Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32444

BARREIRAS À ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: REVISÃO DE ESCOPO

BARRIERS TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS AND IMPLICATIONS FOR NURSING IN PROMOTING SELF-CARE: SCOPING REVIEW

BARRERAS PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 E IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO: UNA REVISIÓN EXPLORATORIA

Débora Isis Alves de Barros Freitas[1]
Izabella Araujo Morais[2]

RESUMO: O diabetes mellitus tipo 1 exige cuidados contínuos e complexos, e a baixa adesão ao tratamento pode aumentar as internações e as complicações precoces, sobretudo entre jovens. Diante disso, este estudo teve como objetivo identificar as principais barreiras que dificultam a adesão ao tratamento nos pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e discutir suas implicações para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado. Trata-se de uma revisão de escopo, conduzida conforme o Joanna Briggs Institute e o checklist PRISMA-ScR, com busca nas bases PubMed/MEDLINE e BVS/LILACS, em artigos publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português e inglês. Dos 2.096 registros identificados, sete estudos compuseram a amostra final. Os resultados mostram que as barreiras são multidimensionais e envolvem a complexidade das tarefas do tratamento, fatores emocionais e motivacionais, o papel ambivalente da família e da rede social, dificuldades socioeconômicas e de acesso a insumos e fragilidades no vínculo com os serviços de saúde. Além disso, o conhecimento sobre a doença, isoladamente, não garante melhor controle glicêmico. Conclui-se que a adesão ao tratamento depende de fatores que ultrapassam a responsabilidade individual do paciente e que a enfermagem ocupa uma posição estratégica ao oferecer escuta qualificada, educação em saúde individualizada e acompanhamento longitudinal, em articulação com a família e a equipe multiprofissional, favorecendo o autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 1. Adesão à medicação. Autocuidado. Enfermagem.

[1]Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário IESB.
[2]Orientadora. Docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário IESB. Enfermeira graduada pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Residência uniprofissional em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB) e especialista em Gestão em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP-DF).

ABSTRACT: Type 1 diabetes mellitus requires continuous and complex care, and poor adherence to treatment can increase hospitalizations and early complications, especially among young people. Therefore, this study aimed to identify the main barriers hindering treatment adherence in patients with type 1 diabetes mellitus and discuss their implications for nursing practice in promoting self-care. This is a scoping review, conducted according to the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-ScR checklist, searching the PubMed/MEDLINE and BVS/LILACS databases for articles published between 2016 and 2026, in Portuguese and English. Of the 2,096 records identified, seven studies comprised the final sample. The results show that the barriers are multidimensional and involve the complexity of treatment tasks, emotional and motivational factors, the ambivalent role of family and social networks, socioeconomic difficulties and access to resources, and weaknesses in the relationship with health services. Furthermore, knowledge about the disease, in isolation, does not guarantee better glycemic control. It is concluded that adherence to treatment depends on factors that go beyond the individual responsibility of the patient and that nursing occupies a strategic position by offering qualified listening, individualized health education, and longitudinal follow-up, in conjunction with the family and the multidisciplinary team, promoting self-care.

Keywords: Type 1 Diabetes Mellitus. Medication Adherence. Self-Care. Nursing.

RESUMEN: La diabetes mellitus tipo 1 requiere cuidados continuos y complejos, y la mala adherencia al tratamiento puede aumentar las hospitalizaciones y las complicaciones tempranas, especialmente entre los jóvenes. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo identificar las principales barreras que dificultan la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y analizar sus implicaciones para la práctica de enfermería en la promoción del autocuidado. Se trata de una revisión exploratoria, realizada según el Instituto Joanna Briggs y la lista de verificación PRISMA-ScR, mediante la búsqueda en las bases de datos PubMed/MEDLINE y BVS/LILACS de artículos publicados entre 2016 y 2026, en portugués e inglés. De los 2096 registros identificados, siete estudios conformaron la muestra final. Los resultados muestran que las barreras son multidimensionales e involucran la complejidad de las tareas del tratamiento, factores emocionales y motivacionales, el papel ambivalente de la familia y las redes sociales, dificultades socioeconómicas y acceso a recursos, y debilidades en la relación con los servicios de salud. Además, el conocimiento sobre la enfermedad, de forma aislada, no garantiza un mejor control glucémico. Se concluye que la adherencia al tratamiento depende de factores que van más allá de la responsabilidad individual del paciente y que la enfermería ocupa una posición estratégica al ofrecer una escucha activa, educación sanitaria individualizada y seguimiento longitudinal, en conjunto con la familia y el equipo multidisciplinario, promoviendo el autocuidado.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 1. Adherencia a la medicación. Autocuidado. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 1 é uma doença crônica de origem autoimune, na qual o sistema imunológico destrói as células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. Como consequência, a produção desse hormônio é reduzida ou interrompida, comprometendo o controle dos níveis de glicose. A hiperglicemia mantida por períodos prolongados pode

acarretar complicações microvasculares e macrovasculares, comprometendo órgãos como rins, olhos e sistema cardiovascular (Syed, 2022).

A doença é marcada pela tríade clássica de polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento da frequência urinária) e perda de peso, manifestações relacionadas à hiperglicemia persistente. Em casos graves, pode ocorrer rápida descompensação metabólica, como a cetoacidose diabética, identificada em 21% das crianças e adolescentes com DM1 no momento do diagnóstico. Essas manifestações reforçam a importância do reconhecimento precoce dos sinais clínicos e do encaminhamento oportuno para atendimento especializado (Ziegler; Neu, 2018).

Embora o diabetes mellitus tipo 1 possa surgir em qualquer fase da vida, apresenta maior ocorrência durante a infância e a adolescência, especialmente entre 10 e 14 anos, estando associado a fatores ambientais e genéticos. A doença tem grande impacto em nível mundial, acometendo cerca de 9,2 milhões de pessoas de todas as faixas etárias. No Brasil, cerca de 499 mil pessoas convivem com a doença, que corresponde a aproximadamente 5% a 10% dos casos de diabetes. Esses dados evidenciam a magnitude do problema e reforçam a necessidade de estratégias voltadas ao manejo e ao controle adequados (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025).

O autocuidado tem papel fundamental no manejo do diabetes mellitus tipo 1, sendo essencial para a prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida. Além da atuação dos profissionais de saúde, a colaboração e a participação do paciente são indispensáveis no tratamento, envolvendo atividade física, alimentação adequada, uso correto da medicação e monitorização contínua da glicemia capilar (Quinones; Geisler; Ramos, 2023). A adoção dessas medidas contribui para o tratamento e para a redução da mortalidade e da morbidade associadas à doença. Entretanto, o autocuidado é um processo que exige acompanhamento contínuo e ações educativas da equipe multiprofissional, de modo a atender as necessidades do paciente e favorecer a adesão ao tratamento (Neto et al., 2018).

A adesão ao tratamento é fundamental para um controle adequado da doença e para a prevenção das complicações. Entretanto, diversos fatores podem comprometer esse processo, dificultando o seguimento de um protocolo terapêutico eficaz. Entre essas dificuldades, destacam-se o seguimento da dieta e a contagem de carboidratos, decorrente de fatores emocionais, comportamentais e das exigências do estilo de vida (Ferreira et al., 2025).

Dentre as principais barreiras, destacam-se aspectos emocionais e socioeconômicos, dificuldades relacionadas à rotina do tratamento e limitações no acesso a informações e suporte adequado. O controle glicêmico, a administração de insulina, o planejamento alimentar e as

mudanças no estilo de vida podem ser exaustivos, impactando a qualidade de vida e a continuidade no cuidado e constituindo um desafio para a saúde pública (Silva; Cunha, 2025).

Diante disso, a enfermagem possui papel relevante na educação em saúde, no apoio ao autocuidado, na assistência à família e no acompanhamento contínuo do tratamento. Esse acompanhamento pode contribuir para o alcance das metas de hemoglobina glicada (HbA1c) e para o enfrentamento dos obstáculos cotidianos relacionados a uma condição crônica, favorecendo a adesão terapêutica e a qualidade de vida (Dai et al., 2022).

A realização deste estudo justifica-se pela relevância do diabetes mellitus tipo 1 no Brasil e pelo impacto que a baixa adesão ao tratamento pode exercer sobre as internações e complicações precoces, especialmente entre jovens. Compreender as barreiras que dificultam o autocuidado é importante para que a enfermagem possa identificar necessidades individuais e contextuais e contribuir para um cuidado mais adequado à realidade dos pacientes e de suas famílias.

O presente estudo teve como objetivo identificar as principais barreiras que dificultam a adesão ao tratamento nos pacientes com diabetes tipo 1 e discutir as implicações desses achados para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado. Diante desse contexto, questiona-se: quais são as principais barreiras que dificultam a adesão ao tratamento da diabetes mellitus tipo 1 e quais são as implicações desses achados para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo, método que tem como objetivo mapear as evidências científicas disponíveis sobre determinado tema, identificar lacunas do conhecimento e sintetizar os principais achados da literatura. Essa abordagem metodológica foi adequada para proporcionar uma compreensão ampla acerca das barreiras que dificultam a adesão ao tratamento em pacientes com diabetes mellitus Tipo 1 (DM1) e das implicações desses achados para a atuação da enfermagem. A presente revisão foi desenvolvida com base nas recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020) para revisões de escopo e orientada pelo checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

A condução desta revisão seguiu etapas sistematizadas, iniciando-se pela formulação da questão norteadora. Para a estruturação e delimitação do problema de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), recomendada para a construção de revisões

de escopo. A estratégia foi constituída por: P (População) pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1; C (Conceito) barreiras que dificultam a adesão ao tratamento; e C (Contexto) cuidado em saúde no contexto do acompanhamento do diabetes mellitus tipo 1, considerando o cenário de manejo da condição crônica (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégia PCC

Elemento	**Descrição**	**Aplicação no estudo**
P(População)	População alvo ou participantes centrais do estudo	Pacientes com diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 1
C (Conceito)	Intervenção, fenômeno central ou variáveis específicas investigadas	Barreiras que dificultam a adesão ao tratamento
C (Contexto)	Cenário, linha de cuidado ou fenômeno	Cuidado em saúde no contexto do acompanhamento do DM1 e do manejo da condição crônica

Fonte: elaborado pela autora (2026).

A assistência de enfermagem e a promoção do autocuidado não foram definidas como componentes do contexto da estratégia PCC nem como critérios de seleção dos estudos, pois constituem dimensões de análise do presente estudo. Dessa forma, foram consideradas, na interpretação dos achados, especialmente na discussão das implicações das barreiras identificadas para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado. Definiu-se, assim, a seguinte questão norteadora: "Quais são as principais barreiras que dificultam a adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 1 e quais são as implicações desses achados para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado?"

A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com direcionamento aos estudos indexados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para delimitação da produção científica analisada, foi estabelecido um recorte temporal de 2016 a 2026, sendo considerados artigos publicados nos idiomas português e inglês.

A estratégia de busca foi elaborada com base nos componentes definidos pela estratégia PCC e nos termos relacionados ao objeto da investigação. Foram utilizados descritores e termos de busca relacionados a "*Diabetes Mellitus, Type 1*", "*Self Care*", "*Medication Adherence*" e "*Nursing*", além do termo livre "*adherence*", de modo a contemplar os principais eixos da

pesquisa: diabetes mellitus tipo 1, adesão ao tratamento, autocuidado e assistência de enfermagem.

Na construção das estratégias de busca, os termos foram combinados por meio do operador booleano AND, utilizado para estabelecer o cruzamento restritivo entre os conceitos e recuperar estudos que contemplam simultaneamente os elementos de interesse da revisão. Foram empregadas quatro combinações: "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Self Care*"; "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Medication Adherence*"; "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Self Care*" AND *Nursing;* e "*Diabetes Mellitus, Type* 1" AND *adherence* AND *Nursing*.

Na base de dados PubMed, considerando-se o recorte temporal estabelecido, a estratégia "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Self Care*" recuperou 669 resultados; a combinação "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Medication Adherence*" apresentou 92 resultados; "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Self Care*" AND *Nursing* resultou em 169 publicações; e "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND *adherence* AND *Nursing* recuperou 99 resultados. Dessa forma, o somatório bruto das quatro estratégias realizadas na PubMed correspondeu a 1.029 ocorrências de busca.

Na BVS/LILACS, utilizando-se as mesmas combinações e o recorte temporal estabelecido, a estratégia "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Self Care*" recuperou 776 resultados; "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Medication Adherence*" apresentou 154 resultados; "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND "*Self Care*" AND *Nursing* resultou em 93 publicações; e "*Diabetes Mellitus, Type 1*" AND *adherence* AND *Nursing* recuperou 44 resultados. Assim, o somatório bruto das estratégias realizadas na BVS/LILACS correspondeu a 1.067 ocorrências de busca.

Considerando conjuntamente as quatro estratégias aplicadas nas bases consultadas, foram identificadas 2.096 ocorrências de busca, sendo 1.029 provenientes da PubMed e 1.067 da BVS/LILACS. Os resultados das quatro estratégias foram reunidos em conjunto único para a organização da etapa de seleção. Como uma mesma publicação poderia ser recuperada por mais de uma combinação de busca ou estar indexada nas duas bases consultadas, a identificação dos registros duplicados foi realizada por meio da leitura do título e dos autores de cada referência, comparando as ocorrências recuperadas tanto entre as quatro combinações de busca utilizadas em uma mesma base de dados quanto entre os registros recuperados na PubMed e na BVS/LILACS. Esse processo permitiu identificar e remover 586 registros, restando 1.510 registros únicos para triagem por título e resumo.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos originais (estudos primários), publicados entre 2016 e 2026, nos idiomas português e inglês, que envolvessem pacientes com diagnóstico de DM1 (podendo incluir seus familiares) e apresentassem

resultados sobre barreiras ou fatores que interferem na adesão ao tratamento e no autocuidado. A abordagem de educação em saúde ou de assistência de enfermagem, isoladamente, não foi considerada suficiente para a inclusão do estudo, uma vez que não responde à questão norteadora; essas dimensões foram analisadas na discussão das implicações dos achados para a atuação da enfermagem.

Como critérios de exclusão, foram desconsiderados: estudos em duplicidade; publicações em idiomas diferentes do português e do inglês; publicações fora do período estabelecido (2016 a 2026); editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos, notas prévias e outros tipos de publicação incompatíveis com os critérios estabelecidos; fontes secundárias, como revisões integrativas ou sistemáticas; protocolos de estudo sem resultados empíricos; estudos direcionados exclusivamente a outras tipologias de diabetes, como diabetes mellitus tipo 2 e diabetes gestacional, ou conduzidos com população diferente de pacientes com DM1, como profissionais de saúde; e estudos que não apresentassem resultados sobre barreiras ou fatores que interferem na adesão ao tratamento e no autocuidado, incluindo aqueles centrados na avaliação de uma intervenção sem o mapeamento de barreiras, ou que não respondessem adequadamente à questão norteadora.

O processo de seleção e elegibilidade dos estudos ocorreu de forma sistemática e em etapas sucessivas, conforme as recomendações do PRISMA-ScR. Inicialmente, foram identificadas 2.096 ocorrências nas estratégias de busca. Durante a organização dos resultados, foram identificadas e removidas 586 duplicidades, permanecendo 1.510 registros para a etapa de triagem.

Os 1.510 registros remanescentes foram submetidos à leitura dos títulos e resumos, com a finalidade de verificar sua correspondência com o escopo da investigação. Nessa etapa, foram excluídos 1.248 registros, principalmente por não envolverem pacientes com DM1, não apresentarem relação com barreiras ou fatores que interferem na adesão ao tratamento e no autocuidado, estarem fora do escopo definido pela questão norteadora ou corresponderem a tipos de publicação não elegíveis.

Após a triagem, 262 publicações foram consideradas potencialmente elegíveis e submetidas à leitura do texto completo, etapa em que os critérios de inclusão e exclusão foram novamente aplicados. Foram excluídas 255 publicações. Para que cada publicação fosse contabilizada uma única vez, os motivos de exclusão foram organizados de forma excludente e hierárquica, registrando-se apenas o motivo principal: população diferente da definida na estratégia PCC (n= 118), sendo 94 por não abordarem especificamente o DM1, 23 por tratarem

de outras tipologias de diabetes, como diabetes mellitus tipo 2 ou diabetes gestacional, e 1 por ter sido conduzida com profissionais de saúde, e não com pacientes; tipo de publicação não elegível (n = 4), sendo 3 fontes secundárias, como revisões integrativas ou sistemáticas, e 1 protocolo de estudo sem resultados empíricos; e ausência de resultados sobre barreiras ou fatores que interferem na adesão ao tratamento e no autocuidado (n = 133), incluindo 11 estudos que não respondiam adequadamente à questão norteadora e um estudo cujo foco principal era a avaliação de viabilidade e eficácia preliminar de uma intervenção.

Ao término do processo de seleção, sete estudos atenderam integralmente aos critérios de elegibilidade e constituíram a amostra final desta revisão de escopo, sendo cinco provenientes da PubMed e dois da BVS/LILACS. Esses estudos foram considerados adequados para o mapeamento das evidências relacionadas às barreiras que interferem na adesão ao tratamento de pacientes com DM1 e às implicações desses achados para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado.

Além da busca sistemática realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE e BVS/LILACS, foi realizada busca complementar em portais oficiais do Ministério da Saúde, com o objetivo de identificar documentos normativos relacionados ao tratamento do DM1 e à insulinoterapia. Essa busca identificou dois documentos: o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Diabete Melito Tipo 1 (Brasil, 2019) e a Nota Técnica Conjunta nº 169/2026-DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS (Brasil, 2026), que orienta a transição da insulina humana NPH para a insulina análoga de ação prolongada (glargina) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), contemplando crianças e adolescentes com DM1. Por se tratar de documentos normativos, e não de estudos científicos primários, eles não foram submetidos aos critérios de elegibilidade aplicados aos artigos oriundos das bases de dados e não integram a amostra desta revisão. Foram utilizados como fonte de apoio à discussão, especialmente para contextualizar o acesso à insulinoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), e são apresentados separadamente, no Quadro 3.

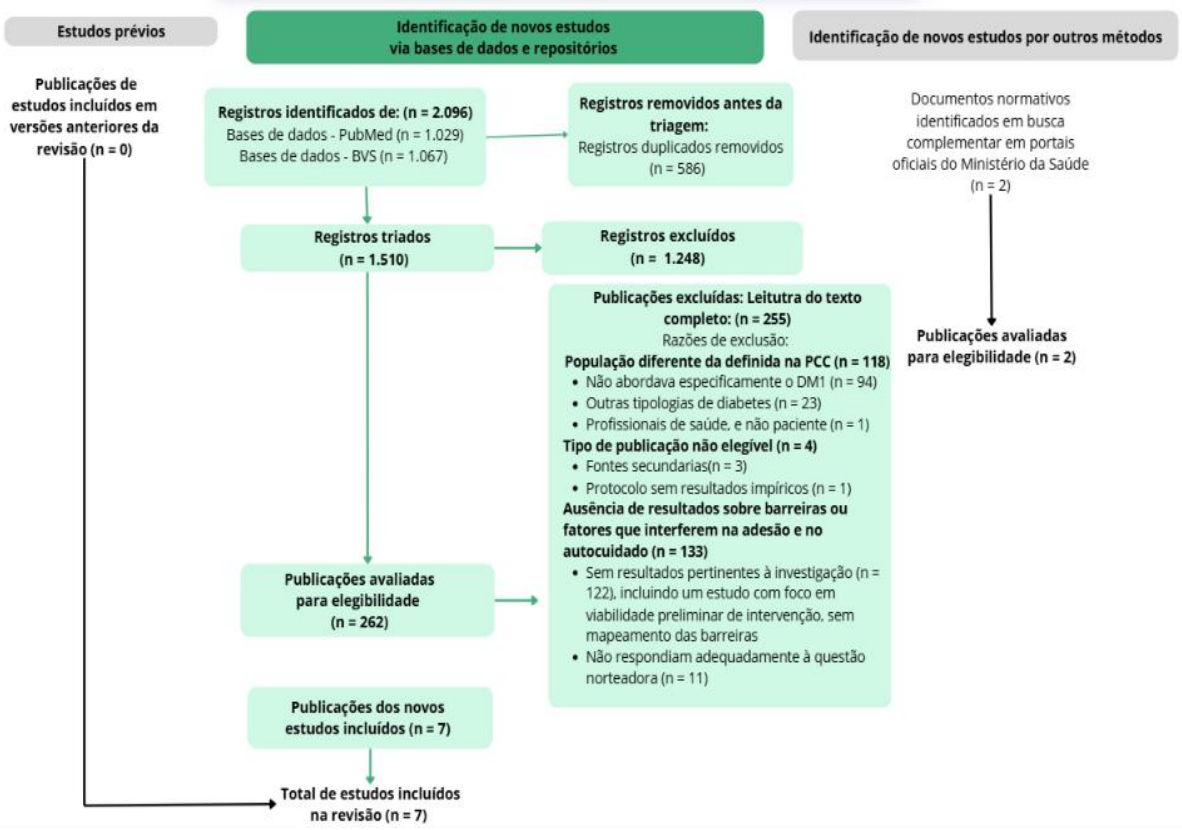
Após a definição da amostra final, procedeu-se à extração e sistematização das informações dos sete estudos incluídos. Para tanto, foram considerados dados referentes a autoria, ano de publicação, título, objetivo, delineamento metodológico, características da população estudada e principais resultados. Também foram identificadas as principais barreiras relacionadas à adesão ao tratamento, os fatores que interferem na realização do autocuidado e os elementos dos achados que apresentavam implicações para a atuação da enfermagem. Os

dois documentos normativos obtidos por busca complementar foram sistematizados separadamente, considerando sua identificação, ano, finalidade e contribuição para a discussão.

A análise e síntese dos resultados ocorreram de forma descritiva e qualitativa, buscando identificar padrões, convergências, divergências e particularidades entre os estudos selecionados. Os achados foram organizados de modo a possibilitar o mapeamento das barreiras individuais, emocionais, familiares, sociais e assistenciais que podem interferir na adesão terapêutica, bem como das implicações desses achados para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado.

Por fim, o percurso de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi sistematizado por meio do fluxograma PRISMA-ScR, apresentado na Figura 1, que permite visualizar o processo desde a identificação inicial das 2.096 ocorrências até a composição da amostra final de sete estudos científicos. Os dois documentos normativos, identificados por outro método, são apresentados separadamente dos estudos científicos.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR de seleção dos estudos



Fonte: elaborado pela autora (2026).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o processo de seleção descrito na Figura 1, foram selecionados sete estudos científicos para compor a amostra final desta revisão de escopo, sendo cinco identificados na base PubMed e dois na BVS/LILACS. Além desses, a busca complementar identificou dois documentos normativos no Ministério da Saúde, o PCDT do DM1 (Brasil, 2019) e a Nota Técnica Conjunta nº 169/2026 (Brasil, 2026), utilizados como apoio à discussão. Por não serem estudos científicos, esses documentos não integram a amostra da revisão e são apresentados em quadro separado (Quadro 3). Em relação ao período de publicação, os estudos compreenderam os anos de 2018 a 2025, com maior concentração entre 2021 e 2025.

Quanto ao idioma de publicação, quatro estudos foram publicados em inglês e três em português. Em relação ao contexto geográfico, quatro estudos foram desenvolvidos no Brasil, um nos Estados Unidos, um na Jordânia e um no Reino Unido, evidenciando a presença de investigações nacionais e internacionais acerca das barreiras relacionadas ao tratamento e autocuidado no DM1.

Quanto ao delineamento metodológico, verificou-se a presença de três estudos transversais, dois estudos de abordagem qualitativa, um de métodos mistos e um estudo metodológico, este último direcionado ao desenvolvimento e à validação de instrumento para avaliação de barreiras e fatores de apoio ao autogerenciamento da doença.

Os estudos selecionados abrangem diferentes abordagens relacionadas à adesão ao tratamento e ao autocuidado no DM1, envolvendo crianças, adolescentes e adultos e, em alguns estudos, familiares. De forma geral, as publicações analisam fatores individuais, emocionais, familiares, sociais e relacionados à assistência em saúde, além de aspectos associados ao desenvolvimento de estratégias para favorecer o autogerenciamento da doença. O Quadro 2 apresenta as principais características e os principais resultados dos estudos incluídos.

Quadro 2 – Resultados dos estudos incluídos na revisão sobre a adesão ao tratamento em pacientes com diabetes mellitus tipo 1.

Autor/ Ano	Título	Periódico	Método	Principais resultados
Simionato et al., 2018	Adesão ao tratamento de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1	Ciência & Saúde	Estudo transversal, descritivo e analítico	Observou-se discordância entre hemoglobina glicada e adesão referida, atribuída ao esquema de múltiplas doses de insulina, à dificuldade de aplicação e à baixa motivação para hábitos de vida saudáveis.

Batista et al., 2021	Autocuidado apoiado de adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 à luz da gestão do cuidado	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo qualitativo	As necessidades de autocuidado apoiado incluem acompanhamento longitudinal da equipe, capacitação familiar, apoio da rede social e fornecimento adequado de insumos pelo governo. O apoio fragmentado nessas dimensões compromete a integralidade do cuidado ao adolescente.
Hamilton et al., 2021	Sustained type 1 diabetes self-management: Specifying the behaviours involved and their influences	Diabetic Medicine	Estudo de métodos mistos	Identificação de múltiplas barreiras e facilitadores relacionados ao autogerenciamento do DM1. Os achados evidenciaram a complexidade dos comportamentos de autocuidado e forneceram subsídios para o desenvolvimento e o aprimoramento de programas de autogerenciamento.
Planalp et al., 2022	Development and validation of the self-management Barriers and Supports Evaluation for working-aged adults with type 1 diabetes mellitus	BMJ Open Diabetes Research & Care	Estudo metodológico	Foi desenvolvido e validado instrumento com cinco domínios de barreiras e apoios, todos associados a HbA1c e/ou qualidade de vida, permitindo cuidado centrado na pessoa.
Momani et al., 2022	I Like People to Treat Me Normally: Barriers to Type 1 Diabetes Self-Management Among Adolescents	Clinical Diabetes	Estudo Qualitativo	Identificaram-se barreiras individuais e sistêmicas, que influenciam a decisão de revelar ou ocultar a condição, podendo comprometer o autocuidado e a segurança em situações de emergência.
Foppa et al., 2023	Knowledge about diabetes and its association with adherence to self-care and glycemic control in patients with type 1 diabetes in Southern Brazil	Archives of Endocrinology and Metabolism (Arch Endocrinol Metab.)	Estudo transversal	O conhecimento sobre a doença mostrou associação com maior adesão ao autocuidado, porém não se refletiu em melhor controle glicêmico, sugerindo que o conhecimento isolado não é suficiente para mudança de comportamento.
Ferreira et al., 2025	Dificuldades na Adesão ao Tratamento de Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1	Nursing Edição Brasileira	Estudo transversal e descritivo	A adesão ao tratamento foi comprometida pela dificuldade em seguir a dieta orientada e realizar a contagem de carboidratos. As barreiras relacionaram-se a fatores sociodemográficos e comportamentais, reforçando a necessidade de educação em saúde contínua e personalizada, com maior envolvimento familiar.

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Os documentos normativos identificados por busca complementar foram utilizados como apoio à discussão e não compõem a amostra de estudos científicos. O Quadro 3 apresenta esses documentos, com sua finalidade e a sua contribuição para a discussão.

Quadro 3- Documentos normativos identificados por busca complementar e utilizados como apoio à discussão.

Documento	Ano	Finalidade	Contribuição para discussão
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 1 (PCDT)	2019	Diretrizes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento no SUS.	Referencial normativo para discutir as exigências do autocuidado, a atenção especial à adolescência, a transição gradual da responsabilidade pelo cuidado, o envolvimento familiar, a disponibilidade de insulinas no SUS e o acompanhamento multiprofissional.
Nota Técnica Conjunta nº 169/2026-DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS	2026	Orientar a transição da insulina NPH para insulina análoga de ação prolongada na Atenção Primária à Saúde.	Contextualiza as dificuldades de acesso à insulinoterapia no SUS, em convergência com os achados dos estudos, e reforça o papel da equipe de saúde na educação do paciente, da família e dos cuidadores durante a transição.

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Barreiras relacionadas ao tratamento e ao autocuidado

A complexidade das atividades exigidas para o manejo cotidiano do DM1 constitui uma das principais barreiras identificadas nos estudos analisados. O tratamento exige a realização de diferentes cuidados de forma contínua, incluindo administração de insulina, monitorização da glicemia, alimentação adequada, contagem de carboidratos e prática de atividade física. Essa exigência é reconhecida pelo PCDT do diabete melito Tipo 1 (Brasil, 2019), que destaca a necessidade de participação ativa do paciente e de capacitação para as diferentes práticas de autocuidado.

Essa exigência aparece de formas distintas, mas convergentes, entre os estudos. A alimentação e a contagem de carboidratos foram as dificuldades mais destacadas por Ferreira et al. (2025). Apesar de 95,7% dos adolescentes relatarem compreender as orientações recebidas, 61,4% não realizaram a contagem de carboidratos, e as justificativas mencionadas foram a dificuldade de aprendizagem do método e a falta de interesse. Esse resultado chama atenção para a diferença entre ter conhecimento sobre o tratamento e conseguir aplicá-lo no cotidiano,

uma vez que compreender uma orientação não significa, necessariamente, incorporá-la à rotina. Essa relação entre conhecimento e prática também pode ser observada em Foppa et al. (2023): o estudo identificou associação entre maior conhecimento sobre a doença e melhor adesão ao autocuidado, mas essa relação não foi suficiente para explicar o controle glicêmico. Esse é um dos achados mais relevantes desta revisão, pois indica que a informação, isoladamente, não garante adesão. O paciente pode saber o que fazer e, ainda assim, não conseguir transformar esse conhecimento em prática de forma contínua.

A dificuldade não se limita à alimentação. O esquecimento das doses de insulina e a baixa motivação para manter práticas como atividade física e alimentação adequada foram apontados por Simionato et al. (2018) como barreiras relevantes à adesão medicamentosa, mesmo entre pacientes que frequentavam regularmente o serviço. Isso demonstra que a presença constante nas consultas não assegura, por si só, a realização adequada de todas as práticas de autocuidado. Hamilton et al. (2021) ampliam essa compreensão ao demonstrar que o autogerenciamento do DM1 envolve diferentes comportamentos, influenciados por fatores relacionados à capacidade, à oportunidade e à motivação. Segundo os autores, essas barreiras se manifestam ao longo de todo o ciclo de autocuidado, o que reforça que o manejo da doença não acontece de forma direta ou previsível e exige constantes tomadas de decisão.

Essa variedade de fatores também é evidenciada por Planalp et al. (2022), cujo estudo metodológico desenvolveu e validou um instrumento de avaliação de barreiras e apoios ao autogerenciamento do DM1, estruturado em cinco domínios, todos associados à hemoglobina glicada (HbA1c) e à qualidade de vida. A existência de um instrumento validado com essa estrutura reforçada, do ponto de vista metodológico, o que os demais estudos qualitativos e transversais apontam empiricamente: as barreiras ao autocuidado no DM1 não se distribuem em uma única dimensão, mas em domínios distintos e mensuráveis, o que justifica uma avaliação clínica que vá além do simples registro de valores glicêmicos.

Em conjunto, esses achados sugerem que as dificuldades relacionadas ao tratamento não devem ser interpretadas simplesmente como falta de comprometimento do paciente. A quantidade de tarefas necessárias para o cuidado diário pode tornar a adesão mais difícil, principalmente quando essas atividades precisam ser realizadas de maneira contínua e ajustadas às situações do cotidiano. Isso reforça a recomendação do PCDT de que a educação para o autocuidado inclua alimentação, contagem de carboidratos, administração de insulina, monitorização glicêmica, identificação de hipoglicemias e prática de exercícios, com orientações adaptadas ao desenvolvimento e à capacidade do paciente.

Fatores emocionais e comportamentais

Os aspectos emocionais e comportamentais constituem outra categoria importante de barreiras, relacionada não apenas à disponibilidade de informações, mas também à motivação, à forma como o paciente percebe a doença e à maneira como consegue aplicá-la à sua vida cotidiana.

O déficit de motivação para o autocuidado, principalmente em relação à atividade física e à alimentação, identificado por Simionato et al. (2018), aproxima-se dos achados de Hamilton et al. (2021), que apontam a motivação e a capacidade psicológica como elementos centrais para a manutenção dos comportamentos de autocuidado. Essa dimensão emocional ganha contornos mais específicos no estudo de Momani et al. (2022), no qual os adolescentes relataram experiências relacionadas à rotulação, à pena e ao estigma, além da preocupação em serem percebidos como diferentes pelos demais. Isso levava alguns a não revelar o diagnóstico a colegas e outras pessoas do convívio social, atitude que pode dificultar o manejo da doença em ambientes como a escola, sobretudo quando o adolescente precisa realizar alguma prática relacionada ao tratamento.

Há uma aproximação importante, ainda que por caminhos distintos, entre os achados de Momani et al. (2022) e de Ferreira et al. (2025). Enquanto o primeiro evidencia o impacto do estigma e da necessidade de se sentir "normal" no convívio social, o segundo identifica a timidez como fator que dificulta a comunicação com os profissionais de saúde: alguns adolescentes que apresentavam dúvidas não procuravam esclarecê-las, relatando timidez, falta de interesse ou delegando essa função à mãe. Em ambos os casos, o elemento comum é a dificuldade de expor a própria condição, seja diante dos pares, seja diante da equipe de saúde.

Esses resultados mostram que a dificuldade de adesão pode estar relacionada não apenas ao que o paciente sabe, mas também à sua disposição para falar sobre suas dificuldades, pedir ajuda e assumir gradualmente responsabilidades pelo próprio cuidado. O PCDT reconhece que a adolescência requer atenção especial, uma vez que as mudanças físicas, sociais e psíquicas próprias desse período podem contribuir para a diminuição da adesão ao tratamento. O documento destaca a associação entre alterações emocionais, como ansiedade e depressão, e pior controle glicêmico.

Diante disso, uma abordagem centrada exclusivamente na transmissão de informações não é suficiente. A educação em saúde precisa estar associada à escuta das dificuldades

vivenciadas pelo paciente, à identificação de fatores que reduzem sua motivação e à construção de estratégias possíveis de serem incorporadas à rotina.

Aspectos familiares e sociais

A família e a rede social aparecem como elementos que tanto podem favorecer quanto dificultar a realização do autocuidado, a depender da forma como participam do cuidado.

Segundo Ferreira et al. (2025), a proximidade dos pais favorece o acompanhamento e o enfrentamento da doença, embora o mesmo estudo aponte que a timidez e a dependência da mãe para esclarecer dúvidas possam indicar que o processo de construção da autonomia do adolescente ainda está em desenvolvimento. Essa questão é especialmente relevante na adolescência, período de transição gradual da responsabilidade pelo cuidado dos pais para o próprio adolescente. O PCDT recomenda que essa transição ocorra de maneira gradual e flexível, com envolvimento familiar no processo de educação e autogerenciamento, mas sob acompanhamento de profissionais capacitados.

Para além da família, escola, amigos e outras pessoas da rede social também foram identificados como fontes de suporte por Batista et al. (2021), cujo estudo mostra que a escola pode contribuir para facilitar o cuidado quando há maior compreensão sobre a doença e ações de enfrentamento ao bullying. Esse mesmo ambiente social, no entanto, pode se converter em barreira. Momani et al. (2022) demonstram que o estigma e o desconhecimento sobre o diabetes levavam alguns adolescentes a esconder a condição para evitar julgamentos, o que dificultava o cuidado fora de casa.

O contraste entre os achados de Batista et al. (2021) e de Momani et al. (2022) ilustra bem a ambiguidade do papel da rede social: um mesmo ambiente, como a escola ou o grupo de colegas, pode ser fonte de apoio ou de constrangimento, a depender do nível de informação e acolhimento das pessoas envolvidas. Assim, família e rede social não devem ser compreendidas apenas como fontes de apoio ou como fatores de risco isoladamente: o suporte excessivo pode dificultar a construção da autonomia, enquanto a ausência de apoio pode deixar o adolescente mais vulnerável diante das demandas do tratamento. Cabe à equipe de saúde favorecer uma participação familiar que ofereça suporte sem retirar do paciente a possibilidade de desenvolver autonomia.

Barreiras socioeconômicas e de acesso

As condições socioeconômicas e as dificuldades de acesso aos recursos necessários para o tratamento também se destacaram entre os achados e aparecem de forma consistente nos estudos brasileiros incluídos na revisão.

A renda familiar limitada também apareceu como fator relacionado às dificuldades de adesão. Entre os participantes de Ferreira et al. (2025), 68,6% possuíam renda de até um salário mínimo, condição relacionada a dificuldades para manter uma alimentação adequada e arcar com despesas do tratamento, além de problemas na disponibilidade de medicamentos e insumos na rede pública. Essa mesma limitação de acesso aparece em Foppa et al. (2023), que identificaram dificuldades no fornecimento de insumos pelo Sistema Único de Saúde, mesmo diante da existência de mecanismos públicos de fornecimento. O mesmo ocorre em Batista et al. (2021), cujos participantes relataram dificuldades para obter insulina, fitas de glicemia e insumos relacionados à bomba de insulina, além de problemas de regularidade no fornecimento.

A convergência entre esses três estudos é relevante: mesmo em contextos e populações diferentes, a dificuldade de acesso aos insumos se repete como barreira, o que sugere um problema estrutural e não pontual. O PCDT do Ministério da Saúde estabelece a insulinoterapia como componente obrigatório do tratamento do DM1, apresenta diferentes possibilidades terapêuticas e registra a disponibilidade de insulinas NPH, regular e análogos no SUS. A existência dessa diretriz, no entanto, não elimina, por si só, as dificuldades encontradas pelos pacientes para ter acesso a esses recursos. Os três estudos mostram que problemas de fornecimento, renda e organização dos serviços podem interferir na continuidade do tratamento mesmo quando existem políticas públicas destinadas a garanti-lo.

Essa constatação amplia a compreensão sobre adesão, pois evidencia que nem todas as barreiras estão sob responsabilidade ou controle individual do paciente: algumas dependem da organização da rede de saúde e das condições sociais em que o tratamento é realizado.

Nesse cenário de dificuldades de acesso identificadas pelos estudos revisados, merece destaque a Nota Técnica Conjunta nº 169/2026-

DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS, que revogou a Nota Técnica Conjunta nº 32/2026-DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS. O documento passou a orientar, em âmbito nacional, a transição da insulina humana NPH para a insulina análoga de ação prolongada (glargina) na Atenção Primária à Saúde, contemplando crianças e adolescentes de 2 a 17 anos com DM1. A justificativa oficial dessa estratégia é o cenário de restrição global na

produção de insulinas humanas. Isso evidencia, na própria prática de gestão do Ministério da Saúde, o mesmo problema de instabilidade no fornecimento de insumos relatado pelos pacientes nos estudos de Ferreira et al. (2025), Foppa et al. (2023) e Batista et al. (2021). Assim, a nota técnica dialoga com os achados da literatura e corrobora a relevância das dificuldades de acesso identificadas, sob a perspectiva da gestão em saúde. Ela sugere que essas dificuldades não são incidentes isolados, mas parte de um contexto mais amplo de reorganização do abastecimento de insulina no SUS, ainda em curso durante a elaboração desta revisão.

Barreiras relacionadas aos serviços de saúde

As características dos serviços de saúde também interferem na continuidade do cuidado. Batista et al. (2021) identificaram diferenças na percepção dos adolescentes em relação aos serviços especializados e à Atenção Primária à Saúde. Os autores destacam a importância do acompanhamento longitudinal e do vínculo entre profissionais, adolescentes e familiares, e apontam fragilidades na comunicação entre os serviços e na organização dos fluxos de cuidado.

O PCDT recomenda acompanhamento regular por equipe multiprofissional e monitoramento contínuo dos pacientes com DM1, estabelecendo como critérios para a utilização de análogos de insulina o acompanhamento regular com médico e equipe multidisciplinar e a realização de automonitorização da glicemia. Os achados de Batista et al. (2021), no entanto, indicam que a qualidade do cuidado não depende apenas da existência de consultas, mas também da capacidade dos serviços de estabelecer vínculo, reconhecer as necessidades individuais e garantir continuidade. O acompanhamento regular, quando desacompanhado de escuta e identificação das barreiras vivenciadas pelo paciente, pode não ser suficiente para promover mudanças efetivas no autocuidado.

Atuação da enfermagem diante das barreiras identificadas

Em resposta ao segundo objetivo específico desta revisão, discutem-se as implicações das barreiras identificadas para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado. Os achados das seções anteriores permitem delinear uma atuação da enfermagem que ultrapassa a transmissão de informações. Ela envolve educação em saúde, acompanhamento contínuo, escuta, apoio à família e articulação com outros profissionais e serviços.

Os achados discutidos apontam implicações para a atuação da enfermagem, que pode envolver a identificação de dificuldades específicas relacionadas à administração da insulina, à monitorização da glicemia, à alimentação, à contagem de carboidratos e organização da rotina.

Essa atuação está em consonância com o que o PCDT estabelece para a educação ao autocuidado, com orientações adaptadas ao nível de desenvolvimento e às características do paciente e de sua família. No entanto, diante dos achados de Foppa et al. (2023) de que o conhecimento pode estar associado ao autocuidado, mas não necessariamente ao controle glicêmico, essa educação não pode ser entendida como simples transmissão de conhecimento. É necessário verificar se o paciente consegue aplicar as orientações em sua rotina e quais obstáculos impedem essa aplicação.

Nos aspectos emocionais e comportamentais, a enfermagem pode atuar por meio de escuta qualificada, favorecendo que o paciente expresse dúvidas, inseguranças, dificuldades de motivação e experiências relacionadas ao estigma. Essa abordagem é especialmente importante na adolescência, período em que a necessidade de autonomia e aceitação social interfere na maneira como o indivíduo lida com o tratamento. Quanto à família, a atuação deve favorecer sua participação sem impedir o desenvolvimento da autonomia do paciente, orientando os familiares sobre como oferecer apoio, reconhecer sinais de dificuldades no autocuidado e participar do tratamento de maneira adequada à fase de desenvolvimento do paciente, conforme recomenda o PCDT quanto ao envolvimento familiar gradual.

Em relação às barreiras socioeconômicas e de acesso, a atuação da enfermagem não se restringe à orientação individual. Ela pode envolver encaminhamentos, articulação com a equipe multiprofissional e identificação de necessidades que precisam ser levadas aos demais níveis de atenção e à gestão. Nesses casos, a dificuldade de adesão está relacionada à indisponibilidade de insumos, às condições financeiras e à organização dos serviços, fatores que ultrapassam a responsabilidade individual do paciente.

Vale destacar que a própria Nota Técnica Conjunta nº 169/2026-DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS reforça a importância da atuação da equipe de saúde nesse processo. O documento determina que, durante a transição da insulina NPH para a glargina, a equipe reforce três pontos junto ao paciente, à família e aos cuidadores: o reconhecimento precoce dos sinais de hipoglicemia, a técnica correta de aplicação da insulina e a monitorização glicêmica mais frequente nas semanas iniciais. Essas atribuições dialogam diretamente com a atuação de escuta, educação e acompanhamento contínuo discutidas ao longo desta seção.

Em conjunto, os achados dos estudos, quando analisados à luz das recomendações do PCDT, apontam para uma assistência de enfermagem contínua, individualizada e centrada nas necessidades do paciente, que considera sua perspectiva, sua rotina e suas respostas glicêmicas.

Essa assistência responde diretamente ao objetivo desta revisão de identificar as barreiras à adesão e discutir suas implicações para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado.

Apesar da diversidade de barreiras identificadas, os estudos analisados apresentam limitações que devem ser consideradas. Observa-se predominância de investigações envolvendo adolescentes, com menor representação de outras fases da vida com DM1. Essa limitação também é identificada por Momani et al. (2022), que apontam a necessidade de investigar se as barreiras observadas na adolescência permanecem durante a transição para a vida adulta. Além disso, embora diversos estudos descrevam barreiras e fatores facilitadores, são menos frequentes as pesquisas que avaliam diretamente quais intervenções de enfermagem são mais eficazes para superar cada tipo de barreira. O instrumento validado por Planalp et al. (2022) permite mapear domínios de barreiras e apoios associados a HbA1c e à qualidade de vida, e não avalia a efetividade de intervenções específicas de enfermagem. Hamilton et al. (2021), por sua vez, destacam a necessidade de pesquisas que utilizem referenciais teóricos de mudança de comportamento para compreender de maneira mais aprofundada os fatores que influenciam o autogerenciamento do DM1.

Em síntese, os sete estudos demonstram que as barreiras à adesão ao tratamento do DM1 não podem ser explicadas exclusivamente pela falta de conhecimento ou pela responsabilidade individual do paciente. As dificuldades relacionadas à complexidade do tratamento, à alimentação e à contagem de carboidratos se articulam com aspectos emocionais, motivacionais, familiares, sociais, econômicos e assistenciais. Esse achado, tomado em conjunto, responde à questão norteadora desta revisão: as barreiras à adesão ao tratamento do DM1 são multidimensionais, e o papel da enfermagem na promoção do autocuidado depende da capacidade de identificar essas dimensões de forma individualizada, para além da simples transmissão de orientações técnicas. O PCDT demonstra que o cuidado do DM1 já dispõe de diretrizes consolidadas. Elas incluem educação para o autocuidado, insulinoterapia, monitorização glicêmica, alimentação, atividade física, acompanhamento multiprofissional e identificação das barreiras à adesão. Ainda assim, os estudos revisados mostram que a existência dessas diretrizes não é suficiente, por si só, para garantir sua aplicação na prática. Essa realidade é reforçada pela publicação, no decorrer da elaboração desta revisão, da Nota Técnica Conjunta nº 169/2026, que evidencia que a própria gestão do abastecimento de insulina no SUS permanece em reformulação.

Assim, o principal desafio identificado nesta revisão não está apenas em orientar o paciente sobre o que fazer, mas em compreender por que determinadas práticas não estão sendo

realizadas e quais condições precisam ser modificadas para que o autocuidado seja possível. Nesse contexto, a enfermagem ocupa posição estratégica, por acompanhar o paciente de maneira contínua e poder identificar barreiras individuais e contextuais, contribuindo para a construção de estratégias de cuidado compatíveis com suas necessidades e realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo identificar as principais barreiras que dificultam a adesão ao tratamento em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e discutir as implicações desses achados para a atuação da enfermagem na promoção do autocuidado. Os resultados mostram que as barreiras à adesão são multidimensionais: envolvem a complexidade das tarefas do tratamento, os aspectos emocionais e comportamentais, o papel ambivalente da família e da rede social, além de dificuldades socioeconômicas e de acesso aos insumos e aos serviços de saúde. Esses achados respondem à questão norteadora ao demonstrar que a adesão ao tratamento do DM1 não depende apenas do conhecimento ou do esforço individual do paciente, mas de um conjunto de fatores que ultrapassam sua responsabilidade isolada. Quanto à atuação da enfermagem, os achados indicam a necessidade de uma assistência contínua e individualizada, baseada em escuta qualificada, em educação em saúde que verifique a aplicação das orientações na rotina, no apoio à família e na articulação com a equipe multiprofissional, de modo a identificar e enfrentar as barreiras específicas de cada paciente.

Como limitações, destacam-se o número reduzido de estudos, a predominância de investigações com adolescentes, a restrição da busca às bases de dados e a diversidade metodológica, que dificulta a comparação direta e a generalização dos achados. Para pesquisas futuras, sugere-se investigar se as barreiras da adolescência permanecem na transição para a vida adulta, avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem para cada tipo de barreira e utilizar referenciais teóricos de mudança de comportamento para compreender melhor os fatores que levam o paciente a manter ou não o autocuidado ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. BATISTA, Annanda Fernandes Moura Bezerra et al. Autocuidado apoiado de adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 à luz da gestão do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20201252, 2021.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 1**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 169/2026-DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS**: orientações para transição da insulina humana (NPH) para insulina análoga de ação prolongada (glargina) no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

4. DAI, Hongju et al. The Role of Nurses in Taking Care of Children With Type 1 Diabetes. **Alternative Therapies in Health & Medicine**, v. 28, n. 1, p. 107-113, 2022.

5. FERREIRA, Kátia Cristina Barbosa et al. Dificuldades na adesão ao tratamento de adolescentes com diabetes mellitus tipo I. **Nursing Edição Brasileira**, v. 29, n. 323, p. 10803-10819, 2025.

6. FOPPA, Luciana et al. Knowledge about diabetes and its association with adherence to self-care and glycemic control in patients with type 1 diabetes in Southern Brazil. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 67, n. 6, p. e000648, 2023.

7. HAMILTON, Kathryn et al. Sustained type 1 diabetes self-management: specifying the behaviours involved and their influences. **Diabetic Medicine**, v. 38, n. 5, p. e14430, 2021. DOI: https://doi.org/10.1111/dme.14430.

8. MOMANI, Aaliyah M. et al. "I like people to treat me normally": barriers to type 1 diabetes self-management among adolescents. **Clinical Diabetes**, v. 40, n. 2, p. 196-203, 2022.

9. NETO, João Damasceno Costa et al. Adesão dos pacientes de diabetes mellitus às atividades de autocuidado. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 10, n. 2, p. 132-141, 2018.

10. PETERS, Micah D. J.; GODFREY, Christina; MCINERNEY, Patricia; MUNN, Zachary; TRICCO, Andrea C.; KHALIL, Hanan. Chapter 11: Scoping reviews. In: AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary (ed.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [S. l.]: JBI, 2020.

11. PLANALP, Elizabeth M. et al. Development and validation of the self-management Barriers and Supports Evaluation for working-aged adults with type 1 diabetes mellitus. **BMJ Open Diabetes Research & Care**, v. 10, n. 1, p. e002583, 2022. QUINONES, Beatriz Aparecida; GEISLER, Sandonaid Andrei; RAMOS, Sirlei. Importância do autocuidado em pacientes com Diabetes Mellitus. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, p. 2057-2065, 2023. DOI: https://doi.org/10.55892/jrg.v6i13.816.

12. SILVA, G. S. da; CUNHA , R. B. BARREIRAS NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DM1 EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. **REVISTA FOCO**, *[S. l.]*, v. 18, n. 6, p. e8826, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n6-072.

13. SIMIONATO, Renata et al. Treatment adherence in adolescents with type 1 diabetes mellitus. **Ciência & Saúde** , v. 11, n. 3, p. 184-189, 2018.

14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Dados epidemiológicos do diabetes mellitus no Brasil: SBD 2025.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025.

15. SYED, Fatima Z. Type 1 diabetes mellitus. **Annals of internal medicine** , v. 175, n. 3, p. ITC33-ITC48, 2022. DOI: https://doi.org/10.7326/AITC202203150.

16. TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

17. ZIEGLER, Ralph; NEU, Andreas. Diabetes in childhood and adolescence: A guideline-based approach to diagnosis, treatment, and follow-up. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 115, n. 9, p. 146-156, 2018.