

# Síntese Rápida de Evidências



## Estratégias de adesão ao tratamento de longo prazo para pessoas adultas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (APS)

Quais são as estratégias eficazes para adesão ao tratamento de longo prazo de pessoas adultas com hipertensão arterial sistêmica na APS?

30 de dezembro de 2020

### 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 .....	4
2.	Pergunta de pesquisa .....	4
3.	Métodos .....	4
3.1	Critérios de inclusão e exclusão .....	4
3.2	Bases de dados e estratégias de busca .....	5
3.3	Seleção de evidências .....	5
3.4	Extração e análise dos dados .....	5
3.5	Avaliação da qualidade das evidências .....	5
3.6	Atalhos para a síntese rápida .....	5
4.	Evidências .....	6
5.	Síntese dos resultados e Opções para políticas .....	7
	Opção 1. Promoção de intervenções realizadas por farmacêuticos .....	8
	Opção 2. Promoção de intervenções realizadas por outros profissionais.....	9
	Opção 3. Uso de intervenções de automonitoramento, aplicativos de celular e mensagens de texto.....	10
	Opção 4. Oferta de subsídios para aquisição de medicamentos.....	11
6.	Considerações finais.....	12
7.	Referências.....	13
	Apêndices .....	16
	Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca de revisões sistemáticas.....	16
	Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa .....	18
	Apêndice 3. Características das revisões sistemáticas incluídas. ....	20



## Mensagens-chave

### O problema

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial e crônica de alta prevalência no Brasil. Um dos maiores desafios é a adesão do paciente ao tratamento. Esta síntese rápida de evidências visa identificar estratégias para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial.

### Opções para enfrentar o problema

A busca nas bases de dados resultou em 179 referências, sendo selecionadas 13 revisões sistemáticas (RS) para compor esta síntese narrativa. Na avaliação da qualidade metodológica (AMSTAR 2), uma revisão foi classificada como de confiança moderada, três de confiança baixa e nove de confiança criticamente baixa. Quatro opções para abordar o problema foram sintetizadas, agrupando-se as estratégias conforme sua similaridade quanto aos profissionais de saúde e/ou ações realizadas.

#### **Opção 1. Promoção de intervenções realizadas por farmacêuticos**

Os efeitos de intervenções por farmacêuticos voltadas ao tratamento farmacológico foram avaliados em quatro RS. As estratégias utilizadas variaram entre contratação de profissional clínico para compor a equipe, programa de cuidado farmacêutico, aconselhamento e ações combinadas para gerenciar o uso dos medicamentos, ações educativas e sessões de acompanhamento, realizadas em clínicas de atenção primária à saúde e farmácias comunitárias. Três revisões trouxeram resultados significativos para o tratamento e uma apresentou resultados mais moderados, compreendendo incerteza quanto a sua efetividade.

#### **Opção 2. Promoção de intervenções realizadas por outros profissionais**

As intervenções realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de enfermagem foram avaliadas em quatro revisões sistemáticas. Houve resultados positivos para ações de treinamento, aconselhamento e definição de metas para aderir aos tratamentos, especialmente os farmacológicos. Contudo, intervenções envolvendo gestão de caso, uso de embalagens e educação (presencial, por telefone, vídeo e/ou correspondência) apresentaram evidência fraca porém benéfica quanto ao seu efeito.

#### **Opção 3. Uso de intervenções de automonitoramento, aplicativos de celular e mensagens de texto**

Empregar estratégias para o automonitoramento da pressão arterial levou a efeitos positivos na adesão ao tratamento, mas os resultados não foram consistentes em subgrupos de estudo que mediram a adesão por meio de autorrelato ou registros das farmácias; a monitorização domiciliar também não apresentou resultados consolidados. O uso de aplicativos de celular

levou a melhoras significativas na adesão das pessoas hipertensas ao tratamento farmacológico. Todavia, o uso de SMS como lembretes para automonitoramento não foi capaz de melhorar a adesão dos participantes.

### **Opção 4. Oferta de subsídios para aquisição de medicamentos**

A implementação de um programa de subsídios, assegurando a cobertura completa de medicamentos anti-hipertensivos a adultos de baixa renda, esteve associada a um aumento na adesão a medicamentos em uma revisão sistemática.

### **Considerações finais**

Esta síntese rápida de evidências encontrou intervenções relativas a assistência farmacêutica (especialmente com a ações de farmacêuticos e outros profissionais de saúde), automonitoramento e uso de aplicativos de celular e SMS que apresentavam resultados a respeito da adesão ao tratamento de adultos hipertensos que podem ser aplicadas no contexto da APS. Apesar de várias revisões sistemáticas não informarem o contexto de saúde onde as intervenções foram realizadas 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 considerações de implementação e implicações relativas à equidade quanto a cada uma das opções. As estratégias apresentadas nas opções podem ser implementadas de forma única ou combinada, de acordo com os contextos locais.

## 1. Contexto

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) 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>.

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

## 2. Pergunta de pesquisa

Quais são as estratégias efetivas para adesão ao tratamento de longo prazo de pessoas adultas com hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde?

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

<b>P</b> Problema	Baixa adesão ao tratamento em longo prazo por adultos hipertensos na APS
<b>I</b> Intervenção	Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento na APS
<b>C</b> Comparador	Estratégias entre si ou nenhuma intervenção
<b>O</b> Desfechos ( <i>outcomes</i> )	Adesão ao tratamento
<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

Foram 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 avaliam as estratégias mais efetivas para a adesão ao tratamento entre adultos ( $\leq 60$  anos) com hipertensão arterial sistêmica acompanhados na Atenção

Primária à Saúde, sem restrição em relação ao ano de publicação. Não foram 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”, “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>3</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>4</sup>.

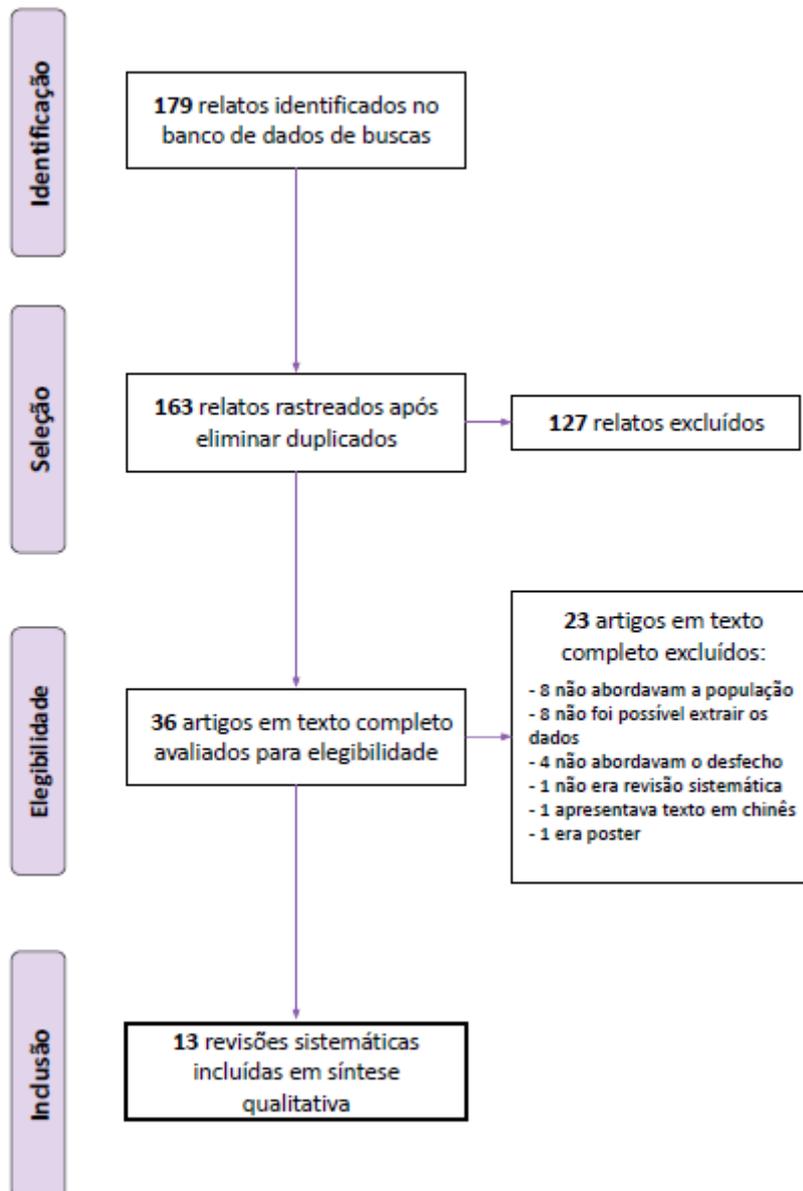
### 3.6 Atalhos para a síntese rápida

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>5</sup>.

#### 4. Evidências

De 179 publicações recuperadas das bases de dados, 163 títulos e resumos foram avaliados após exclusão de duplicatas e 36 publicações elegíveis foram lidas na íntegra, sendo 23 excluídas por não atenderem aos critérios desta síntese rápida (Apêndice 2). Desta forma, 13 revisões sistemáticas foram incluídas<sup>6-18</sup> (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção de estudos



Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA<sup>19</sup>.

## 5. Síntese dos resultados e Opções para políticas

A maioria dos estudos primários foi realizada em países de alta renda, com destaque para os Estados Unidos da América, presente em cinco RS. Duas revisões incluíram estudos brasileiros<sup>10, 11</sup>, mas nenhum outro país latinoamericano foi avaliado na amostra desta síntese rápida de evidência. Cinco RS não apresentaram informações sobre os países em que foram realizados os estudos primários<sup>6, 9, 13, 14, 16</sup>.

A confiança global nos resultados das RS foi classificada como moderada em uma RS<sup>7</sup>, baixa em três<sup>10, 12, 18</sup> e criticamente baixas nas demais nove<sup>6, 8, 9, 11, 13-17</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	Confiança
Aguiar <i>et al.</i> 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Bosch-Capblanch <i>et al.</i> 2007	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	M
Brownstein <i>et al.</i> 2007	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Debon <i>et al.</i> 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Fletcher <i>et al.</i> 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	B
Lee <i>et al.</i> 2016	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Li <i>et al.</i> 2020	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	B
Mohammadi <i>et al.</i> 2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Morgado <i>et al.</i> 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Ni <i>et al.</i> 2009	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Ogedegbe e Schoenthaler 2006	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Vargas <i>et al.</i> 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB
Viswanathan <i>et al.</i> 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	B

\*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 quatro opções para políticas que relatam benefícios, danos potenciais, incertezas, e principais elementos das intervenções para melhorar a adesão ao tratamento entre adultos com hipertensão. As principais características das RS são apresentadas no Apêndice 3.

### Opção 1. Promoção de intervenções realizadas por farmacêuticos

As intervenções realizadas pelo profissional farmacêutico foram analisadas por quatro revisões sistemáticas<sup>6, 11, 14, 15</sup>. Em relação a confiança metodológica, todas as revisões sistemáticas foram classificadas como criticamente baixa<sup>6, 11, 14, 15</sup>. As intervenções foram muito distintas entre os estudos, com a contratação de farmacêutico clínico na equipe<sup>6</sup>, programas de cuidados farmacêuticos<sup>15</sup>, aconselhamento<sup>11</sup>, e ações combinadas por gerenciamento de medicamentos, intervenções educacionais direcionadas ao paciente e consultas ou contatos de acompanhamento<sup>14</sup>.

**Quadro 1.** Síntese das evidências relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas

<b>BENEFÍCIOS</b>
<p>Morgado e colaboradores (2011) relataram que <b>gerenciamento de medicamentos, intervenções educacionais direcionadas ao paciente e consultas ou contatos de acompanhamento</b> realizados por farmacêuticos, resultaram em aumento da adesão aos medicamentos anti-hipertensivos em 7 estudos (antes da intervenção: 51,3% a 98%; depois: 67% a 98%)<sup>14</sup>.</p> <p>Lee e colaboradores (2016) trataram sobre intervenção voltada ao <b>aconselhamento por farmacêutico e lembretes telefônicos</b>, e mostraram aumento da adesão a medicamentos hipertensivos relatado em um estudo<sup>11</sup>.</p> <p>Ni e colaboradores (2019) verificaram que pacientes hipertensos que recebem <b>aconselhamento e educação em saúde</b> realizados por farmacêuticos podem melhorar significativamente a continuidade do tratamento e a adesão à medicação<sup>12</sup>.</p>
<b>DANOS POTENCIAIS</b>
<p>Não foram informados danos potenciais nas revisões.</p>
<b>INCERTEZAS</b>
<p>A inserção do farmacêutico clínico no cuidado de pacientes hipertensos teve resultados positivos sobre a aderência ao tratamento farmacológico em menos da metade (45,4%) dos estudos analisados nesta revisão<sup>6</sup>.</p>
<b>PRINCIPAIS ELEMENTOS DA OPÇÃO</b>
<p><b>Intervenções:</b> Gerenciamento de medicamentos<sup>14</sup> intervenções educacionais direcionadas ao paciente<sup>14</sup>; consultas ou contatos de acompanhamento<sup>14</sup>; Programas de cuidado farmacêutico<sup>15</sup>, inserção de farmacêutico clínico<sup>6</sup>; aconselhamento<sup>11</sup>.</p> <p><b>Local de entrega:</b> Clínicas de atenção primária baseadas na comunidade<sup>14</sup>; farmácia comunitária<sup>6, 14</sup>.</p> <p><b>Quem entrega:</b> Farmacêuticos<sup>6, 11, 14, 15</sup>.</p> <p><b>Para quem:</b> Adultos hipertensos<sup>6, 14, 15</sup>; adultos hipertensos de baixa renda<sup>11</sup>.</p>

Fonte: Elaboração própria.

**Opção 2. Promoção de intervenções realizadas por outros profissionais**

Quatro RS de confiança moderada<sup>7</sup>, baixa<sup>18</sup> e criticamente baixa<sup>8, 11</sup> evidenciaram resultados referentes a intervenções da atenção farmacêutica realizadas por outros profissionais além de farmacêuticos, como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de enfermagem.

**Quadro 4. Síntese das evidências relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas**

<b>BENEFÍCIOS</b>
<p>Bosch-Capblanch e colaboradores (2007) apresentaram dois ensaios sobre adesão ao tratamento. Um deles examinou os efeitos das intervenções <b>Treinamento de relaxamento em grupo mais contratação de contingência (Contrato com consequências diárias ou semanais dadas pelo cônjuge do participante para a prática de exercícios de relaxamento) e Treinamento de relaxamento em grupo</b>, e os resultados mostraram melhor efeito ao grupo que aplicou o treinamento de relaxamento em grupo, apresentando significativamente melhor adesão. No outro estudo, menos participantes do grupo de <b>Cartilha de educação mais contratos de contingência com metas comportamentais e recompensas quando alcançadas</b> interromperam o tratamento, em comparação com os grupos controles (cartilha de educação, cuidados habituais)<sup>7</sup>.</p> <p>Brownstein e colaboradores (2007) identificaram quatro estudos sobre a adesão aos medicamentos. Dois ensaios clínicos randomizados (ECR) relataram melhora significativa no <b>grupo de intervenção (no qual houve atuação de ACS)</b> quando comparados com o grupo de controle (diferenças entre os grupos variaram de 8% a 14% no acompanhamento de 12 a 60 meses). Outro ECR, encontrou uma adesão 26% maior entre os pacientes que receberam <b>intervenções intensas do ACS</b>. Um estudo antes e depois encontrou uma melhoria significativa de 17% na adesão à medicação com <b>aconselhamento por ACS</b><sup>8</sup>.</p> <p>Lee e colaboradores (2016) mostraram achados de três estudos sobre adesão. Um dos estudos avaliou <b>telefonemas</b> comparado a cuidados usuais, com redução absoluta de 3% na taxa de descontinuação de medicamentos (9,3% vs 12,2%, p&lt;0,009) e por consequência aumento na adesão à medicação. Em relação ao <b>Treinamento de grupos em manejo de hipertensão</b> houve aumento absoluto de 16% na adesão aos medicamentos do paciente (48,1% vs 32,4%, p = 0,048). Observou-se também aumento absoluto de 26,4% na adesão com a intervenção voltada à <b>formação para manejo da doença com educação de adesão a medicamentos</b><sup>11</sup>.</p>
<b>DANOS POTENCIAIS</b>
Não foram informados danos potenciais nas revisões sistemáticas.
<b>INCERTEZAS</b>
<p>Viswanathan e colaboradores (2012) avaliaram a força da evidência para cada tipo de intervenção e seu efeito na adesão à medicação. Uma <b>evidência fraca</b> significa que há pouca confiança de que a evidência disponível reflita o real efeito. Quando a evidência é <b>insuficiente</b>, ou ela não está disponível ou não permite estimativa de um efeito. Foi observado evidência fraca de benefício com <b>intervenções de uso de embalagem blister, gestão de caso, educação (presencialmente com profissional de farmácia) e educação associada a apoio comportamental (por telefone, correspondência e/ou vídeo)</b>. Os autores identificaram evidência fraca de que não há benefício com o <b>uso de cuidado colaborativo (por telefone e presencialmente)</b>. Também consideraram que as <b>intervenções de educação e apoio social, e comunicação dos riscos</b> foram insuficientes para ter a força da evidência avaliada<sup>18</sup>.</p>
<b>PRINCIPAIS ELEMENTOS DA OPÇÃO</b>

**Intervenções:** Uso de embalagem blister, gestão de caso, educação (presencialmente com profissional de farmácia), educação associada a apoio comportamental (por telefone, correspondência e/ou vídeo); cuidado colaborativo (por telefone e presencialmente), educação e apoio social, comunicação dos riscos<sup>18</sup>; Treinamento de relaxamento em grupo mais contratação de contingência (Contrato com consequências diárias ou semanais dadas pelo cônjuge do participante para a prática de exercícios de relaxamento), Treinamento de relaxamento em grupo, Cartilha de educação mais contratos de contingência com metas comportamentais e recompensas quando alcançadas<sup>7</sup>; Telefonemas, aconselhamento por farmacêutico e lembretes telefônicos, Treinamento de grupos em manejo de hipertensão, educar os pacientes para melhorar os resultados de saúde<sup>11</sup>; acompanhamento de ACS (educação em saúde e informações para pacientes e familiares sobre comportamentos fatores de risco para hipertensão, mudanças recomendadas em estilo de vida, protocolos de tratamento e medicação, o importância da adesão aos tratamentos e formas de reduzir as barreiras à adesão ao tratamento, verificar se os usuários estão recebendo os direitos em saúde, e mediação entre usuário e serviço de saúde)<sup>8</sup>.

**Local de entrega:** Serviço de saúde, por telefone, correspondência, vídeo<sup>18</sup>; Atenção Primária à Saúde (sistema de saúde)<sup>7</sup>; Domicílio dos usuários e comunidade (igrejas)<sup>8</sup>; não informado<sup>11</sup>.

**Quem entrega:** Profissionais de saúde (farmácia e outros)<sup>18</sup>; farmacêuticos e enfermeiros<sup>11</sup>; ACS<sup>8</sup>; não informado<sup>7</sup>.

**Para quem entrega:** Pessoas com hipertensão<sup>18</sup>; adultos com hipertensão<sup>7</sup>; adultos hipertensos de baixa renda<sup>11</sup>; indivíduos com hipertensão acompanhados no sistema de saúde<sup>8</sup>.

Fonte: Elaboração própria.

### Opção 3. Uso de intervenções de automonitoramento, aplicativos de celular e mensagens de texto

Seis revisões sistemáticas avaliaram intervenções de automonitoramento, uso de aplicativos de celular (por exemplo, *mHealth*) e de mensagem de texto (SMS - *Short Messaging Service*) a respeito da adesão ao tratamento<sup>9, 10, 12, 13, 16, 17</sup>. Deve-se destacar que para várias intervenções não havia informação se foram realizadas em serviços de APS, mas foram consideradas nesta síntese por abordar serviços que podiam ser realizados no contexto de APS.

Com relação a qualidade metodológica das revisões sistemáticas, duas foram consideradas de baixa confiança<sup>10, 12</sup> e as demais de confiança criticamente baixa<sup>9, 13, 16, 17</sup>.

#### Quadro 3. Síntese das evidências relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas

BENEFÍCIOS
<p>Uma metanálise de 13 estudos sobre medidas de adesão ao tratamento farmacológico de pessoas com HAS demonstrou um efeito geral pequeno, mas estatisticamente significativo, favorável ao <b>automonitoramento da pressão arterial</b>, com heterogeneidade moderada (diferença de médias padronizada (DMP)= 0,21, intervalo de 95% de confiança (IC95%): 0,08 a 0,34, índice de heterogeneidade I<sup>2</sup>= 43%)<sup>10</sup>.</p> <p>A revisão de Li e colaboradores (2020) identificou sete ECR que abordaram sobre o uso de <b>aplicativo de celular (mHealth)</b> para adesão ao tratamento farmacológico. Quatro ECR relataram melhora estatisticamente significativa na adesão à medicação com uso de <b>aplicativo</b> em comparação a cuidados usuais. Além disso, três ECR sugeriram que as intervenções de <b>aplicativo de celular</b> melhoraram a adesão à medicação, apesar dos resultados não serem significativos<sup>12</sup>.</p>

<p>Um estudo com 690 pacientes que usaram <b>aplicativo de celular</b> como recurso de ajuda ao controle da hipertensão apresentou melhor adesão ao tratamento farmacológico<sup>9</sup>.</p> <p>Mohammadi e colaboradores (2018) mostraram que os <b>aplicativos de celular</b> podem melhorar a condição da pressão arterial do indivíduo e a adesão à medicação<sup>13</sup>.</p>
<p><b>DANOS POTENCIAIS</b></p>
<p>Não foram informados danos potenciais nas revisões sistemáticas.</p>
<p><b>INCERTEZAS</b></p>
<p>Fletcher e colaboradores (2015) avaliaram a intervenção de <b>automonitoramento da pressão arterial</b> na adesão de paciente com hipertensão usando dados de registro de farmácia (2 estudos; DMP=0,12; IC95% -0,05 a 0,29; I<sup>2</sup>= 0%) e autorrelato (4 estudos; DMP=0,05; IC95% -0,13 a 0,22; I<sup>2</sup>= 0%), indicando que não houve efeito significativo da intervenção<sup>10</sup>.</p> <p>Ogedegbe e Schoenthaler (2006) constataram que os níveis médios de adesão foram similares em ambos os grupos em um estudo que comparou a <b>monitorização domiciliar da pressão arterial</b> a cuidado usual, ao final de 8 semanas (94% ± 4% vs. 88% ± 5%, respectivamente; p&gt;0,05). Dois estudos utilizaram medidas de autorrelato e o outro estudo dados de registro da farmácia e relataram resultados negativos<sup>16</sup>.</p> <p>Vargas e colaboradores (2017) incluíram um ECR em que os participantes fizeram uso de <b>SMS semanal com lembretes de medicação, relatório de automonitoramento, registro de compromissos, por 4 meses</b> e não encontraram nenhuma diferença significativa na adesão à medicação entre os grupos em 6 meses<sup>17</sup>.</p>
<p><b>PRINCIPAIS ELEMENTOS DA OPÇÃO</b></p>
<p><b>Intervenções:</b> Automonitoramento da pressão arterial - monitoramento eletrônico, contagem de comprimidos, dados de registro de farmácia, autorrelato<sup>10</sup>; Uso de aplicativos móveis para o tratamento de hipertensão<sup>9</sup>; Uso de aplicativos móveis para gerenciar o tratamento de pressão arterial<sup>13</sup>; Monitorização domiciliar; Monitorização domiciliar com aconselhamento e diário; Monitorização domiciliar com sessões educativas e terapia medicamentosa autoajustada<sup>16</sup>; Serviços de SMS com lembretes de medicação, relatório de automonitoramento, registro de compromissos, SMS semanal por 4 meses; Informações educacionais sobre hipertensão, boa saúde e hábitos alimentares, lembretes de medicação<sup>17</sup>; Aplicativo de celular com informações de educação em saúde, autocuidado e alertas para melhorar a adesão à medicação com cuidados usuais (a maioria dos estudos apresentava alertas automáticos semanais e mensagens educacionais ou motivacionais)<sup>12</sup>.</p> <p><b>Local de entrega:</b> não informado<sup>9, 10, 13, 16</sup>; não se aplica<sup>12, 17</sup>.</p> <p><b>Quem entrega:</b> profissionais da equipe do estudo<sup>17</sup>; não informado<sup>9, 10, 12, 13, 16</sup>.</p> <p><b>Para quem:</b> pacientes e profissionais de saúde<sup>10</sup>; indivíduos com HAS<sup>12, 17</sup>; hipertensos ou pessoas com doenças associadas à hipertensão, como diabetes ou transplante de rim<sup>13</sup>; não informado<sup>9, 16</sup>.</p> <p><b>Período:</b> 3 a 12 minutos de acompanhamento<sup>12</sup>; 8 semanas a 6 meses<sup>16</sup>; 4 meses<sup>17</sup>; &lt; 1 ano<sup>13</sup>; 2 semanas a 12 meses<sup>10</sup>; não informado<sup>9</sup>.</p>

Fonte: Elaboração própria.

#### Opção 4. Oferta de subsídios para aquisição de medicamentos

Lee e colaboradores (2016) avaliaram estudos com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a doenças cardiovasculares em países de baixa e média renda e identificaram intervenções envolvendo subsídios à compra de anti-hipertensivos<sup>11</sup>, benefício já disponível

para usuários do SUS. A confiança global nos resultados desta RS foi considerada criticamente baixa na avaliação da qualidade metodológica.

**Quadro 4.** Síntese das evidências relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas

<b>BENEFÍCIOS</b>
A implementação de um <b>programa de subsídios a medicamentos</b> que oferece cobertura completa de medicamentos anti-hipertensivos mostrou-se associada a um aumento absoluto de 9% na adesão a medicamentos (75% vs. 66%, respectivamente nos grupos intervenção e controle, $p = 0,034$ ) <sup>11</sup> .
<b>DANOS POTENCIAIS</b>
Não foram informados danos potenciais nas revisões sistemáticas.
<b>INCERTEZAS</b>
Não foram informadas incertezas nas revisões sistemáticas.
<b>PRINCIPAIS ELEMENTOS DA OPÇÃO</b>
<b>Intervenções:</b> programa de subsídios a medicamentos <sup>11</sup> .
<b>Local de entrega:</b> não informado <sup>11</sup> .
<b>Quem entrega:</b> farmacêuticos <sup>11</sup> ; enfermeiros <sup>11</sup> .
<b>Para quem:</b> adultos hipertensos de baixa renda <sup>11</sup> .

Fonte: Elaboração própria.

## 6. Considerações finais

Esta síntese rápida de evidências encontrou benefícios de intervenções relativas à atenção farmacêutica (especialmente com a inserção de farmacêuticos e atuação de outros profissionais de saúde), automonitoramento e uso de aplicativos de celular e SMS, que podem ser aplicadas no contexto da APS para a adesão ao tratamento de adultos hipertensos.

Deve-se levar em consideração que várias 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 de implementação e implicações relativas à equidade quanto a cada uma das opções. As estratégias apresentadas nas opções podem ser implementadas de forma única ou combinada, de acordo com os contextos locais.

## 7. Referências

1. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet] 2016 [acesso em: 01 out. 2020];107(3Supl.3):1-83. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
2. 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. [internet] 2013 [acesso em: 01 out. 2020]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)
3. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
4. 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. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
5. Silva MT, Silva EN da, Barreto JOM. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. BMC Med Res Methodol 2018;18:51. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0512-z>
6. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Brito GC, da Silva WB, Machado M, Lyra DP. Pharmaceutical care in hypertensive patients: A systematic literature review. Res Soc Adm Pharm 2012;8:383–96. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.10.001>
7. Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P. Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD004808. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004808.pub3>
8. Brownstein JN, Chowdhury FM, Norris SL, Horsley T, Jack L, Zhang X, et al. Effectiveness of Community Health Workers in the Care of People with Hypertension. Am J Prev Med 2007;32:435–47. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.011>
9. Debon R, Coleone JD, Bellei EA, De Marchi ACB. Mobile health applications for chronic diseases: A systematic review of features for lifestyle improvement. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev 2019;13:2507–12. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.07.016>
10. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, McManus RJ. The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Hypertens 2015;28:1209–21. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv008>
11. Lee ES, Vedanthan R, Jeemon P, Kamano JH, Kudesia P, Rajan V, et al. Quality improvement for cardiovascular disease care in low- and middle-income countries: A systematic review. PLoS One 2016;11:e0157036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157036>

12. Li R, Liang N, Bu F, Hesketh T. The Effectiveness of Self-Management of Hypertension in Adults Using Mobile Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR MHealth UHealth* 2020;8:e17776. <https://doi.org/10.2196/17776>
13. Mohammadi R, Tafti MA, Hoveidamanesh S, Ghanavati R, Pournik O. Reflection on Mobile Applications for Blood Pressure Management: A Systematic Review on Potential Effects and Initiatives. *Stud Health Technol Inform* 2018;247:306–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.3233/978-1-61499-852-5-306>
14. Morgado MP, Morgado SR, Mendes LC, Pereira LJ, Castelo-Branco M. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to antihypertensive therapy: Review and meta-analysis. *Am J Heal Pharm* 2011;68:241–53. <https://doi.org/10.2146/ajhp090656>
15. Ni Y, Chen Y, Huang W. The effect of pharmaceutical care programs on blood pressure control in individuals with hypertension: A meta-analysis. *J Pharm Technol* 2009;25:292–6. <https://doi.org/10.1177/875512250902500503>
16. Ogedegbe G, Schoenthaler A. A Systematic Review of the Effects of Home Blood Pressure Monitoring on Medication Adherence. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2006;8:174–80. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2006.04872.x>
17. Vargas G, Cajita MI, Whitehouse E, Han H-R. Use of Short Messaging Service for Hypertension Management. *J Cardiovasc Nurs* 2017;32:260–70. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000336>
18. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RCM, et al. Interventions to Improve Adherence to Self-administered Medications for Chronic Diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157:785. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-11-201212040-00538>
19. 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

## 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/5jl1ibxqmlgk9c/07\\_PROTOCOLO\\_HAS\\_adesao.pdf](https://www.dropbox.com/s/5jl1ibxqmlgk9c/07_PROTOCOLO_HAS_adesao.pdf)

## Apêndices

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

Data da busca: 16 e 17/12/2020

Base	Estratégia	Resultados																					
<b>PubMed</b>	((("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"))	8																					
<b>LILACS (via BVS)</b>	('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') AND ( db:"LILACS")	0																					
<b>Embase</b>	('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 ('patient compliance'/exp OR 'adherence to 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 ('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') AND 'systematic review'/de AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	12																					
<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>7285</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>#3 OR #4</td> <td>64664</td> </tr> <tr> <td>#6</td> <td>#1 AND #2 AND #5</td> <td>63</td> </tr> </tbody> </table>	ID	Search	Hits	#1	Primary Health Care	7285	#2	Treatment Adherence and Compliance	6747	#3	Hypertension	64664	#4	Essential Hypertension	8383	#5	#3 OR #4	64664	#6	#1 AND #2 AND #5	63	34
ID	Search	Hits																					
#1	Primary Health Care	7285																					
#2	Treatment Adherence and Compliance	6747																					
#3	Hypertension	64664																					
#4	Essential Hypertension	8383																					
#5	#3 OR #4	64664																					
#6	#1 AND #2 AND #5	63																					
<b>HSE</b>	(Primary Health Care) AND (Treatment Adherence and Compliance) AND (Hypertension OR "Essential Hypertension")	3																					
<b>Epistemonikos</b>	<p><b>Advanced search:</b> (title:(Treatment AND Adherence AND hypertension AND "primary care") OR abstract:(Treatment AND Adherence AND hypertension AND "primary care"))</p> <p><b>Advanced search:</b> (title:("Primary Health Care" AND "Treatment Adherence" AND hypertension) OR abstract:("Primary Health Care" AND "Treatment Adherence" AND hypertension))</p>	10 1																					
<b>Health Evidence</b>	(Primary Health Care) AND (Treatment Adherence and Compliance) AND (Hypertension OR "Essential Hypertension")	1																					

## Estratégias para adesão ao tratamento de adultos com HAS

<b>PDQ Evidence</b>	(Primary Health Care) AND (Treatment Adherence and Compliance) AND (Hypertension OR "Essential Hypertension")	102
<b>Social Systems Evidence</b>	(Primary Health Care) AND (Treatment Adherence and Compliance) AND (Hypertension OR "Essential Hypertension")	8
<b>Total</b>		<b>179</b>

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Foi utilizado o filtro de revisão sistemática nas bases de dados.

## Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa

Estudo
<b>Não aborda a população</b>
1 Anglada-Martinez H, Riu-Viladoms G, Martin-Conde M, Rovira-Illamola M, Sotoca-Momblona JM, Codina-Jane C. Does mHealth increase adherence to medication? Results of a systematic review. <i>Int J Clin Pract</i> 2015;69:9–32. <a href="https://doi.org/10.1111/ijcp.12582">https://doi.org/10.1111/ijcp.12582</a>
2 Clifford-Middel M. Review: simplifying dosing regimens appears to improve treatment adherence in patients with high blood pressure in ambulatory settings. <i>Evid Based Nurs</i> 2004;7:110–110. <a href="https://doi.org/10.1136/ebn.7.4.110">https://doi.org/10.1136/ebn.7.4.110</a>
3 de Jongh T, Gurol-Urganci I, Vodopivec-Jamsek V, Car J, Atun R. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2012;2012:CD007459. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD007459.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD007459.pub2</a>
4 Evans CD, Watson E, Eurich DT, Taylor JG, Yakiwchuk EM, Shevchuk YM, et al. Diabetes and Cardiovascular Disease Interventions by Community Pharmacists: A Systematic Review. <i>Ann Pharmacother</i> 2011;45:615–28. <a href="https://doi.org/10.1345/aph.1P615">https://doi.org/10.1345/aph.1P615</a>
5 Jaana M, Paré G, Sicotte C. Hypertension Home Telemonitoring: Current Evidence and Recommendations for Future Studies. <i>Dis Manag Heal Outcomes</i> 2007;15:19–31. <a href="https://doi.org/10.2165/00115677-200715010-00004">https://doi.org/10.2165/00115677-200715010-00004</a>
6 Mahtani KR, Heneghan CJ, Glasziou PP, Perera R. Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2011:CD005025. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD005025.pub3">https://doi.org/10.1002/14651858.CD005025.pub3</a>
7 Tan JP, Cheng KKF, Siah RC. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. <i>J Adv Nurs</i> 2019;75:2478–94. <a href="https://doi.org/10.1111/jan.14025">https://doi.org/10.1111/jan.14025</a>
8 van den Berg N, Schumann M, Kraft K, Hoffmann W. Telemedicine and telecare for older patients—A systematic review. <i>Maturitas</i> 2012;73:94–114. <a href="https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.06.010">https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.06.010</a>
<b>Não foi possível extrair os dados</b>
9 Biem HJ, Turnell RW, D'Arcy C. Computer telephony: automated calls for medical care. <i>Clin Invest Med</i> 2003;26(5):259–68.
10 Chandak A, Joshi A. Self-management of hypertension using technology enabled interventions in primary care settings. <i>Technol Heal Care</i> 2015;23:119–28. <a href="https://doi.org/10.3233/THC-140886">https://doi.org/10.3233/THC-140886</a>
11 Njie GJ, Finnie RKC, Acharya SD, Jacob V, Proia KK, Hopkins DP, et al. Reducing medication costs to prevent cardiovascular disease: A community guide systematic review. <i>Prev Chronic Dis</i> 2015;12:150242. <a href="https://doi.org/10.5888/pcd12.150242">https://doi.org/10.5888/pcd12.150242</a>
12 Omboni S, Guarda A. Impact of home blood pressure telemonitoring and blood pressure control: A meta-analysis of randomized controlled studies. <i>Am J Hypertens</i> 2011;24:989–98. <a href="https://doi.org/10.1038/ajh.2011.100">https://doi.org/10.1038/ajh.2011.100</a>
13 Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. <i>BMC Fam Pract</i> 2018;19:11. <a href="https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3">https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3</a>
14 van de Vijver S, Oti S, Addo J, de Graft-Aikins A, Agyemang C. Review of community-based interventions for prevention of cardiovascular diseases in low- and middle-income countries. <i>Ethn Health</i> 2012;17:651–76. <a href="https://doi.org/10.1080/13557858.2012.754409">https://doi.org/10.1080/13557858.2012.754409</a>
15 Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock S, Wines RCM, et al. Closing the quality gap: revisiting the state of the science (vol. 4: medication adherence interventions: comparative effectiveness). <i>Evid Rep Technol Assess (Full Rep)</i> 2012:1–685.
16 Zaugg V, Korb-Savoldelli V, Durieux P, Sabatier B. Providing physicians with feedback on medication adherence for people with chronic diseases taking long-term medication. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2018;2018:CD012042. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD012042.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD012042.pub2</a>
<b>Não aborda o desfecho</b>
17 Durand H, Hayes P, Morrissey EC, Newell J, Casey M, Murphy AW, et al. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension: Systematic review and meta-analysis. <i>J Hypertens</i> 2017;35:2346–57. <a href="https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001502">https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001502</a>

18 Meiqari L, Nguyen T-P-L, Essink D, Zweekhorst M, Wright P, Scheele F. Access to hypertension care and services in primary health-care settings in Vietnam: a systematic narrative review of existing literature. <i>Glob Health Action</i> 2019;12:1610253. <a href="https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1610253">https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1610253</a>
19 Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD, Levan RK, et al. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. <i>Am J Med</i> 2004;117:182–92. <a href="https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.03.018">https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.03.018</a>
20 Smith SM, Wallace E, O’Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2016;2016:CD006560. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3">https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3</a>
<b>Não é revisão sistemática</b>
21 Pérez-Alonso, J., Ballesteros-Álvaro, A. M., González-Esteban, M. P., Delgado-González, E., Aragón-Posadas, R., & Mediavilla-Marcos, M. E. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el control de la H.T.A. esencial del adulto en Atención Primaria? [Internet]. <i>Evidentia</i> 2012 [acesso em: 23 dez. 2020];9(37). Disponível em: <a href="http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7694.php">http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7694.php</a>
<b>Não apresenta idioma de interesse (Chinês)</b>
22 Li WW, Lai WS. [The Use of Telemedicine Interventions to Improve Hypertension Management Among Racial Ethnic Minorities: A Systematic Review]. <i>Hu Li Za Zhi</i> 2016;63(4):25–34.
<b>Pôster</b>
23 Chowdhury FM, Ayala C, Dalmat D, Shantharam S, Chang T, Russell Z, et al. Effectiveness of telehealth on hypertension management among disparate populations: A systematic review. <i>Circ Cardiovasc Qual Outcomes</i> . 2017;10:A216.

Fonte: Elaboração própria.

## Apêndice 3. Características das revisões sistemáticas incluídas.

Autor, ano	Objetivo	Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)	Intervenções analisadas	Faixa etária nº de participantes
Aguiar <i>et al.</i> 2012	Descrever e avaliar pesquisas publicadas sobre o impacto do PC no manejo de pacientes com diagnóstico de hipertensão essencial.	Não informado	- Contratação de farmacêutico clínico.	> 18 anos Amostra variou de 24 a 235 participantes
Bosch-Capblanch <i>et al.</i> 2007	Avaliar os efeitos dos acordos entre pacientes e profissionais de saúde sobre a adesão ao tratamento, atividades de promoção da saúde e prevenção, situação de saúde ou comportamento declarado no acordo, satisfação do paciente ou outros resultados relevantes, incluindo o comportamento e opiniões do profissional de saúde, estado de saúde, danos relatados, custos ou recusa de tratamento como resultado do acordo.	Total= 1 país Estados Unidos (2)	- Treinamento de relaxamento em grupo mais contratação de contingência (Contrato com consequências diárias ou semanais dadas pelo cônjuge do participante para a prática de exercícios de relaxamento) - Treinamento de relaxamento em grupo - Cartilha de educação mais contratos de contingência com metas comportamentais e recompensas quando alcançadas.	Adultos 165 participantes
Brownstein <i>et al.</i> 2007	Examinar a eficácia dos agentes comunitários de saúde no apoio ao cuidado de pessoas com hipertensão.	Total= 1 país Estados Unidos (4)	- Acompanhamento de ACS (educação em saúde e informações para pacientes e familiares sobre comportamentos fatores de risco para hipertensão, mudanças recomendadas em estilo de vida, protocolos de tratamento e medicação, o importância da adesão aos tratamentos e formas de reduzir as barreiras à adesão ao tratamento, verificar se os usuários estão recebendo os direitos em saúde, e mediação entre usuário e serviço de saúde).	Mediana: 47,7 anos (1 estudo) e 54 anos (1 estudo) Média: 47 anos (2 estudos) 1.337 participantes maioria de afro-americanos e 5 ACS; com variação da amostra de 20 a 400 participantes
Debon <i>et al.</i> 2019	Identificar aplicativos móveis de saúde com recursos para melhorar o estilo de vida de pacientes com doenças crônicas.	Não informado	- Uso de aplicativos móveis para o tratamento de hipertensão.	908 participantes, com variação amostra entre 13 a 690 participantes

## Estratégias para adesão ao tratamento de adultos com HAS

<b>Autor, ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)</b>	<b>Intervenções analisadas</b>	<b>Faixa etária nº de participantes</b>
Fletcher <i>et al.</i> 2015	Determinar o efeito do automonitoramento da pressão arterial na adesão ao medicamento, na persistência do medicamento e nos fatores de estilo de vida em pessoas com hipertensão.	Total= 11 países Austrália (1); Alemanha (1); Brasil (1); Bélgica (1); Canadá (4); Espanha (2); Estados Unidos (12); Finlândia (1); Irã (1); Nigéria (1); Reino Unido (1)	- Monitoramento eletrônico - Contagem de comprimidos - Dados de registro de farmácia - Autorrelato.	> 38 anos 7.021 participantes
Lee <i>et al.</i> 2016	Sintetizar as evidências atualmente disponíveis sobre intervenções para melhorar a qualidade da prevenção e gestão de doenças cardiovasculares (DCV) com base clínica em países de baixa e média renda.	Total= 5 países Brasil (1); China (1); Índia (2); Jordânia (1); Paquistão (1)	- Expansão da cobertura de planos de saúde, seguro comunitário - Programa de subsídios a medicamentos - Telefonemas - Aconselhamento por farmacêutico e lembretes telefônicos - Treinamento de grupos em manejo de hipertensão.	Adultos entre 52 a 55 anos 2.999 participantes
Li <i>et al.</i> 2020	Medir a eficácia da <i>mHealth</i> na melhoria da autogestão da hipertensão em adultos. As medidas de desfecho foram pressão arterial (PA), controle da PA, adesão à medicação, comportamento de autocuidado e custos.	Total= 4 países África do Sul (1); Espanha (1); Estados Unidos (3); Reino Unido (2)	- <i>Mobile Health</i> com informações de educação em saúde, autocuidado e alertas para melhorar a adesão à medicação com cuidados usuais (a maioria dos estudos apresentava alertas automáticos semanais e mensagens educacionais ou motivacionais).	≥ 21 anos 4.373 participantes, com variação de 148 a 1372 participantes
Mohammadi <i>et al.</i> 2018	Avaliar os efeitos potenciais de aplicativos móveis projetados para gerenciamento de BP.	Maioria dos estudos foram conduzidos em países americanos	- Uso de aplicativos móveis para gerenciar o tratamento de pressão arterial.	Não informado
Morgado <i>et al.</i> 2011	Revisar as intervenções de farmacêuticos para aumentar o controle da pressão arterial (PA) e a adesão à terapia anti-hipertensiva em adultos com hipertensão essencial.	Total= 5 países Canadá (1); Estados Unidos (3); Nigéria (1); Reino Unido (1); Tailândia (1)	- Intervenções farmacêuticas (Gerenciamento de medicamentos, intervenções educacionais direcionadas ao paciente e consultas ou contatos de acompanhamento).	Adultos 1.359 participantes.
Ni <i>et al.</i> 2009	Avaliar o efeito de programas de assistência farmacêutica no controle da pressão arterial em hipertensos.	Não informado	- Programa de cuidado farmacêutico (aconselhamento e educação em saúde).	585 participantes no total de 5 estudos, não informa a quantidade por estudo
Ogedegbe e Schoenthaler 2006	Avaliar as evidências dos efeitos da monitorização domiciliar da PA na adesão aos medicamentos anti-hipertensivos.	Não informado	- Monitorização domiciliar - Monitorização domiciliar com aconselhamento e diário - Monitorização domiciliar com sessões educativas e terapia medicamentosa autoajustada.	129 participantes, com variação de amostra entre 31 a 62 participantes

## Estratégias para adesão ao tratamento de adultos com HAS

<b>Autor, ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Países ou regiões dos estudos primários (nº de estudos)</b>	<b>Intervenções analisadas</b>	<b>Faixa etária nº de participantes</b>
Vargas <i>et al.</i> 2017	(1) fornecer uma visão sobre as práticas e características de SMS de telefone celular mais utilizadas em publicações focadas em resultados de hipertensão e (2) avaliar criticamente as evidências empíricas associadas à utilização de SMS e resultados de pressão arterial (PA).	Total= 2 países Espanha (1); Rússia (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviços de SMS com lembretes de medicação</li> <li>- Relatório de automonitoramento</li> <li>- Registro de compromissos</li> <li>- SMS semanal por 4 meses</li> <li>- Informações educacionais sobre hipertensão, boa saúde e hábitos alimentares</li> <li>- Lembretes de medicação.</li> </ul>	Média de idade de 54 anos 231 participantes
Viswanathan <i>et al.</i> 2012	Avaliar a eficácia comparativa de intervenções de pacientes, profissionais, sistemas e políticas que busquem melhorar a adesão a medicamentos para condições crônicas de saúde nos EUA.	Total= 1 país Estados Unidos (18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de embalagem blister</li> <li>- Gestão de caso</li> <li>- Educação (presencialmente com profissional de farmácia)</li> <li>- Educação associada a apoio comportamental (por telefone, correspondência e/ou vídeo)</li> <li>- Cuidado colaborativo (por telefone e presencialmente)</li> <li>- Educação e apoio social.</li> <li>- Comunicação dos riscos</li> </ul>	9.691 participantes

Fonte: Elaboração própria.