealth. As barreiras encontradas foram acerca do <b>analfabetismo tecnológico</b> (24%), <b>baixo nível de alfabetização em saúde</b> (12%) e <b>pouca educação formal</b> (10%). Os autores destacaram que apesar dos pacientes terem acesso a computadores e internet, muitos se sentiam desconfortáveis com o uso da tecnologia e preferiam fazer chamadas telefônicas. Além disso, identificaram barreiras de acesso às tecnologias, onde algumas pessoas não tinham um telefone móvel com <b>capacidade de texto</b> ou a tinham, mas com <b>acesso limitado à Internet</b> (7%). Igualmente, alguns usuários não tinham <b>dinheiro para comprar</b> a tecnologia (12%) ou então começaram com a tecnologia, mas acabaram desistindo devido aos custos. Essa RS ainda identificou que, no geral, o custo das intervenções de tecnologia móvel e sua escalabilidade (capacidade de reproduzir a intervenção em outras populações) eram barreiras importantes<sup>11</sup>.</p> <p>Outra RS<sup>13</sup> identificou também como obstáculo <b>grau de instrução</b> (menor grau de instrução impactou negativamente o uso das tecnologias), além disso, as barreiras elencadas foram em relação ao <b>avanço da idade</b> (está associada com menor capacidade para manipular os equipamentos de tecnologia devido a perdas de habilidade manual), e <b>fatores socioeconômicos</b> (onde pessoas com maior poder aquisitivo têm mais acesso a tecnologias). Além disso, também identificaram barreiras tecnológicas como <b>textos e botões de tamanho pequeno</b> e de difícil manipulação, telas muito estreitas, espaçamento inadequado entre links, e <b>telas muito sensíveis</b> ou pesadas; necessidade de fazer a <b>entrada manual ou upload de dados</b>, o que pode ser uma dificuldade para o uso diário por ser muito complicado ou induzir potencialmente ao erro. Da mesma forma, em muitos estudos, uma sensação de <b>sobrecarga ou incômodo (intrusion) com tecnologias</b> impactou negativamente o uso, bem como <b>problemas de conectividade ou baixa confiança no hardware e software</b>, principalmente quando isso resulta na necessidade de retransmitir e preencher novamente os dados<sup>13</sup>.</p> <p>Os autores salientaram que a <b>baixa auto-eficácia para o uso de tecnologias da informação</b> limitou a capacidade de uso das ferramentas. Contudo, em alguns estudos participantes que tinham dificuldade nessas tecnologias adaptaram-se rapidamente aos <i>smartphones</i><sup>13</sup>.</p>
Tratamento farmacológico	A RS de Maimaris e colaboradores (2012) <sup>14</sup> incluiu dois estudos os quais relataram que o <b>custo</b> dos medicamentos foi apontado como barreira à adesão a tratamentos farmacológicos prescritos para HAS.
Estratégias de acompanhamento clínico	Dentre os vinte e oito estudos presentes na revisão de Janes e colaboradores (2014) <sup>12</sup> , foram apontadas barreiras relacionadas a <b>fatores emocionais</b> como <b>medo ou de angústia ou ressentimento</b> (complicações da doença, falta de controle sobre sua vida, tipo de tratamento recomendado), <b>culpa ou autocensura</b> sobre o estilo de

	<p>vida (por exemplo má alimentação, que afetam a autogestão do paciente, <b>vergonha/constrangimento/estigma</b> sobre a necessidade do uso de medicamento intravenoso e <b>falta de autoconfiança</b>.</p> <p>Também foram identificadas barreiras sobre <b>ideias/crenças</b>, tais como: <b>crenças de saúde sobre a doença</b> (compreensão simplória sobre a doença e divergência com as opiniões dos médicos ou atitude de mudanças apenas com o surgimento dos sintomas), <b>crenças culturais</b> (tratamentos ocidentais considerados modernos “são melhores”)<sup>12</sup>.</p> <p>Em relação aos <b>aspectos sociais</b>, os pacientes relataram impactos negativos da doença sobre: <b>mudança alimentar, e complicações da doença</b> que trazem mudanças no estilo de vida, <b>problemas financeiros</b> (custos relacionados ao tratamento, acompanhamento de saúde, alimentação, entre outros), <b>dificuldades no emprego</b> (inflexibilidade em intervalos e refeições com trabalho por turnos, falta de privacidade para aplicar injeções, falta de doses para evitar hipoglicemia em trabalhos fisicamente exigentes, e declínio da insulina como uma opção de tratamento porque eles dirigem para viver). As barreiras de <b>lazer</b> incluíam a necessidade de planejar com antecedência essas atividades e restringir os exercícios devido ao medo de que os exercícios causassem hipoglicemia. Assim como <b>fatores emocionais</b> (estigma de injetar insulina em público, alimentação e isolamento social) foram vistos como barreiras de <b>apoio social</b><sup>12</sup>.</p> <p>A respeito da <b>relação médico-paciente</b>, foram relatados problemas de <b>comunicação</b> (realizada de forma deficiente), <b>consultas curtas</b> devido à pressão do tempo, <b>falta de confiança no médico e expectativas irrealistas dos pacientes</b>, bem como <b>metas não individualizadas e impostas por clínicos, e diferenças culturais</b><sup>12</sup>.</p> <p><b>Aspectos individuais</b> também foram citados, como as questões relativas à <b>personalidade</b> que pode prejudicar a autogestão do paciente (especialmente naqueles que têm baixa autoeficácia), de <b>gênero</b> (homens foram descritos como piores participantes), e <b>biopsicossociais</b> onde alguns pacientes têm necessidades de saúde complexas, o que torna o tratamento do diabetes mais desafiador. Já as dificuldades no <b>relacionamento familiar</b> eram em decorrência da falta de prioridade e solidariedade dos membros<sup>12</sup>.</p> <p>As barreiras de <b>educação/alfabetização em saúde</b> incluíam falta de alfabetização/educação, falta de educação para a autogestão do diabetes, falta de entendimento sobre os cuidados em saúde e dificuldade de retenção do conhecimento por longo prazo<sup>12</sup>.</p>
<p>Iniciação à insulina</p>	<p>Uma RS<sup>15</sup>, que incluiu 25 estudos, abordou as dificuldades relacionadas com a iniciação à insulina, como o <b>medo de agulha, da injeção e da dor, preocupação com eventos adversos da insulina</b> (como hipoglicemia e ganho de peso), <b>administração de insulina e automonitoramento</b> (especialmente em ajustar as doses de insulina, e alguns viram o monitoramento domiciliar da glicose no sangue como um fardo adicional). Para os pacientes, o início da insulina significava um estágio grave do diabetes sendo considerado como último recurso. Também havia <b>falta de confiança</b></p>

	<p><b>na insulina</b>, onde alguns eram céticos sobre os benefícios da insulina, enquanto outros consideravam a insulina impura, destinada a pessoas mais velhas e associada à disfunção sexual em homens.</p> <p>As <b>atitudes negativas</b> em relação à diabetes e seu tratamento também foram fatores que impediram o início do tratamento com a insulina, vistas pelos pacientes como uma punição e falha pessoal, além de outras atitudes negativas como negação (não acreditavam que houvesse necessidade de iniciar a insulina), percepção imprecisa do objetivo do tratamento e visão fatalista sobre diabetes<sup>15</sup>.</p> <p>Além disso, o <b>estigma</b> e a <b>discriminação</b>; a <b>interferência nas atividades sociais e de trabalho</b>; as visões e <b>experiências negativas da família</b> e dos pares; a <b>perda da independência</b>; a falta de <b>apoio social</b>; e a <b>relação afetada</b> com outras pessoas importantes para o paciente<sup>15</sup>.</p> <p><b>Fatores sociodemográficos</b> também estavam associados a barreiras para o início da terapia com insulina tais como: <b>idosos com baixa acuidade visual, baixa mobilidade e pouco suporte social, nível socioeconômico baixo, alto índice de massa corporal, doenças cardiovasculares e diferenças culturais</b><sup>15</sup>.</p>
--	--

Fonte: elaboração própria.

### 5.1.2 Barreiras relacionadas aos trabalhadores de saúde

Intervenção?	Barreiras
<i>eHealth</i>	<p>A RS de Alvarado e colaboradores (2017)<sup>11</sup> apresentou 14 estudos que apontaram barreiras de médicos sobre o <i>eHealth</i>. Os prescritores relataram como barreiras à tecnologia a falta de <b>integração do fluxo de trabalho</b> (10%), o fato do <b>sistema ser hostil</b> para se manusear. Além disso, a <b>falta de recursos humanos, treinamento incipiente</b> e falta de <b>transparência dos dados dos pacientes</b> nos dispositivos também foram mencionados como empecilhos para a adesão às tecnologia.</p> <p>O <b>nível e engajamento dos profissionais</b> de saúde com as tecnologias sendo testadas e a <b>frequência e qualidade do feedback</b> para os participantes impactaram os níveis de engajamento e satisfação dos pacientes com a tecnologia<sup>13</sup>. A satisfação dos pacientes também foi impactada negativamente caso os profissionais de saúde <b>não utilizassem os dados coletados</b> ou a tecnologia para pensar estratégias personalizadas para gestão da diabetes<sup>13</sup>.</p>
Estratégias de acompanhamento clínico	<p>A RS de Rushforth e colaboradores (2016)<sup>17</sup> pesquisou acerca das estratégias para melhorar a adesão do tratamento da diabete e as principais barreiras apontadas por prescritores foram: a <b>desatualização do médico</b> em relação ao tratamento, sobretudo em relação a inclusão de insulina no tratamento; <b>treinamento incipiente</b> para apoiar as mudanças no comportamento do paciente; e <b>dificuldade de comunicação</b> com pacientes. Ainda, a <b>discordância entre médicos e enfermeiros</b> sobre quem tem o papel central no cuidado e a <b>falta de entendimento dos pacientes</b> sobre a importância de fazer corretamente as medidas que avaliam o controle da</p>

	<p>glicemia também foram apontadas como barreiras para a adesão ao tratamento. Fatores emocionais como <b>frustração</b> do prescritor em relação aos conselhos e adesão do paciente ao tratamento e <b>medo dos efeitos adversos</b> foram mencionados por médicos como problemas para a adesão do paciente ao tratamento. Os médicos também reconheceram que as <b>circunstâncias socioeconômicas e ocupacionais</b> dos pacientes são problemas significativos, especialmente quando a preocupação é assegurar a autogestão. Da mesma forma, a <b>presença de outras comorbidades</b> também limita as estratégias de acompanhamento clínico dos pacientes. No entanto, esses mesmos profissionais têm dúvidas em relação ao quanto os pacientes com DM2 estão preparados para assumir sua <b>autogestão do cuidado</b><sup>17</sup>.</p> <p>A dificuldade de <b>comunicação entre médico e paciente</b> foi considerada um obstáculo importante para as estratégias de acompanhamento clínico serem efetivas<sup>12</sup>.</p>
Iniciação à insulina	<p>A RS de Ng e colaboradores (2015)<sup>15</sup> investigou a adesão de pacientes com diabetes no processo de iniciação de insulina e as principais barreiras identificadas foram: o <b>baixo conhecimento e habilidades; inércia médica; comunicação; e atitudes negativas dos profissionais</b> de saúde em relação à insulina; <b>barreiras linguísticas; falta de boas relações</b> médico-paciente; <b>atitude paternalista; e não engajar pacientes</b> na tomada de decisão.</p>

Fonte: elaboração própria.

### 5.1.3 Barreiras relacionadas ao sistema de saúde

Intervenção	Barreiras
Estratégias de acompanhamento clínico	<p>Rushforth e colaboradores (2016)<sup>17</sup> relataram que os médicos consistentemente descrevem <b>recursos limitados ou restrições do ambiente de trabalho</b> como barreiras. A grande <b>carga de trabalho</b> e as <b>pressões de tempo</b> resultantes prejudicam a capacidade dos médicos de fornecer cuidados como desejam. Além disso, uma ampla gama de fatores em nível de organização também afeta o cuidado, como a <b>disponibilidade de tecnologia da informação</b> e protocolos para estruturar o cuidado do diabetes, a <b>falta de continuidade das equipes</b> e as <b>oportunidades limitadas</b> de educação continuada para os médicos. Os médicos também reconhecem que influências sociais mais amplas também aparecem em vários estudos, incluindo <b>família, comunidade e crenças culturais</b><sup>17</sup>.</p> <p>As dificuldades que permeiam o <b>sistema de saúde</b> são relativas ao <b>acesso aos serviços de saúde, infraestrutura, educação em saúde, disponibilidade de medicamentos e exames, cuidados com diabetes (baixa prioridade para financiadores)</b>. Além disso, foram identificadas a <b>falta de sistemas de recuperação clínica, baixa remuneração para doenças crônicas, gestão da doença e educação inadequada do paciente</b>, conforme Janes e colaboradores (2014)<sup>12</sup>.</p> <p>As barreiras <b>comunitárias</b> incluem <b>falta de transporte público, falta de disponibilidade de alimentos saudáveis e ruas inseguras para caminhadas ou exercícios</b><sup>12</sup>.</p>

Iniciação à insulina	A RS de Ng e colaboradores (2015) <sup>15</sup> aponta para a <b>falta de tempo</b> nos serviços, como uma barreira para a adesão ao tratamento, que seria necessária para que o paciente pudesse deliberar sobre a decisão e para o ajuste da dose de insulina também foi uma barreiras.
Fatores socioeconômicos	A RS de Ong e colaboradores (2018) <sup>16</sup> identificou, em 3 estudos que coletaram por meio de entrevistas as problemáticas da adesão ao tratamento de DM2, barreiras decorrentes do <b>custo dos serviços, medicamentos, gestão do estilo de vida e a capacidade das pessoas com diabetes de pagar por eles</b> . Foi demonstrado que os aspectos relacionados às questões <b>financeiras</b> consistem em barreiras fundamentais para o acesso a medicamentos, influenciando também na adoção à dieta, medicamentos, exames de sangue e encaminhamentos. O último estudo destacou questões estruturais no sistema de saúde, incluindo clínicas superlotadas e acesso insuficiente aos medicamentos.

Fonte: elaboração própria.

## 5.2 Facilitadores

Seis revisões sistemáticas<sup>12-16</sup> apresentaram resultados sobre facilitadores para a adesão ao tratamento terapêutico de HAS ou DM2. Apenas uma revisão abordou somente o tratamento para HAS<sup>14</sup>. A seguir serão apresentados os facilitadores para a adesão ao tratamento de HAS ou DM2 no contexto da atenção primária à saúde, nos níveis de usuários, trabalhadores de saúde e sistemas de saúde.

### 5.2.1 Facilitadores relacionados aos usuários

Intervenção	Facilitadores
<i>eHealth</i>	<p>Pacientes que <b>viam benefícios com o uso das tecnologias</b> estavam mais motivados a utilizá-la e continuaram a usar quando suas expectativas eram atendidas; a percepção sobre os benefícios da tecnologia estavam sujeitas às circunstâncias dos estudos e mudaram com o tempo<sup>13</sup>.</p> <p>Na mesma revisão, algumas características facilitaram a adoção de tecnologias de comunicação entre pacientes com diabetes e profissionais de saúde. Os estudos ressaltaram que <b>a maior automação das ferramentas</b> estava associada a menor incômodo (<i>intrusion</i>) e sobrecarga do uso, aumentando a satisfação dos usuários; <b>a frequência e a forma do feedback</b> recebido também foi considerada uma parte importante do sistema que aumentou o seu uso; sistemas que ofereciam um <b>feedback rápido</b> (pelo próprio dispositivo ou por um profissional de saúde) permitiram que os pacientes fizessem mudanças na sua gestão de caso em tempo oportuno; <b>a apresentação gráfica dos dados</b> foi especialmente útil porque facilitou a interpretação dos dados e identificação de tendências; e <b>disponibilizar os dados coletados para os profissionais e serviços</b> de saúde responsáveis pelos participantes também aumentou a utilidade percebida da tecnologia. Também foram relatados efeitos positivos da <b>mobilidade e a flexibilidade que dispositivos móveis fornecem</b> aos pacientes. Comparados a computadores pessoais, os dispositivos móveis foram</p>

	<p>preferidos mesmo quando a interface era menos amigável ou quando o dispositivo permitia apenas mensagens curtas de SMS. Dispositivos móveis também estavam associados com maior uso ao longo de 2 anos em comparação a PC. Os participantes ainda consideraram importante e desejavam ter <b>flexibilidade e controle sobre quando e onde são monitorados</b>, bem como sobre como eles enviam e recebem informações, para diminuir os níveis de incômodo<sup>13</sup>.</p> <p>Além disso, a RS também apontou que receber <b>suporte e treinamento tecnológico</b> teve um forte impacto no uso da tecnologia, principalmente entre participantes sem experiência com essas ferramentas. Igualmente, receber um pequeno <b>incentivo financeiro</b> no início levou a uma adesão significativamente maior ao telemonitoramento quando os incentivos foram retirados após seis meses em comparação ao grupo que não receberam nenhum incentivo ou receberam incentivos maiores<sup>13</sup>.</p>
<p>Iniciação à insulina</p>	<p>Uma revisão sistemática<sup>15</sup> identificou maior adesão a iniciar o tratamento com insulina quando os pacientes <b>não tiveram medo de injeções, compreenderam os benefícios da insulina</b> (melhorar o controle de açúcar no sangue, prolongar sua vida, reduzir complicações e sintomas e é mais eficaz do que medicamentos orais, eram mais propensos a iniciar a insulina) e passaram por um processo de <b>educação e informação</b> por meio de demonstração prática de injeção de insulina.</p> <p><b>Experiências positivas</b> de outras pessoas e apoio da família, pares e profissionais de saúde <b>facilitaram o</b> início da terapia com insulina<sup>15</sup>.</p>
<p>Atendimento clínico</p>	<p>Ong e colaboradores (2018)<sup>16</sup> encontraram efeitos positivos dos <b>cuidados por farmacêuticos</b> (por meio de um programa de tratamento e gerenciamento de diabetes baseado em farmácia comunitária fornecido por farmacêutico, incluindo suporte para automonitoramento de glicose no sangue, educação, apoio à adesão e lembretes de verificações ou complicações, e atendimento por farmacêutico especializado em tratamento de diabetes) no controle do diabetes e melhores resultados de adesão.</p>
<p>Acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde</p>	<p>Ong e colaboradores (2018)<sup>16</sup> observaram em dois estudos benefícios nos resultados do diabetes quando <b>acompanhados por agentes comunitários de saúde</b>. Também foi observado melhora na média de HbA1c e PAS entre pacientes hispânicos sem seguro e carentes em um estudo de métodos mistos por meio de um <b>programa de educação de autogerenciamento do diabetes culturalmente relevante, liderado por ACS bilíngue treinado</b>. Um outro ensaio descobriu que pacientes indígenas mal controlados atendidos na atenção primária e recebendo uma <b>intervenção por um ACS residente indígena treinado na comunidade com enfoque clínico, de gestão, educação e apoio social e familiar</b> melhoraram os níveis médios de HbA1c em comparação com os controles.</p>

Fonte: elaboração própria.

### 5.2.2 Facilitadores relacionados aos trabalhadores de saúde

Intervenção	Facilitadores
Estratégias de acompanhamento clínico	<p>Na revisão de Rushforth e colaboradores (2016)<sup>17</sup> foi demonstrado que os médicos consideram que, dado o aumento do número de pacientes atendidos na atenção primária, os <b>especialistas</b> podem desempenhar um papel importante de orientação, embora a comunicação nem sempre seja ideal. Também mostrou que alguns médicos, subsequentemente, sentem que uma <b>abordagem mais centrada no paciente</b> é justificada pelas preferências do paciente, conveniência ou pressões para melhorar os resultados.</p> <p>A mesma revisão<sup>17</sup> apontou que alguns médicos admitem <b>explorar as emoções</b> como uma alavanca para mudar o comportamento dos pacientes, incluindo a ansiedade inicial no diagnóstico, onde afirmam que “Quando as pessoas estão se sentindo mais ansiosas com sua doença, é mais provável que queiram absorver informações e fazer mudanças na saúde e no seu estilo de vida”. Apesar do medo dos pacientes de agulhas e hipoglicemia ao discutir a insulina, os médicos relataram que usaram a terapia com insulina como uma ameaça, sendo uma forma de sinalizar a necessidade de uma grande mudança<sup>17</sup>.</p>

Fonte: elaboração própria.

### 5.2.3 Facilitadores relacionados ao sistema de saúde

Intervenção	Facilitadores
Tratamento farmacológico	<p>Maimaris e colaboradores (2012)<sup>14</sup> relataram que os participantes com HAS que gastavam <b>menos tempo no trajeto</b> até uma unidade de saúde (&lt; 30 minutos) apresentaram mais que o dobro de chances de aderir ao medicamento anti-hipertensivo comparados a participantes que levavam mais de 30 minutos.</p> <p>Ong e colaboradores (2018)<sup>16</sup> relataram que, nos EUA, o <b>aumento da cobertura de medicamentos</b> estava associado a uma melhor adesão ao tratamento entre pacientes com diabetes.</p>
Iniciação de insulina	<p>A RS de Ng e colaboradores (2015)<sup>15</sup> identificou como facilitadores: a <b>disponibilidade de informações e educação</b> do paciente; ter <b>equipe treinada</b>; realizar <b>acompanhamento regular</b> por meio de visitas clínicas ou ligações telefônicas; iniciar o uso de insulina na <b>atenção primária</b>; e receber <b>encaminhamento</b> para especialistas.</p>

Fonte: elaboração própria.

## 6. Considerações finais

Esta síntese rápida de evidências encontrou barreiras e facilitadores de intervenções relativas *eHealth*, acompanhamento clínico, tratamento farmacológico, com destaque a iniciação de insulina, que podem ser aplicadas no contexto da APS, para a adesão ao tratamento de adultos hipertensos ou com diabetes mellitus tipo 2.

As barreiras e facilitadores identificados se relacionam a três níveis, usuários, profissionais e sistema de saúde, sendo a maior concentração de informação a respeito das dificuldades de adesão.

Deve-se levar em consideração que algumas revisões não informaram o contexto de saúde onde foram realizadas as intervenções. No entanto, essas revisões foram incluídas por haver um entendimento que essas estratégias poderiam ser realizadas em um ambiente de atenção primária. Além disso, são relevantes as limitações metodológicas das revisões sistemáticas incluídas.

Essa síntese rápida não envolveu considerações relativas à equidade. As opções com estratégias para enfrentamento do problema foram abordadas em sínteses anteriores.



## 7. Referências

1. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3Supl.3):1-83.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, 2013.
4. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210.
5. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008
6. Haby MM, Clark R. Respostas rápidas para Políticas de Saúde Informadas por Evidências. *BIS,* 2016; p.32-42.
7. Christiani Y, Dhippayom T, Chaiyakunapruk N. Assessing evidence of inequalities in access to medication for diabetic populations in low- and middle-income countries: a systematic review. *Glob Health Action* 2016;9:32505.
8. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, Riitano D, McBride K, Brown A. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. *Implement Sci.* 2015 May 22;10:71.
9. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2015 Feb 6;16:12.
10. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract.* 2015;16:102.
11. Alvarado MM, Kum HC, Gonzalez Coronado K, Foster MJ, Ortega P, Lawley MA. Barriers to Remote Health Interventions for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Proposed Classification Scheme. *J Med Internet Res.* 2017 Feb 13;19(2):e28.
12. Janes R, Titchener J. Using the patient-centred medicine clinical framework to better appreciate and explore the many barriers to care in Type 2 diabetes. *Journal of Primary Health Care.* 2014;6(4):340–8.
13. Macdonald EM, Perrin BM, Kingsley MIC. Enablers and barriers to using two-way information technology in the management of adults with diabetes: A descriptive systematic review. *J Telemed Telecare* 2018;24:319–40.
14. Maimaris W, Paty J, Perel P, Legido-Quigley H, Balabanova D, Nieuwlaat R, et al. The Influence of Health Systems on Hypertension Awareness, Treatment, and Control: A Systematic Literature Review. *PLoS Med.* 2013;10(7): e1001490.

15. Ng CJ, Lai PS, Lee YK, Azmi SA, Teo CH. Barriers and facilitators to starting insulin in patients with type 2 diabetes: a systematic review. *International Journal of Clinical Practice*. 2015;69(10):1050–70.
16. Ong SE, Koh JJK, Toh SES, Chia KS, Balabanova D, McKee M, Perel P, Legido-Quigley H. Assessing the influence of health systems on Type 2 Diabetes Mellitus awareness, treatment, adherence, and control: A systematic review. *PLoS One*. 2018 Mar 29;13(3):e0195086.
17. Rushforth B, McCrorie C, Glidewell L, Midgley E, Foy R. Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: qualitative systematic review. *Br J Gen Pract*. 2016;66(643):e114-27.
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097.

## Responsáveis pela elaboração

### Elaboradores

#### **Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva**

Obstetrix, especialista em Saúde Coletiva  
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/0923884031059013>

#### **Roberta Crevelário de Melo**

Gerontóloga, pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologia em Saúde e especialista em Informática em Saúde.  
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/3707606192544178>

#### **Bruna Carolina de Araújo**

Fisioterapeuta, especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde e pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologias em Saúde  
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/3259907478560577>

#### **César Donizetti Luquine Júnior**

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva  
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/3424671335785060>

#### **Lais de Moura Milhomens**

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva  
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/652379396477603>

#### **Maritsa Carla de Bortoli**

Diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde  
Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/7215886815063954>

#### **Tereza Setsuko Toma**

Pesquisadora Científica VI  
Instituto de Saúde - SES/SP  
<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

### Coordenação

#### **Jorge Otávio Maia Barreto**

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz Brasília  
<http://lattes.cnpq.br/6645888812991827>

### Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

### Financiamento

Esta revisão rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GEREB-010-FIO-20

### Link de acesso ao protocolo desta Síntese Rápida:

[https://www.dropbox.com/s/5jl1ibxqmlglk9c/07\\_PROTOCOLO\\_HAS\\_adesao.pdf](https://www.dropbox.com/s/5jl1ibxqmlglk9c/07_PROTOCOLO_HAS_adesao.pdf)

## Apêndices

### Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca de revisões sistemáticas

Data da busca: 17/02/2021

Base	Estratégia	Resultados
PubMed	((("Primary Health Care"[Mesh] OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Primary Healthcare" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Care, Primary") AND (systematicreview[Filter])) AND ("Treatment Adherence and Compliance"[Mesh] OR "Therapeutic Adherence and Compliance" OR "Treatment Adherence" OR "Adherence, Treatment" OR "Therapeutic Adherence" OR "Adherence, Therapeutic")) AND (((("Essential Hypertension"[Mesh] OR "Hypertension, Essential") OR ("Hypertension"[Mesh] OR "Blood Pressure, High" OR "Blood Pressures, High" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures")) OR ("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR "Diabetes Mellitus, Noninsulin-Dependent" OR "Diabetes Mellitus, Ketosis-Resistant" OR "Diabetes Mellitus, Ketosis Resistant" OR "Ketosis-Resistant Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Non Insulin Dependent" OR "Diabetes Mellitus, Non-Insulin-Dependent" OR "Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Stable" OR "Stable Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Type II" OR "NIDDM" OR "Diabetes Mellitus, Noninsulin Dependent" OR "Diabetes Mellitus, Maturity-Onset" OR "Diabetes Mellitus, Maturity Onset" OR "Maturity-Onset Diabetes Mellitus" OR "Maturity Onset Diabetes Mellitus" OR "MODY" OR "Diabetes Mellitus, Slow-Onset" OR "Diabetes Mellitus, Slow Onset" OR "Slow-Onset Diabetes Mellitus" OR "Type 2 Diabetes Mellitus" OR "Noninsulin-Dependent Diabetes Mellitus" OR "Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus" OR "Maturity-Onset Diabetes" OR "Diabetes, Maturity-Onset" OR "Maturity Onset Diabetes" OR "Type 2 Diabetes" OR "Diabetes, Type 2" OR "Diabetes Mellitus, Adult-Onset" OR "Adult-Onset Diabetes Mellitus" OR "Diabetes Mellitus, Adult Onset")))) AND ((facilitators) OR (Barriers))	8
LILACS (via BVS)	('atenção primária à saúde' OR 'primary health care' OR 'atención primaria de salud' OR 'atenção básica') AND ('cooperação e adesão ao tratamento' OR 'treatment adherence AND compliance' OR 'cumplimiento y adherencia al tratamiento') AND ('hipertensão' OR 'hypertension' nor 'hipertensión' OR 'Diabetes Mellitus, type 2' OR 'Diabetes Mellitus tipo 2') AND ( db:("LILACS"))	0
Embase	('primary health care'/exp OR 'first line care' OR 'health care, primary' OR 'primary care nursing' OR 'primary health care' OR 'primary healthcare' OR 'primary nursing care') AND ('hypertension'/exp OR 'htn (hypertension)' OR 'acute hypertension' OR 'arterial hypertension' OR 'blood pressure, high' OR 'cardiovascular hypertension' OR 'controlled hypertension' OR 'endocrine hypertension' OR 'high blood pressure' OR 'high renin hypertension' OR 'hypertension' OR 'hypertensive disease' OR 'hypertensive effect' OR 'hypertensive response' OR 'neurogenic hypertension' OR 'preexistent hypertension' OR 'refractory hypertension' OR 'salt high blood pressure' OR 'salt hypertension' OR 'secondary hypertension' OR 'systemic hypertension' OR 'essential hypertension'/exp OR 'essential arterial hypertension' OR 'essential hypertension' OR 'hypertension, essential' OR 'hypertension, idiopathic' OR 'idiopathic hypertension' OR 'primary hypertension' OR 'spontaneous hypertension' OR 'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'niddm (non insulin dependent diabetes mellitus)' OR 't2dm' OR 'adult onset diabetes' OR 'adult onset diabetes mellitus' OR 'diabetes mellitus type 2' OR 'diabetes mellitus type ii' OR 'diabetes mellitus, maturity onset' OR 'diabetes mellitus, non insulin dependent' OR 'diabetes mellitus, non-insulin-dependent' OR 'diabetes mellitus, type 2' OR 'diabetes mellitus, type ii' OR 'diabetes type 2' OR 'diabetes type ii' OR 'diabetes, adult onset' OR 'dm 2' OR 'insulin independent diabetes' OR 'insulin independent diabetes mellitus' OR 'ketosis resistant diabetes mellitus' OR 'maturity onset diabetes' OR 'maturity onset diabetes mellitus' OR 'maturity onset diabetes of the young' OR 'niddm' OR 'non insulin dependent diabetes' OR 'non insulin dependent diabetes mellitus' OR 'non-insulin-dependent diabetes mellitus' OR 'noninsulin dependent diabetes' OR 'noninsulin dependent diabetes mellitus' OR 'type 2 diabetes' OR 'type 2 diabetes mellitus' OR 'type ii diabetes' OR 'type ii diabetes mellitus') AND (('patient compliance'/exp OR 'adherence to	3

## Estratégias para adesão ao tratamento de adultos com hipertensão e diabetes

	therapy' OR 'adherence to treatment' OR 'compliance to therapy' OR 'compliance to treatment' OR 'patient adherence' OR 'patient compliance' OR 'patients` adherence' OR 'therapy adherence' OR 'therapy compliance' OR 'treatment adherence' OR 'treatment adherence and compliance' OR 'treatment compliance') AND 'barriers'/exp OR facilitators) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND 'systematic review'/de																																														
<b>Cochrane Library</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ID</th> <th>Search</th> <th>Hits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#1</td> <td>Primary Health Care</td> <td>(7237)</td> </tr> <tr> <td>#2</td> <td>Treatment Adherence and Compliance</td> <td>(6747)</td> </tr> <tr> <td>#3</td> <td>Hypertension</td> <td>(64664)</td> </tr> <tr> <td>#4</td> <td>Essential Hypertension</td> <td>(8383)</td> </tr> <tr> <td>#5</td> <td>Diabetes Mellitus, type 2</td> <td>(52592)</td> </tr> <tr> <td>#6</td> <td>Barriers</td> <td>(11605)</td> </tr> <tr> <td>#7</td> <td>Barrier</td> <td>(9229)</td> </tr> <tr> <td>#8</td> <td>Facilitators</td> <td>(2554)</td> </tr> <tr> <td>#9</td> <td>Facilitator</td> <td>(1096)</td> </tr> <tr> <td>#10</td> <td>#3 OR #4 OR #5</td> <td>(35665)</td> </tr> <tr> <td>#11</td> <td>#6 OR #7</td> <td>(19933)</td> </tr> <tr> <td>#12</td> <td>#8 OR #9</td> <td>(3347)</td> </tr> <tr> <td>#13</td> <td>#11 OR #12</td> <td>(21512)</td> </tr> <tr> <td>#14</td> <td>#1 AND #2 AND #10 AND #13</td> <td>(13)</td> </tr> </tbody> </table>	ID	Search	Hits	#1	Primary Health Care	(7237)	#2	Treatment Adherence and Compliance	(6747)	#3	Hypertension	(64664)	#4	Essential Hypertension	(8383)	#5	Diabetes Mellitus, type 2	(52592)	#6	Barriers	(11605)	#7	Barrier	(9229)	#8	Facilitators	(2554)	#9	Facilitator	(1096)	#10	#3 OR #4 OR #5	(35665)	#11	#6 OR #7	(19933)	#12	#8 OR #9	(3347)	#13	#11 OR #12	(21512)	#14	#1 AND #2 AND #10 AND #13	(13)	0
ID	Search	Hits																																													
#1	Primary Health Care	(7237)																																													
#2	Treatment Adherence and Compliance	(6747)																																													
#3	Hypertension	(64664)																																													
#4	Essential Hypertension	(8383)																																													
#5	Diabetes Mellitus, type 2	(52592)																																													
#6	Barriers	(11605)																																													
#7	Barrier	(9229)																																													
#8	Facilitators	(2554)																																													
#9	Facilitator	(1096)																																													
#10	#3 OR #4 OR #5	(35665)																																													
#11	#6 OR #7	(19933)																																													
#12	#8 OR #9	(3347)																																													
#13	#11 OR #12	(21512)																																													
#14	#1 AND #2 AND #10 AND #13	(13)																																													
<b>HSE</b>	(barrier* OR facilitator*) AND (hypertension OR diabetes) AND (primary care)	74																																													
<b>Epistemonikos</b>	(primary health care) AND (adherence OR compliance) AND (diabetes OR hypertension) AND (barrier OR barriers OR facilitator OR facilitators) <b>Interface:</b> Advanced search	57																																													
<b>Health Evidence</b>	(primary health care) AND (adherence OR compliance) AND (diabetes OR hypertension) AND (barrier OR barriers OR facilitator OR facilitators)	0																																													
<b>PDQ Evidence</b>	(primary health care) AND (adherence OR compliance) AND (diabetes OR hypertension) AND (barrier OR barriers OR facilitator OR facilitators) <b>Interface:</b> Advanced search <b>Publication type:</b> systematic review	4																																													
<b>Social Systems Evidence</b>	(primary health care) AND (adherence OR compliance) AND (diabetes OR hypertension) AND (barrier OR barriers OR facilitator OR facilitators)	76																																													
<b>Total</b>		<b>222</b>																																													

Fonte: elaboração própria.

**Apêndice 2. Características das revisões sistemáticas incluídas.**

Acrônimos: DM2 - diabetes mellitus, tipo 2; EUA - Estados Unidos.

<b>Autor, ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)</b>	<b>Faixa etária nº de participantes</b>
Alvarado et al., 2017	Identificar e classificar as barreiras à adoção da saúde remota para o tratamento do DM2.	Total= 1 país EUA (41)	De 18 a 60 anos, com predomínio de pessoas com 50 anos. Amostra variou de 11 a 1838 participantes.
Janes et al., 2014	Examinar se a organização das barreiras ao tratamento do diabetes dentro da estrutura clínica da medicina centrada no paciente (MCP) permite uma melhor apreciação e conceituação da gama de barreiras ao cuidado enfrentadas pelas pessoas com DM2 e como essa abordagem pode ajudar os médicos a explorar mais completamente essas barreiras com seus pacientes.	Não informado	Não informado.
Macdonald et al., 2017	Investigar facilitadores e barreiras encarados por adultos com diabetes para adotar e utilizar tecnologias de comunicação para apoiar a autogestão do paciente.	Total= 14 países Alemanha (1); Áustria (1); Canadá (3); Coreia do Sul (4); Dinamarca (1); Espanha (2); EUA (20); França e Itália (1); Japão (2); Noruega (2); Países Baixos (3); Polônia (3); Reino Unido (3); República Checa (1)	4.889 participantes. 16 estudos tinham idade média entre 50 e 60 anos.
Maimaris et al., 2012	Avaliar a influência dos sistemas de saúde nacionais ou regionais na conscientização, tratamento e controle da hipertensão.	Total= 3 países EUA (1); Etiópia (1); Nigéria (1)	Apenas 1 estudo informou que tinha 384 participantes.
Ng et al., 2015	Identificar as barreiras e facilitadores para iniciar a insulina em pacientes com DM2.	Total= 29 países África do Sul (2); Alemanha (1); Arábia Saudita (1); Austrália (2); Bahrein (1); Bélgica (1); Canadá (2); Cingapura (2); Dinamarca (1); Egito (1); Emirados Árabes Unidos (1); Espanha (1); EUA (5); França (1); Holanda (1); Índia (1); Iraque (1); Israel (1); Japão (2); Jordânia (1); Líbano (1); Malásia (2); Noruega (1); Omã (1); Polônia (1); Reino Unido (8); Romênia (1); Síria (1); Suécia (2)	Adultos. Amostra variou de 4 a 3.396 participantes.
Ong et al., 2018	Examinar os fatores de nível de sistema de saúde que influenciam a consciência, tratamento, adesão* e controle do DM2.  *Desfechos de adesão à medicação antidiabética: uso consistente de medicação antidiabética de acordo com o regime prescrito por um provedor / profissional de saúde.	Total= 3 países África do Sul (1); Índia (1); Tunísia (1)	Não informado.

## Estratégias para adesão ao tratamento de adultos com hipertensão e diabetes

Rushforth et al 2016	Orientar as estratégias de melhoria da qualidade para o DM2, sintetizando evidências qualitativas sobre as influências percebidas de médicos e enfermeiras na atenção primária.	África (6); América do Norte (EUA [11]); Ásia (4); Austrália e Oceania (2); Europa (Reino Unido [7], exceto Reino Unido [6])	Variou de 7 a 191 profissionais (médicos e enfermeiras).
-------------------------	---	--	--

Fonte: elaboração própria.