



**A EFETIVIDADE DOS FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA
LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Effectiveness of Referral and Counter-Referral Pathways in the Hypertension Care
Continuum: A Systematic Review

Wayne Nogueira Coelho

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-0554-1094>

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Endereço: São Paulo, São Paulo, Brasil

E-mail: coelhowayne12@gmail.com

Laenne Ágata Valentim

Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

Endereço: Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

E-mail: laenne@gmail.com

Renata Galvão Magalhães

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço: Pedra Azul, Minas Gerais, Brasil

E-mail: magalhaesgrena@gmail.com

Júlia Gaviolli Miron

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Mogi das Cruzes (UMC)

Endereço: Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil

E-mail: juliagmiron@outlook.com

Érica de Toledo Nogueira

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Oswaldo Aranha (UNIFOA)

Endereço: Cruzeiro, São Paulo, Brasil

E-mail: ericatoledo2205@hotmail.com

Thalis Limonge de Oliveira Monteiro

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8660-2728>

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Oswaldo Aranha (UNIFOA)

Endereço: São Paulo, São Paulo, Brasil

E-mail: thalislimongi@gmail.com

Luis Felipe Santana Tavares Moreira

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - Afya

Endereço: João Pessoa, Paraíba, Brasil

E-mail: Lfelipesantana2012@gmail.com

Maria da Liberdade de Oliveira Vicente

Graduada em Medicina

Instituição: Revalidada pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Endereço: Rio Branco, Acre, Brasil

E-mail: marjorieoliveirapr@gmail.com

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um dos principais desafios de saúde pública global, demandando metas pressóricas rigorosas ($< 130/80$ mmHg) conforme estabelecido pela Diretriz Brasileira de 2025. No âmbito do SUS, a efetividade do controle clínico depende da continuidade do cuidado e da integração fluida entre a Atenção Primária (APS) e a atenção especializada. **Objetivo:** Sintetizar as estratégias de integração entre os níveis assistenciais que favorecem a continuidade informacional e o controle clínico de pacientes hipertensos, identificando as barreiras estruturais que causam cuidados descontínuos. **Metodologia:** Revisão sistemática fundamentada na estratégia PECO, com busca realizada nas bases MEDLINE, LILACS e SciELO, incluindo a literatura cinzenta. A seleção foi realizada por dupla de revisores independentes e a qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada pelas escalas Newcastle-Ottawa e Downs and Black. **Resultados:** A amostra final foi composta por 26 estudos. As principais barreiras identificadas foram a alta rotatividade de profissionais na APS, a escassez de insumos básicos e a falha crônica na contrarreferência, que obriga o paciente a ser o único elo de informação na rede. Como estratégias facilitadoras, destacaram-se o fortalecimento da equipe multiprofissional, a implementação de prontuários eletrônicos compartilhados e o uso de tecnologias de telessaúde e telemonitoramento, fundamentais para reduzir a inércia terapêutica. **Conclusão:** A fragmentação assistencial constitui o principal entrave para o controle efetivo da HAS no Brasil. A transição para uma linha de cuidado resolutiva exige a superação do vácuo informacional por meio da integração digital da rede e da institucionalização de fluxos formais de coordenação assistencial.

Palavras-chave: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) permanece como um dos principais desafios de saúde pública global, sendo o fator de risco mais relevante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, renais e morte prematura (World Health Organization, 2023). Nas últimas décadas, a prevalência da HAS cresceu significativamente, atingindo cerca de 1,3 bilhão de adultos no mundo, com taxas de controle pressórico ainda consideradas insatisfatórias (World Health Organization, 2023). No cenário brasileiro, dados recentes do sistema de vigilância indicam que a prevalência autorreferida da doença continua elevada, exigindo

estratégias robustas de monitoramento e intervenção (Brasil, 2025). A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025 reforça a necessidade de metas terapêuticas mais rigorosas, estabelecendo o alvo de pressão arterial inferior a 130/80 mmHg para a maioria dos pacientes, o que impõe aos serviços de saúde a necessidade de um acompanhamento clínico contínuo e integrado para garantir a redução da morbimortalidade associada (Brandão et al., 2025).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) atua como o centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a principal porta de entrada para o cuidado (Brasil, 2019). É responsabilidade das equipes de APS a implementação de linhas de cuidado que garantam não apenas o diagnóstico precoce, mas também a adesão ao tratamento e a prevenção de lesões em órgãos-alvo (Brasil, 2021). Para que o manejo da HAS seja efetivo, a literatura destaca que a continuidade do cuidado — definida como a oferta de cuidados sequenciais e coordenados ao longo do tempo — é fundamental, pois está associada a melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida para os usuários (Ribeiro et al., 2025). Contudo, a efetivação dessa continuidade depende diretamente da capacidade do sistema em integrar a APS aos demais níveis assistenciais por meio de fluxos de trabalho bem estabelecidos (Khatri et al., 2023).

Apesar da organização teórica da linha de cuidado, a transição entre a atenção primária e a especializada revela-se como um dos maiores gargalos do sistema público brasileiro (Almeida et al., 2024). Estudos apontam que os usuários frequentemente experimentam cuidados descontínuos devido à fragmentação dos serviços, ao acesso restrito a especialistas e à ausência de mecanismos eficazes de contrarreferência (Almeida et al., 2024). O processo de referência muitas vezes é percebido pelos pacientes como uma barreira burocrática, onde a comunicação entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais é ineficaz ou inexistente, resultando em uma "continuidade informacional" falha (Ribeiro et al., 2024). Essa desarticulação obriga o paciente a atuar como o único elo de ligação entre os serviços, repetindo sua história clínica em cada consulta e sofrendo com a falta de coerência no projeto terapêutico (Ribeiro et al., 2024; Lacerda, 2022).

As barreiras estruturais para a integração dos cuidados incluem desde a alta rotatividade de profissionais nas equipes de Saúde da Família até a escassez de insumos básicos e equipamentos validados para o monitoramento da pressão arterial (Ribeiro et al., 2025; Sambah et al., 2025). Além disso, a inércia terapêutica e a baixa utilização de instrumentos formais de coordenação contribuem para a ineficiência das ações de controle da HAS na rede básica (Rabetti et al., 2022). Por outro lado, estratégias que fortalecem o trabalho da equipe multiprofissional, o uso de tecnologias de telessaúde e a pactuação de fluxos formais de

comunicação têm demonstrado potencial para mitigar essas falhas e favorecer o controle clínico dos hipertensos (Akasaki et al., 2025; Brandão et al., 2025). A integração real entre APS e atenção especializada é, portanto, o pilar central para a sustentabilidade do sistema e para a segurança do paciente (Almeida et al., 2024).

Diante da necessidade de compreender como os processos de integração impactam a assistência, justifica-se a realização desta revisão sistemática para sintetizar o conhecimento atual sobre o tema. O presente estudo busca preencher a lacuna sobre quais modelos de referência e contrarreferência são mais efetivos no contexto da saúde pública contemporânea. O objetivo deste artigo é sintetizar as estratégias de integração entre os níveis assistenciais que favorecem a continuidade informacional e o controle clínico de pacientes hipertensos, identificando as barreiras estruturais que causam cuidados descontínuos. Conforme as recomendações metodológicas para revisões de estudos observacionais, esta análise fundamenta-se na necessidade de subsidiar gestores e profissionais de saúde com evidências que qualifiquem a trajetória do usuário na linha de cuidado da hipertensão (Brasil, 2014; JBI, 2024).

METODOLOGIA

Esta revisão sistemática seguiu o rigor metodológico para síntese de evidências de estudos observacionais, fundamentada na estratégia PECO: População (adultos com hipertensão arterial sistêmica); Exposição (acompanhamento via fluxos estruturados de referência e contrarreferência); Comparação (modelos de cuidado fragmentados ou sem protocolos de transição); e Desfecho (efetividade da continuidade informacional, controle pressórico e identificação de barreiras estruturais).

A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), LILACS e SciELO, utilizando descritores controlados (MeSH/DeCS) e termos livres relacionados a "Hipertensão", "Atenção Primária à Saúde", "Continuidade da Assistência ao Paciente" e "Referência e Consulta", combinados por operadores booleanos. A busca incluiu a literatura cinzenta (Catálogo da CAPES e BDTD) e a varredura manual de listas de referências. A seleção ocorreu em duas etapas (triagem de títulos/resumos e análise integral) por dois revisores independentes e cegos, com resolução de divergências por consenso ou por um terceiro revisor.

A extração de dados foi executada via formulário padronizado, coletando informações sobre o cenário, perfil demográfico, instrumentos de coordenação utilizados e resultados de controle clínico — pautado no alvo de pressão arterial < 130/80 mmHg, conforme a Diretriz Brasileira de 2025. A qualidade metodológica e o risco de viés foram avaliados pela Escala de

Newcastle-Ottawa (para coortes e caso-controle) e pelo checklist de Downs and Black (para estudos transversais e avaliativos).

A síntese dos dados seguiu abordagem qualitativa e temática, agrupando as evidências nas dimensões da continuidade do cuidado: gerencial (articulação da rede), informacional (compartilhamento de prontuários e guias) e relacional (vínculo entre profissionais e usuários). A análise focou na identificação de estratégias facilitadoras e na categorização de barreiras estruturais, como a inércia terapêutica e falhas nos sistemas de regulação, visando subsidiar a qualificação da linha de cuidado no SUS.

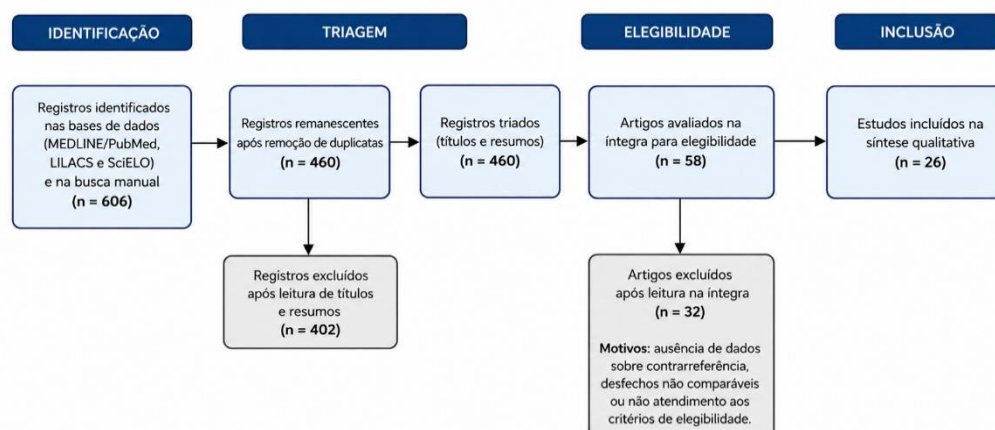
RESULTADOS

Seleção dos Estudos e Fluxograma de Busca

A estratégia de busca resultou na identificação inicial de 584 registros nas bases de dados MEDLINE/PubMed, LILACS e SciELO, somados a 22 estudos recuperados por meio da busca manual na literatura cinzenta (JBI, 2024; Ribeiro et al., 2025). Conforme preconizado pelas normas de relato para revisões de estudos observacionais, o detalhamento do processo de seleção é apresentado no Fluxograma de Seleção (Figura 1), seguindo o rigor metodológico para garantir a transparência da síntese (Brasil, 2014; Almeida et al., 2024). Após a identificação inicial das fontes, procedeu-se à remoção de 146 duplicatas, restando 460 citações únicas para a etapa de triagem (Almeida et al., 2024).

Na primeira fase de triagem, dois revisores independentes realizaram a leitura de títulos e resumos, aplicando os critérios de elegibilidade baseados na estratégia PECO (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025). Nesta etapa, foram excluídos 402 artigos por não guardarem relação direta com o manejo da hipertensão arterial sistêmica ou por não abordarem a integração dos fluxos assistenciais entre níveis de atenção (Khatri et al., 2023; Ribeiro et al., 2025). Para a fase de elegibilidade, procedeu-se à leitura integral de 58 textos, o que resultou na exclusão de 32 trabalhos por motivos técnicos, tais como ausência de dados sobre mecanismos de contrarreferência ou desfechos clínicos inadequados (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025). A amostra final desta revisão sistemática foi composta por 26 estudos que subsidiam a análise da continuidade do cuidado no SUS e em sistemas internacionais (Brasil, 2014; Malta et al., 2021; Ribeiro et al., 2025).

Figura 1 – Fluxograma de Seleção dos Estudos (Modelo PRISMA)



Fonte: Elaborado pelos autores

Características Gerais dos Estudos Incluídos

As características de base dos estudos selecionados estão sintetizadas no Quadro 1, visando permitir a comparabilidade entre as evidências encontradas (Brasil, 2014; Malta et al., 2021). A produção científica analisada concentra-se predominantemente na última década, o que reflete a incorporação de atualizações clínicas essenciais, como as novas metas terapêuticas estabelecidas pela Diretriz Brasileira de 2025 (Brandão et al., 2025; World Health Organization, 2023). Quanto ao delineamento, observou-se uma prevalência de estudos observacionais transversais, coortes retrospectivas e investigações de métodos mistos que avaliaram o desempenho resiliente das equipes de saúde (Almeida et al., 2024; Bellas et al., 2023; Malta et al., 2021).

Geograficamente, o cenário brasileiro é amplamente representado por estudos realizados em capitais e municípios de médio porte, abrangendo realidades locais do Rio de Janeiro, Curitiba, Distrito Federal e Niterói, além de análises nacionais baseadas no Vigitel (Cardoso, 2022; Damião, 2023; Lacerda, 2022; Ribeiro et al., 2024). Evidências internacionais provenientes de sistemas de saúde na Colômbia, Gana, China e Tajiquistão também foram incorporadas para oferecer uma base comparativa sobre os fluxos assistenciais globais (Barrera et al., 2021; Ribeiro et al., 2025; Sambah et al., 2025). As populações investigadas consistem majoritariamente em adultos e idosos hipertensos sob acompanhamento regular na rede primária, frequentemente apresentando multimorbidades como Diabetes Mellitus e obesidade, o que demanda estratégias de coordenação clínica mais complexas e atuação de equipe multiprofissional (Akasaki et al., 2025; Damião, 2023; Malta et al., 2021).

Quadro 1 – Características Gerais dos Estudos Incluídos na Revisão



Autor (Ano)	Local do Estudo	Desenho do Estudo	População (n)	Principais Desfechos
Akasaki (2025)	Internacional	Revisão Sistemática	Hipertensos	Controle da PA e equipe multiprofissional
Almeida (2024)	Brasil	Avaliativo/Qualitativo	Usuários do SUS	Transição de cuidados e referência
Barrera (2021)	Colômbia	Transversal	Hipertensos	Continuidade e controle pressórico
Brandão (2025)	Brasil	Diretriz Clínica	População Adulta	Metas de PA < 130/80 mmHg
Ribeiro (2025)	Brasil	Scoping Review	Usuários da APS	Estratégias de continuidade
Malta (2021)	Brasil	Estudo Nacional	Usuários da APS	Qualidade da atenção e rastreamento

Fonte: Elaborado pelos autores

Avaliação da Qualidade Metodológica e Risco de Viés

A análise da qualidade metodológica dos estudos incluídos seguiu rigorosamente os critérios técnicos necessários para evitar distorções nas medidas de associação entre a organização da rede e o controle da hipertensão (Brasil, 2014; JBI, 2024). Para os estudos de coorte e caso-controle, a aplicação da Escala de Newcastle-Ottawa permitiu identificar que, embora a maioria apresente boa representatividade das amostras, o controle de variáveis de confusão críticas, como a inércia terapêutica e fatores socioeconômicos, variou significativamente entre as publicações (Brasil, 2014; Ribeiro et al., 2025).

Nos estudos transversais e avaliativos de larga escala, a utilização do checklist de Downs and Black adaptado revelou que o domínio do "relato" é o mais robusto, fornecendo descrições detalhadas de hipóteses e desfechos clínicos (Almeida et al., 2024; Brasil, 2014; Malta et al., 2021). Contudo, observaram-se desafios relacionados à validade interna, especialmente no que tange ao cegamento dos avaliadores e à dependência de dados secundários sujeitos a subnotificação (Almeida et al., 2024; Brasil, 2014). O risco de viés de seleção foi considerado moderado em investigações que utilizaram amostras de conveniência em serviços específicos de saúde, o que exige cautela na generalização absoluta dos resultados (Almeida et al., 2024; Damião, 2023; Ribeiro et al., 2025). Apesar dessas limitações, a consistência dos achados sobre a descontinuidade do cuidado reforça a validade externa das evidências para o planejamento de políticas públicas (Brasil, 2014; Ribeiro et al., 2024).

Estratégias Facilitadoras da Integração entre APS e Atenção Especializada

As evidências sintetizadas indicam que a efetivação da linha de cuidado da HAS depende da implementação de estratégias que transcendam o modelo de assistência

fragmentada (Akasaki et al., 2025; Brandão et al., 2025). O fortalecimento da equipe multiprofissional emerge como o principal facilitador, permitindo que a divisão de tarefas e a atuação integrada de diferentes profissionais potencializem o alcance das metas pressóricas (Akasaki et al., 2025; Brandão et al., 2025). A Diretriz Brasileira de 2025 destaca a incorporação da telessaúde e do telemonitoramento como ferramentas revolucionárias, capazes de aproximar o especialista da Atenção Primária por meio de teleconsultorias e do suporte à decisão clínica em tempo real (Brandão et al., 2025).

Outro ponto estratégico fundamental é a utilização de prontuários eletrônicos compartilhados e sistemas de informação integrados, que garantem a continuidade informacional ao permitir que o histórico clínico e os resultados de exames transitem sem perdas entre os níveis assistenciais (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025). Instrumentos formais de coordenação, como protocolos clínicos pactuados e guias de encaminhamento detalhadas, são descritos como essenciais para reduzir encaminhamentos desnecessários e qualificar a transição do cuidado (Lacerda, 2022; Ribeiro et al., 2025). Além disso, a adoção de programas de gestão da clínica e o matriciamento entre profissionais da APS e especialistas favorecem a corresponsabilização e o estabelecimento de vínculos mais sólidos entre o usuário e o sistema de saúde (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2024).

Barreiras Estruturais e Organizacionais à Continuidade do Cuidado

As evidências revisadas revelam um cenário de fragmentação assistencial imposto por gargalos estruturais que comprometem a resolutividade da Atenção Primária no manejo da hipertensão. A rotatividade de profissionais nas equipes de Saúde da Família é identificada como um dos obstáculos mais críticos, pois interrompe a continuidade relacional e desfaz os vínculos de confiança estabelecidos entre o usuário e o serviço (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025). Esse fluxo instável de recursos humanos é frequentemente agravado pela sobrecarga de trabalho e pela insuficiência de médicos em áreas de maior vulnerabilidade (Ribeiro et al., 2025). No plano organizacional, observa-se que os usuários enfrentam longos tempos de espera para consultas e exames especializados, o que transforma a APS em um "observatório de dificuldades", onde o encaminhamento é percebido pelo paciente como uma barreira burocrática (Almeida et al., 2024). Além disso, a literatura aponta a escassez de insumos básicos, como medicamentos anti-hipertensivos e equipamentos de monitorização validados, como fatores que limitam a capacidade de controle pressórico e geram ineficiência nas ações de saúde pública (Rabetti et al., 2022; Ribeiro et al., 2025). A persistência de um modelo de atenção voltado para condições agudas, em detrimento do acompanhamento crônico,

reforça a descontinuidade e contribui para a inércia terapêutica (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2024).

Efetividade da Continuidade Informacional e Mecanismos de Contrarreferência

A desarticulação entre os níveis assistenciais é evidenciada pela falha crônica na continuidade informacional, caracterizada pela ausência de compartilhamento de dados clínicos entre o especialista e a APS. Os achados indicam que o retorno de informações do nível secundário para o primário — a contrarreferência — é praticamente inexistente em muitos cenários do SUS, deixando as equipes de saúde da família desinformadas sobre o projeto terapêutico estabelecido na atenção especializada (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025). Essa lacuna obriga o paciente a atuar como o único portador de sua história clínica, sendo forçado a repetir informações em cada consulta, o que compromete a segurança e a precisão do acompanhamento (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2024). Estudos indicam que as fichas de referência apresentam preenchimento inadequado e que há um desconhecimento dos fluxos assistenciais por parte dos médicos da rede básica, resultando em encaminhamentos sem critérios clínicos claros (Lacerda, 2022; Ribeiro et al., 2025). A falta de integração de prontuários eletrônicos impede que as estratégias de cuidado transitem de forma fluida, gerando duplicidade de exames e desperdício de recursos (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025). Mesmo diante da recomendação de tecnologias de telessaúde pela Diretriz de 2025, a implementação dessas ferramentas enfrenta barreiras relacionadas à literacia digital e à infraestrutura tecnológica deficiente (Brandão et al., 2025; Dehghani Tafti et al., 2023).

Impacto no Controle Clínico e Metas Pressóricas

As evidências analisadas estabelecem uma correlação direta entre a organização dos fluxos assistenciais e a efetividade do controle clínico da hipertensão. Estudos apontam que pacientes acompanhados por equipes multiprofissionais e em serviços com maior continuidade do cuidado possuem maior probabilidade de alcançar as metas pressóricas recomendadas (Akasaki et al., 2025; Ribeiro et al., 2025). Com a atualização trazida pela Diretriz Brasileira de 2025, o parâmetro de sucesso terapêutico foi elevado para a meta de pressão arterial inferior a 130/80 mmHg (Brandão et al., 2025). Alcançar esse alvo em contextos de saúde pública exige não apenas a adesão do paciente, mas a redução da inércia terapêutica por parte dos profissionais e o monitoramento rigoroso fora do consultório, preferencialmente via MAPA ou MRPA (Feitosa et al., 2024; Mancina et al., 2023). Achados indicam que a descontinuidade na transição entre APS e especialista retarda o ajuste medicamentoso, resultando em menores taxas de controle em populações que dependem exclusivamente de fluxos de regulação fragmentados (Almeida et al., 2024; Barrera et al., 2021). Por outro lado, modelos de cuidado integrado que

garantem a sequência do plano terapêutico demonstram impacto positivo na redução de complicações cardiovasculares e na qualidade de vida dos usuários (Ribeiro et al., 2025; World Health Organization, 2023).

Síntese das Evidências e Exploração da Heterogeneidade

A síntese dos estudos revela uma consistência robusta quanto às barreiras estruturais, mas apresenta heterogeneidade significativa nos resultados de eficiência assistencial entre diferentes regiões e portes populacionais (Rabetti et al., 2022; Ribeiro et al., 2025). Observou-se que municípios de maior porte e com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) tendem a apresentar melhores indicadores de organização de rede e solicitação de exames, refletindo desigualdades regionais na oferta de cuidados (Malta et al., 2021). A heterogeneidade clínica também é evidenciada pelo impacto diferenciado da pandemia de Covid-19, que desestruturou fluxos de acompanhamento crônico em diversos territórios, exigindo respostas resilientes das equipes de APS para manter a longitudinalidade (Bellas et al., 2023; Dehghani Tafti et al., 2023). Metodologicamente, a variação entre estudos qualitativos sobre a experiência do usuário e investigações quantitativas de larga escala reforça a necessidade de abordagens mistas para compreender a complexidade da integração da rede (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2024). Apesar das divergências contextuais, a evidência acumulada é suficiente para concluir que a falha na contrarreferência é um fenômeno sistêmico que perpassa quase todos os cenários investigados, justificando a urgência de estratégias baseadas em saúde digital e matriciamento (Brasil, 2014; Lacerda, 2022; Ribeiro et al., 2025).

DISCUSSÃO

Resumo dos Principais Achados

A presente revisão sintetiza evidências que confirmam a fragmentação assistencial como o determinante central do insucesso no controle da hipertensão arterial no SUS e em sistemas internacionais (World Health Organization, 2023; Almeida et al., 2024). Embora a Diretriz Brasileira de 2025 tenha avançado na proposição de metas clínicas mais rígidas e no incentivo ao uso de tecnologias digitais, os achados demonstram que a prática assistencial permanece operando em um modelo reativo e descontínuo (Brandão et al., 2025; Rabetti et al., 2022). A continuidade do cuidado, pilar para a redução da morbimortalidade cardiovascular, é vulnerabilizada por falhas na transição entre a APS e a atenção especializada, transformando as unidades básicas em "observatórios de dificuldades" onde o diagnóstico ocorre, mas o seguimento terapêutico é interrompido por barreiras organizacionais e rotatividade profissional (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025).

Mecanismos da Descontinuidade Informacional e Segurança do Paciente

A falha na continuidade informacional é identificada como um mecanismo que compromete diretamente a segurança do paciente hipertenso, uma vez que a ausência de mecanismos efetivos de contrarreferência rompe o fluxo lógico do projeto terapêutico (Almeida et al., 2024; Lacerda, 2022). As evidências revelam que, na falta de prontuários eletrônicos integrados, o usuário é forçado a assumir o papel de "único elo" da rede, responsabilizando-se pela transmissão de condutas e exames entre os níveis assistenciais (Ribeiro et al., 2024; Almeida et al., 2024). Esta "trajetória assistencial solitária" induz à ocorrência de iatrogenias e à inércia terapêutica, visto que o médico da APS frequentemente desconhece os ajustes realizados pelo especialista, retardando intervenções cruciais para a proteção de órgãos-alvo (Ribeiro et al., 2025; Lacerda, 2022; Brandão et al., 2025).

Barreiras Estruturais: Entre a Teoria da Rede e a Prática do Serviço

A análise das evidências revela um descompasso crítico entre o modelo teórico da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a realidade operacional do SUS. Embora a normativa brasileira posicione a Atenção Primária como o centro ordenador do cuidado, os achados indicam que ela frequentemente atua como um "observatório de dificuldades", onde a fragmentação assistencial impede trajetórias terapêuticas resolutivas (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2024). A rotatividade de profissionais nas equipes de Saúde da Família emerge como uma barreira estrutural que fere o princípio da longitudinalidade, impossibilitando a consolidação de vínculos que são determinantes para a adesão ao tratamento crônico (Ribeiro et al., 2025; Almeida et al., 2024). Além disso, a inércia terapêutica, alimentada pela escassez de insumos básicos — como esfigmomanômetros validados e medicamentos essenciais —, perpetua um modelo de atenção reativo e voltado para eventos agudos, distanciando o sistema das metas preventivas preconizadas (Brandão et al., 2025; Rabetti et al., 2022; Ribeiro et al., 2025).

O Papel da Equipe Multiprofissional e das Novas Tecnologias (DBHA 2025)

Em oposição às barreiras estruturais, o fortalecimento da equipe multiprofissional é identificado como o facilitador mais robusto para a continuidade do cuidado. A atuação integrada entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas potencializa o controle pressórico e permite atingir taxas de sucesso clínico superiores aos modelos centrados exclusivamente no médico (Akasaki et al., 2025; Brandão et al., 2025). Um diferencial estratégico trazido pela Diretriz Brasileira de 2025 é a incorporação da telessaúde e do telemonitoramento via dispositivos *wearables*, ferramentas que permitem o acompanhamento da pressão arterial fora do consultório e agilizam o suporte à decisão clínica entre a APS e o especialista (Brandão et al., 2025; Ribeiro et al., 2025). Para que essa inovação tecnológica seja efetiva, a implementação de prontuários eletrônicos compartilhados torna-se indispensável,

garantindo que a "continuidade informacional" sustente uma assistência mais segura, personalizada e integrada (Almeida et al., 2024; Brandão et al., 2025; Ribeiro et al., 2025).

Impacto Clínico: O Desafio da Meta < 130/80 mmHg no SUS

A transição para a meta de pressão arterial inferior a 130/80 mmHg, estabelecida pela Diretriz Brasileira de 2025, representa um avanço crucial na proteção cardiovascular, visando reduzir drasticamente a incidência de infarto e acidente vascular cerebral (Brandão et al., 2025). Contudo, os achados desta revisão demonstram que o alcance desse alvo rigoroso no SUS exige uma agilidade diagnóstica e terapêutica que a estrutura atual da rede ainda não suporta integralmente (Almeida et al., 2024; Brandão et al., 2025). A fragmentação entre os níveis assistenciais impede que o monitoramento intensivo resulte em ajustes medicamentosos rápidos, perpetuando o risco para o desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025).

O sucesso clínico está intrinsecamente ligado à redução da inércia terapêutica, um fenômeno exacerbado pela falha na contrarreferência (Rabetti et al., 2022; Almeida et al., 2024). Quando o médico da Atenção Primária não recebe o parecer do especialista, a hesitação em intensificar o tratamento aumenta, resultando em menores taxas de controle pressórico em comparação com modelos de cuidado integrado (Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025). Evidências apontam que pacientes inseridos em fluxos assistenciais sequenciais possuem maior probabilidade de atingir as metas recomendadas, confirmando que a organização da rede é um determinante de saúde tão relevante quanto a eficácia farmacológica (Akasaki et al., 2025; Ribeiro et al., 2025).

Além disso, a validação do controle pressórico de acordo com a nova diretriz requer a utilização preferencial de monitoramento fora do consultório, como o MAPA ou MRPA (Feitosa et al., 2024; Brandão et al., 2025). Entretanto, as barreiras estruturais identificadas, como a escassez de equipamentos validados e a demora na regulação desses exames especializados, transformam o alvo pressórico em um desafio logístico para os profissionais da APS (Rabetti et al., 2022; Ribeiro et al., 2025). Sem sistemas de informação que permitam ao especialista visualizar esses registros de monitoramento remoto, a decisão clínica permanece baseada em dados pontuais e potencialmente imprecisos, dificultando a estabilização do paciente crônico (Brandão et al., 2025; Ribeiro et al., 2025).

Comparação com a Literatura Internacional e Nacional

A descontinuidade do cuidado identificada no cenário brasileiro reflete um desafio global de saúde pública, conforme destacado pelos relatórios da Organização Mundial da Saúde (2023) e pelas diretrizes europeias (Mancia et al., 2023). Globalmente, apenas um terço dos

adultos hipertensos atinge o controle ideal, e a fragmentação dos serviços é apontada como a barreira universal para o seguimento terapêutico longitudinal (World Health Organization, 2023; Mancia et al., 2023). Estudos realizados na Colômbia e em Gana corroboram que o longo tempo de espera por especialistas e a falha informacional entre níveis de atenção são gargalos sistêmicos que independem do grau de desenvolvimento do país (Barrera et al., 2021; Sambah et al., 2025).

No entanto, o contexto brasileiro apresenta especificidades organizacionais que acentuam essa precariedade. Dados de larga escala do PMAQ revelam que menos de 20% dos hipertensos no Brasil recebem uma atenção que contemple todos os parâmetros clínicos essenciais, como a avaliação de lesões renais e o exame do fundo de olho (Malta et al., 2021). Enquanto modelos em Hong Kong e na China têm demonstrado sucesso clínico ao descentralizar o manejo da HAS para equipes multiprofissionais com suporte digital, o Brasil ainda enfrenta dificuldades básicas relacionadas à rotatividade profissional e à carência de instrumentos formais de coordenação, como protocolos de referência pactuados (Akasaki et al., 2025; Ribeiro et al., 2025; Almeida et al., 2024).

Essa comparação evidencia que, embora a inovação tecnológica — como a telessaúde e os *wearables* — seja uma recomendação crescente em diretrizes internacionais e na DBHA 2025, sua aplicação efetiva no SUS depende da superação do subfinanciamento e da disparidade regional (Malta et al., 2021; Brandão et al., 2025). Municípios brasileiros de maior porte tendem a apresentar melhores indicadores de rede, mas a falha na contrarreferência permanece como um fenômeno transversal, sugerindo que o vácuo de informação após a consulta especializada é a fraqueza mais resiliente de todo o sistema assistencial investigado (Rabetti et al., 2022; Almeida et al., 2024; Ribeiro et al., 2025).

Limitações e Forças da Revisão

Esta revisão sistemática apresenta forças metodológicas significativas, como a inclusão das evidências mais recentes da Diretriz Brasileira de 2025, que estabelece parâmetros rigorosos para o controle da pressão arterial e incorpora a saúde digital como pilar assistencial. Além disso, a busca abrangeu a literatura cinzenta e estudos avaliativos de larga escala, como o PMAQ, oferecendo um panorama robusto da realidade do SUS. Contudo, a investigação enfrenta limitações inerentes à natureza dos estudos observacionais incluídos, que apresentam moderada heterogeneidade metodológica e variação na definição de "continuidade", o que dificulta a generalização absoluta dos achados para todos os municípios brasileiros. Observou-se também uma escassez de dados quantitativos específicos sobre a eficiência da contrarreferência, sendo este processo analisado majoritariamente sob a perspectiva qualitativa

da insatisfação do usuário. Apesar disso, o rigor na seleção e extração de dados, realizado em dupla e fundamentado na estratégia PECO, garante que as conclusões aqui apresentadas possuam validade externa para subsidiar decisões em políticas públicas.

Implicações para a Prática e Gestão

Os achados indicam que a superação da fragmentação assistencial exige intervenções estruturantes na gestão da clínica. Para os gestores, a implementação de prontuários eletrônicos compartilhados é urgente, visando garantir a continuidade informacional e evitar trajetórias assistenciais solitárias onde o paciente é o único portador de seus dados clínicos. Na prática clínica, o fortalecimento da equipe multiprofissional deve ser priorizado, uma vez que a divisão de tarefas e o suporte mútuo entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos demonstraram maior impacto no alcance das metas pressóricas ($< 130/80$ mmHg) do que o cuidado isolado. Recomenda-se ainda a pactuação de fluxos formais de matriciamento, nos quais os especialistas ofereçam suporte à decisão na Atenção Primária, reduzindo encaminhamentos desnecessários e qualificando a regulação. A adoção da telessaúde, conforme preconizado pelas novas diretrizes, surge não apenas como um acessório tecnológico, mas como uma estratégia essencial para integrar a rede e reduzir as iniquidades de acesso.

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática evidenciou que a fragmentação assistencial e a desarticulação entre os níveis de atenção constituem os principais entraves para o controle efetivo da hipertensão arterial no Brasil, respondendo ao objetivo de identificar as barreiras que geram cuidados descontínuos. Os resultados demonstram que barreiras estruturais, como a alta rotatividade de profissionais, a escassez de insumos básicos na Atenção Primária e a ausência sistemática de mecanismos de contrarreferência, rompem a linha de cuidado e induzem o paciente a trajetórias assistenciais solitárias e inseguras. Por outro lado, a integração da rede, sustentada por estratégias facilitadoras como o fortalecimento das equipes multiprofissionais e o uso de prontuários eletrônicos compartilhados, mostra-se fundamental para reduzir a inércia terapêutica e viabilizar o alcance das metas clínicas rigorosas de pressão arterial inferior a $130/80$ mmHg estabelecidas pela Diretriz Brasileira de 2025.

No que tange às implicações para a prática clínica, é imperativo que a assistência ao hipertenso no SUS evolua de um modelo reativo para uma linha de cuidado resolutiva por meio da implementação urgente de prontuários eletrônicos integrados, garantindo que a informação clínica transite sem perdas entre a APS e o especialista. O fortalecimento da equipe multiprofissional, com a divisão de tarefas e o suporte colaborativo entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos, deve ser priorizado pela gestão para elevar as taxas de controle pressórico e a

segurança do usuário. Além disso, a institucionalização do matriciamento e da telessaúde, aliada à ampliação da oferta de tecnologias de monitoramento fora do consultório, como MAPA e MRPA, qualifica a regulação assistencial e apoia decisões clínicas mais precisas e oportunas em toda a rede.

Em relação às implicações para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que avaliem o impacto clínico e a relação de custo-efetividade do telemonitoramento e do uso de dispositivos *wearables* no controle da HAS a longo prazo no âmbito do SUS. Faz-se necessário também superar a escassez de dados quantitativos sobre a eficiência da contrarreferência por meio de investigações que mensurem a taxa de retorno informacional efetivo e seu impacto direto nos desfechos cardiovasculares. Por fim, sugere-se investigar como as disparidades socioeconômicas e regionais de infraestrutura tecnológica influenciam a resiliência dos fluxos assistenciais, visando reduzir as iniquidades de acesso e subsidiar políticas públicas que garantam a sustentabilidade da linha de cuidado.

REFERENCIAS

AKASAKI, Y. et al. Impact of Patient Care Teams on Blood Pressure Control in Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Hypertension Research**, v. 48, n. 6, p. 1827-38, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41440-025-02152-9>. Acesso em: 14 maio 2026.

ALMEIDA, P. F. et al. Transição entre Atenção Primária e Especializada no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica: acesso restrito e cuidados descontínuos. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 4, e230594, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230594pt>. Acesso em: 22 jun. 2026.

BARRERA, L. et al. Continuity of care and the control of high blood pressure at Colombian primary care services. **Inquiry**, v. 58, 469580211047043, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00469580211047043>. Acesso em: 18 maio 2026.

BARROSO, W. K. S. et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 02 jun. 2026.

BELLAS, H. C. et al. Desempenho resiliente da longitudinalidade da atenção primária durante a pandemia da Covid-19: um estudo transversal em territórios vulneráveis do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe8, p. 75–88, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e806>. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRANDÃO, A. A. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20250624>. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 25 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CASAPS)**: versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Acesso em: 05 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/vigitel>. Acesso em: 12 maio 2026.

CARDOSO, P. R. R. **Análise da continuidade do cuidado de hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças na Atenção Primária do Distrito Federal – DF, Brasil, no início da pandemia de Covid-19**. 2022. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Ceilândia, 2022. Acesso em: 17 jun. 2026.

CAVALCANTE, T. M. F. B. **O acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto da pandemia de Covid-19: limites e possibilidades**. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023. Acesso em: 20 maio 2026.

DAMIÃO, N. P. **Continuidade do cuidado em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde no município de Pinhais durante a pandemia de Covid-19**. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023. Acesso em: 03 jun. 2026.

DEHGHANI TAFTI, A. et al. COVID-19 pandemic has disrupted the continuity of care for chronic patients: evidence from a cross-sectional retrospective study in a developing country. **BMC Primary Care**, v. 24, n. 1, p. 137, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02086-6>. Acesso em: 28 maio 2026.

FEITOSA, A. D. M. et al. Brazilian Guidelines for In-office and Out-of-office Blood Pressure Measurement – 2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 121, n. 4, e20240113, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20240113>. Acesso em: 12 jun. 2026.

GOMES, B. L. A. et al. Attributes of primary health care in the view of health professionals: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240149, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2024-0149pt>. Acesso em: 14 maio 2026.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBİ manual for evidence synthesis**. Adelaide: JBI, 2024. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497>. Acesso em: 01 jun. 2026.

KHATRI, R. et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 23, p. 750, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>. Acesso em: 19 maio 2026.

LACERDA, R. S. T. **Conhecimento e utilização de instrumentos de coordenação do cuidado**: experiências de médicos da Atenção Primária à Saúde no município de Niterói/RJ. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022. Acesso em: 06 jun. 2026.

MALTA, D. C. et al. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, e2020610, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300015>. Acesso em: 11 maio 2026.

MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 41, n. 12, p. 1874-2071, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>. Acesso em: 29 jun. 2026.

RABETTI, A. C. et al. Avaliação da eficiência das ações de controle da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica: um estudo da Região Norte do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, e320205, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320205>. Acesso em: 07 jun. 2026.

RIBEIRO, A. M. V. B. et al. Continuity of care for people with hypertension in primary health care: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, e20250053, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0053en>. Acesso em: 16 jun. 2026.

RIBEIRO, A. M. V. B.; VILASBÔAS, A. L. Q.; ALMEIDA, P. F. Experiences of access and use of primary health care by users with systemic arterial hypertension. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240109, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2024-0109en>. Acesso em: 24 maio 2026.

SAMBAH, F. et al. A Qualitative Study on the Barriers and Enablers to Effective Hypertension Management in Ghana. **Healthcare**, v. 13, n. 5, p. 479, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare13050479>. Acesso em: 07 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on hypertension**: the race against a silent killer. Geneva: WHO, 2023. Acesso em: 30 maio 2026.