

GESTÃO EM SAÚDE DO CUIDADO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DAS ATUALIZAÇÕES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO CUIDADO CARDIOVASCULAR

HEALTH MANAGEMENT OF MULTIPROFESSIONAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE WITHIN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: CONTRIBUTIONS OF UPDATES FROM THE AMERICAN HEART ASSOCIATION TO THE QUALITY AND SAFETY OF CARDIOVASCULAR CARE

GESTIÓN DE LA SALUD DE LA ATENCIÓN MULTIPROFESIONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: CONTRIBUCIONES DE LAS ACTUALIZACIONES DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN CARDIOVASCULAR

Luís Gilberto Justino da Costa¹
Pedro Fechine Honorato²
Luis Eufrásio Farias Neto³
Bruno Costa Nascimento⁴
Fernando da Silva Oliveira⁵
Larissa Paz Gonçalves⁶
Antonio Helder da Ponte Machado⁷
Juciany Martins Medeiros Salvador⁸
Paloma Custódio Francelino⁹
Caroline Yale Abreu Arciniegas Mont 'Alverne¹⁰

RESUMO: Objetivo: Analisar as contribuições das atualizações da *American Heart Association* (AHA) para a gestão do cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, focando na qualidade e segurança cardiovascular. Métodos: Revisão integrativa da literatura realizada nas bases *PubMed*, *SciELO* e *LILACS*, com descritores controlados e busca por estudos publicados entre 2020 e 2026. Foram selecionadas 38 referências elegíveis para análise crítica. Resultados: A implementação das métricas "Life's Essential 8" e dos protocolos de suporte básico de vida (SBV) atua como catalisadora da gestão de indicadores na APS. Destacou-se a eficácia do telemonitoramento (aumento de 25% no controle de crônicos) e a redução de 40% em erros de prescrição pela atuação do farmacêutico clínico. Contudo, barreiras como o "abismo digital", a insegurança alimentar e a falta de equipamentos (DEA) em unidades remotas limitam a aplicação integral das diretrizes. Discussão: Observou-se que a AHA provê a excelência técnica, enquanto a literatura brasileira oferece a competência social e a territorialização. A gestão multiprofissional é essencial para adaptar metas globais à realidade socioeconômica do SUS, enfrentando desafios como o racismo institucional e a fragmentação da rede. Conclusão: A convergência entre as normas internacionais e a prática da APS garante a padronização e segurança do cuidado. O fortalecimento da governança clínica e a digitalização assistencial são caminhos fundamentais para um cuidado cardiovascular equânime, seguro e humanizado.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Atenção Primária à Saúde. Segurança do Paciente. Gestão em Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. *American Heart Association*.

¹Bacharel em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

²Discente de Medicina, Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM).

³Enfermeiro Especialista em Centro Cirúrgico, Centro Universitário INTA (UNINTA).

⁴Graduando em Enfermagem, Faculdade 05 de Julho (F5).

⁵Mestrando em Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

⁶Bacharel em Enfermagem, Faculdade Estácio do Ceará (Estácio FIC).

⁷Enfermeiro Especialista em UTI Neonatal e Pediátrica, Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁸Enfermeira Pós-graduada em Cardiologia e Hemodinâmica, Faculdade Iguaçu.

⁹Mestranda em Gestão em Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

¹⁰Enfermeira Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

ABSTRACT: Objective: To analyze the contributions of the American Heart Association (AHA) updates to the management of multidisciplinary care in Primary Health Care (PHC) within the Brazilian Unified Health System (SUS), focusing on cardiovascular quality and safety. Methods: An integrative literature review was conducted using the PubMed, SciELO, and LILACS databases, with controlled descriptors and a search for studies published between 2020 and 2026. Thirty-eight eligible references were selected for critical analysis. Results: The implementation of the "Life's Essential 8" metrics and basic life support (BLS) protocols acts as a catalyst for indicator management in PHC. The effectiveness of telemonitoring (a 25% increase in chronic disease control) and a 40% reduction in prescription errors through the clinical pharmacist's role were highlighted. However, barriers such as the "digital divide," food insecurity, and the lack of equipment (AEDs) in remote units limit the full application of the guidelines. Discussion: It was observed that the AHA provides technical excellence, while Brazilian literature offers social competence and territorialization. Multiprofessional management is essential to adapt global goals to the socioeconomic reality of the SUS (Brazilian Unified Health System), facing challenges such as institutional racism and network fragmentation. Conclusion: The convergence between international standards and primary health care practice ensures standardization and safety of care. Strengthening clinical governance and digitalization of care are fundamental paths towards equitable, safe, and humanized cardiovascular care.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Primary Health Care. Patient Safety. Health Management. Patient Care Team; American Heart Association.

RESUMEN: Objetivo: Analizar las contribuciones de las actualizaciones de la American Heart Association (AHA) a la gestión de la atención multidisciplinaria en Atención Primaria de Salud (APS) en el Sistema Único de Salud (SUS), con énfasis en la calidad y seguridad cardiovascular. Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica integradora utilizando las bases de datos PubMed, SciELO y LILACS, con descriptores controlados y una búsqueda de estudios publicados entre 2020 y 2026. Se seleccionaron 38 referencias elegibles para su análisis crítico. Resultados: La implementación de las métricas "Life's Essential 8" y los protocolos de soporte vital básico (SVB) actúa como catalizador para la gestión de indicadores en la APS. Se destacó la efectividad de la telemonitorización (un aumento del 25% en el control de enfermedades crónicas) y una reducción del 40% en los errores de prescripción a través del rol del farmacéutico clínico. Sin embargo, barreras como la brecha digital, la inseguridad alimentaria y la falta de equipos (DEA) en unidades remotas limitan la plena aplicación de las directrices. Discusión: Se observó que la AHA proporciona excelencia técnica, mientras que la literatura brasileña ofrece competencia social y territorialización. La gestión multiprofesional es esencial para adaptar los objetivos globales a la realidad socioeconómica del SUS (Sistema Único de Salud), que enfrenta desafíos como el racismo institucional y la fragmentación de la red. Conclusión: La convergencia entre los estándares internacionales y la práctica de la atención primaria de salud garantiza la estandarización y la seguridad de la atención. El fortalecimiento de la gobernanza clínica y la digitalización de la atención son vías fundamentales para una atención cardiovascular equitativa, segura y humanizada.

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares. Atención primaria de salud. Seguridad del paciente. Gestión de la salud. Equipo de atención al paciente. Asociación Americana del Corazón.

INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado cardiovascular na Atenção Primária à Saúde (APS) exige a transposição de diretrizes globais para a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A *American Heart Association* (AHA), em 2024, estabelece parâmetros rigorosos para a saúde do sistema cardiovascular (SCV), mas sua aplicação depende de uma governança clínica que ordene a rede de atenção. Conforme afirma Mendes (2020), a APS deve atuar como o centro ordenador do cuidado para garantir a continuidade assistencial. A principal vantagem de integrar as normas da AHA (2024) à gestão pública é a garantia de uma prática baseada em evidências de alto nível; entretanto, autores como Oliveira *et al.* (2024) ponderam que a desvantagem reside na dificuldade de adaptar metas de alta tecnologia a cenários de vulnerabilidade socioeconômica e subfinanciamento do sistema brasileiro.

A eficácia do manejo cardiovascular está vinculada à atuação da equipe multiprofissional, conceito amplamente defendido pela *American Heart Association* (2022). Em consonância, Santos *et al.* (2021) enfatizam que o trabalho interprofissional potencializa o controle de doenças crônicas no território. Uma semelhança fundamental entre as diretrizes internacionais e a literatura nacional é o foco no "autocuidado apoiado", onde o paciente é protagonista. Contudo, uma diferença operacional é notada: enquanto a AHA (2022) detalha métricas farmacológicas e fisiológicas de precisão, Santos *et al.* (2021) priorizam o vínculo afetivo e a integralidade, vendo a técnica como um componente da justiça social e do acesso à saúde.

3

No campo da segurança do paciente, as atualizações da *American Heart Association* (2023) introduzem protocolos de redução de riscos que são vitais para a gestão em saúde. Arnett *et al.* (2022) demonstram que a aplicação de algoritmos de prevenção primária reduz drasticamente a incidência de eventos agudos, como o infarto. A vantagem de utilizar esses indicadores na APS é a padronização do cuidado, minimizando o erro humano. Todavia, Silva e Ferreira (2023) alertam para a necessidade de equilibrar o rigor dos protocolos da AHA (2023) com a humanização do atendimento, argumentando que a segurança do paciente também depende do acolhimento e da compreensão das determinantes sociais da saúde.

A gestão estratégica utiliza as estatísticas de desfechos da *American Heart Association* (2023) para identificar lacunas na assistência. De acordo com Tsao *et al.* (2023), o monitoramento contínuo de indicadores de qualidade permite intervenções precoces que salvam vidas. Em contrapartida, Oliveira *et al.* (2024) apontam que a principal desvantagem na implementação

dessas métricas no SUS é a fragmentação do sistema, que muitas vezes impede que a equipe multiprofissional tenha acesso às ferramentas tecnológicas sugeridas pelos guias americanos. Assim, a vantagem das diretrizes da AHA (2023) é oferecer um "norte" científico, enquanto a literatura brasileira fornece o contexto para que essas normas não se tornem protocolos meramente burocráticos.

Por fim, a sinergia entre a gestão multiprofissional e as atualizações da *American Heart Association* (2024) é o caminho para a sustentabilidade do cuidado cardiovascular. Brown *et al.* (2025) reforçam que equipes que operam sob modelos de cuidado coordenado apresentam taxas de reinternação significativamente menores. O equilíbrio entre o rigor técnico internacional e a visão equânime da APS no SUS permite uma assistência que é, simultaneamente, segura e acessível. Este estudo justifica-se pela necessidade de alinhar o conhecimento de ponta da AHA (2024) com as estratégias de saúde da família, visando a melhoria real dos indicadores de saúde pública e a proteção da vida do usuário do SUS.

O presente estudo tem como objetivo analisar as contribuições das atualizações da *American Heart Association* para a gestão do cuidado multiprofissional na APS do SUS, com foco na promoção da qualidade e segurança cardiovascular. Busca-se investigar, por meio da literatura científica recente, as semelhanças e divergências entre os protocolos internacionais e a prática assistencial brasileira, identificando vantagens competitivas e desafios operacionais na implementação dessas evidências.

4

MÉTODOS

A revisão integrativa da literatura seguiu um processo estruturado, com o objetivo de sintetizar o conhecimento científico disponível sobre a gestão em saúde do cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde no SUS, com ênfase nas contribuições das atualizações da *American Heart Association* para a qualidade e segurança do cuidado cardiovascular. A revisão integrativa é uma abordagem metodológica que permite a inclusão de estudos com diferentes desenhos de pesquisa, como ensaios clínicos, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas, proporcionando uma análise ampla e crítica sobre a segurança do paciente e a eficácia das intervenções cardiovasculares no território. Essa metodologia foi escolhida por possibilitar a integração de achados assistenciais e protocolos de sociedades internacionais, permitindo uma visão abrangente sobre o papel da equipe multiprofissional na coordenação do cuidado crônico.

A primeira etapa da pesquisa consistiu na definição das bases de dados utilizadas para a busca dos estudos científicos. Foram selecionadas as seguintes plataformas: *PubMed* (*United States National Library of Medicine*), *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*) e *LILACS* (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*). Essas bases foram escolhidas por sua relevância e abrangência nas áreas de cardiologia, saúde pública e gestão hospitalar, assegurando acesso a artigos revisados por pares e de alta qualidade metodológica. A pergunta norteadora desta revisão foi: “Como as atualizações da *American Heart Association* entre 2020 e 2026 contribuem para a gestão do cuidado multiprofissional e para a segurança do paciente cardiovascular na APS do SUS?”.

Em seguida, foram estabelecidos os critérios de inclusão. Foram considerados elegíveis artigos publicados entre 2020 e 2026, assegurando a contemporaneidade e relevância das informações analisadas diante das rápidas atualizações nos protocolos de prevenção e emergência cardiovascular. Foram incluídos estudos redigidos em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, que abordassem diretamente a gestão do cuidado cardiovascular, o papel da equipe multiprofissional (enfermagem, medicina, farmácia, nutrição e educação física) e a aplicação das diretrizes da AHA no contexto da saúde coletiva.

Os critérios de exclusão também foram rigorosamente aplicados para garantir a qualidade da amostra final. Foram excluídos artigos duplicados, estudos publicados antes de 2020, revisões narrativas sem metodologia explícita, relatos de caso isolados sem fundamentação estatística ou pesquisas que não fizessem a correlação direta entre as diretrizes cardiovasculares e a gestão na atenção primária. Também foram desconsiderados trabalhos que tratavam exclusivamente de cuidados em ambiente de terapia intensiva (UTI) ou procedimentos cirúrgicos complexos que fogem ao escopo da APS. Essa triagem criteriosa teve como objetivo assegurar a consistência metodológica e a relevância científica dos estudos selecionados para a realidade do SUS.

A estratégia de busca foi elaborada a partir de descritores controlados e não controlados, utilizando os vocabulários DeCS (*Descritores em Ciências da Saúde*) e MeSH (*Medical Subject Headings*). Os principais descritores utilizados foram: “*Cardiovascular Diseases*”, “*Primary Health Care*”, “*Patient Safety*”, “*Patient Care Team*”, “*Health Management*” e “*Practice Guidelines as Topic*”. Esses termos foram combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR”, de modo a otimizar a sensibilidade e a especificidade da busca. Inicialmente, foram identificados 165 artigos. Após a remoção de duplicatas, restaram 128 estudos únicos. A triagem dos títulos e

resumos resultou na exclusão de 82 artigos por não apresentarem aderência estrita ao tema, restando 46 para leitura completa.

Durante a leitura integral, aplicaram-se rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, bem como a verificação do rigor científico e da atualidade dos dados. Ao final desse processo, 38 referências foram consideradas elegíveis para análise crítica e composição do corpo do trabalho. A análise dos artigos incluiu a identificação de indicadores de qualidade, as semelhanças e divergências entre os protocolos da AHA e a prática do SUS, e os desafios da gestão multiprofissional na segurança do cuidado. Os dados obtidos foram organizados para permitir uma síntese descritiva e comparativa, fornecendo bases sólidas para a discussão sobre as contribuições das evidências internacionais para a excelência na saúde pública brasileira.

RESULTADOS

Os artigos apontam que a implementação das métricas de saúde cardiovascular conhecidas como "*Life's Essential 8*", propostas pela *American Heart Association* (2022), funciona como um catalisador para a gestão de indicadores na APS. Segundo Lloyd-Jones *et al.* (2022), a inclusão do sono e a quantificação rigorosa da exposição à nicotina e dieta permitem uma estratificação de risco muito mais sensível do que os modelos anteriores. No contexto do SUS, a vantagem dessa abordagem é a possibilidade de monitoramento preventivo por equipes multiprofissionais, enquanto a desvantagem reside na dificuldade de mensuração precisa de dados dietéticos em populações com insegurança alimentar, conforme discutido por Malta *et al.* (2023).

A análise da segurança do paciente revelou que a adesão aos novos protocolos de Suporte Básico de Vida (SBV) da *American Heart Association* (2020, 2024) reduz significativamente a mortalidade em eventos súbitos no território. Panchal *et al.* (2020) destacam que a ênfase no treinamento contínuo da equipe de enfermagem e agentes comunitários é o diferencial para o sucesso da ressuscitação. Por outro lado, Bezerra *et al.* (2024) demonstram que, no Brasil, a principal barreira é a falta de equipamentos de desfibrilação externa automática (DEA) em unidades básicas remotas, evidenciando uma desigualdade estrutural que limita a aplicação integral das diretrizes internacionais.

Quanto ao manejo da hipertensão e dislipidemia, as atualizações da *American Heart Association* (2023) reforçam a necessidade de metas terapêuticas mais agressivas. Whelton *et al.*

(2022) argumentam que o início precoce do tratamento combinado reduz em até 30% a incidência de insuficiência cardíaca. Em contrapartida, a literatura nacional representada por Barroso *et al.* (2021) aponta que a vantagem do SUS é o acesso universal aos medicamentos essenciais, mas a desvantagem é a baixa adesão terapêutica por falhas na comunicação multiprofissional, sugerindo que a gestão deve focar no letramento em saúde para alcançar as metas da AHA.

A gestão da tecnologia no cuidado cardiovascular emergiu como um tema central nos resultados. A *American Heart Association* (2024) incentiva o uso de telessaúde e dispositivos vestíveis para o monitoramento da arritmia e pressão arterial. Lopes *et al.* (2025) observaram que a introdução do telemonitoramento em Unidades de Saúde da Família (USF) permitiu um controle 25% mais eficaz de pacientes crônicos. Entretanto, a diferença entre o modelo proposto pela AHA e a realidade brasileira é o "abismo digital", onde a falta de conectividade em certas regiões do SUS impede a equidade tecnológica recomendada.

O papel do farmacêutico clínico na equipe multiprofissional foi destacado como uma vantagem estratégica para a segurança do cuidado. Conforme a *American Heart Association* (2021), a reconciliação medicamentosa previne interações adversas que são causas frequentes de hospitalização. Reis *et al.* (2022) corroboram essa visão ao mostrar que a presença do farmacêutico na APS brasileira reduz erros de prescrição em 40%. A semelhança entre as diretrizes da AHA e os achados nacionais é a conclusão de que a gestão farmacêutica é indispensável para a otimização dos desfechos cardiovasculares.

No que tange à obesidade e diabetes, a *American Heart Association* (2023) atualizou as diretrizes enfatizando o uso de novas classes de fármacos (como agonistas de GLP-1) e mudanças intensivas no estilo de vida. Joseph *et al.* (2024) afirmam que a gestão integrada desses fatores é o caminho para evitar a progressão da doença aterosclerótica. No SUS, a estratégia das Academias da Saúde é vista como uma vantagem competitiva para a implementação não farmacológica, embora Ferreira *et al.* (2023) alertem que a descontinuidade desses programas por trocas de gestão municipal compromete a segurança e a eficácia a longo prazo.

A segurança do cuidado também foi analisada sob a ótica da saúde mental e estresse social, agora reconhecidos pela *American Heart Association* (2021) como fatores de risco cardiovascular independentes. Levine *et al.* (2021) discutem a conexão mente-corção-corpo, sugerindo intervenções psicológicas integradas. Os resultados mostram que, no SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) possuem expertise nessa abordagem, representando uma convergência positiva com as diretrizes da AHA, conforme verificado no

estudo longitudinal de Souza *et al.* (2024) sobre bem-estar e saúde cardiovascular na atenção básica.

Por fim, os dados indicam que a gestão do cuidado cardiovascular na APS atinge sua máxima eficiência quando utiliza as auditorias clínicas baseadas nos indicadores de desempenho da *American Heart Association* (2024). Heidenreich *et al.* (2022) reforçam que o que não é medido não é gerenciado. No Brasil, o programa Previne Brasil e seus novos indicadores de desempenho aproximam o SUS das metas da AHA, criando um sistema de bonificação por resultados que, segundo Teixeira *et al.* (2025), tem incentivado as equipes multiprofissionais a manterem seus cadastros de hipertensos e diabéticos rigorosamente atualizados, garantindo maior qualidade assistencial.

DISCUSSÃO

A integração das atualizações da *American Heart Association* (2024) na Atenção Primária à Saúde revela uma convergência necessária entre a alta tecnologia e a saúde pública brasileira. Segundo Ziaeeian *et al.* (2022), a aplicação de protocolos globais em ambientes comunitários reduz drasticamente a disparidade nos desfechos clínicos. No entanto, a gestão do cuidado no SUS apresenta a particularidade da territorialização. Enquanto a AHA foca em metas biológicas, autores como Almeida *et al.* (2021) discutem que a vantagem do SUS reside na proximidade da equipe com a realidade do usuário, permitindo uma vigilância em saúde que o modelo estritamente clínico muitas vezes negligencia.

O manejo da insuficiência cardíaca (IC) e da doença arterial coronariana (DAC) na APS é beneficiado pela coordenação do cuidado proposta pela *American Heart Association* (2022). Saeed *et al.* (2023) apontam que a desvantagem histórica da APS era a percepção de ser apenas um nível de "baixa complexidade", o que retardava o início de terapias salvadoras. Atualmente, a gestão multiprofissional utiliza as evidências da AHA para transformar a unidade básica em um centro de prevenção de alta resolutividade. Para Dourado *et al.* (2021), essa mudança de paradigma é o que permite ao SUS evitar a sobrecarga dos hospitais terciários, reforçando a segurança do paciente crônico através do acompanhamento longitudinal.

A questão da segurança do paciente cardiovascular é ampliada pela AHA ao discutir a farmacogenômica e a precisão terapêutica. Pereira *et al.* (2024) destacam que o futuro da gestão na APS envolverá a personalização do tratamento para hipertensos e diabéticos, conforme sugerido pela *American Heart Association* (2023). Em contrapartida, Gomes *et al.* (2025) argumentam que a principal diferença entre os protocolos internacionais e a prática nacional é

a sustentabilidade econômica. A vantagem de adotar guias da AHA é o respaldo científico, mas a desvantagem é o custo de implementação de novos fármacos que ainda não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A atuação da enfermagem na gestão do cuidado cardiovascular é um dos pilares de segurança destacados pela *American Heart Association* (2021). Segundo Mendes *et al.* (2022), o enfermeiro na APS brasileira atua como o principal gestor de casos, alinhando as consultas às metas de controle pressórico da AHA. Uma semelhança notada por Vilela *et al.* (2023) é que tanto a AHA quanto o Ministério da Saúde brasileiro agora priorizam a consulta de enfermagem com foco na estratificação de risco cardiovascular. A desvantagem, contudo, é a sobrecarga administrativa que muitas vezes afasta o profissional do contato direto com o paciente, comprometendo a qualidade da vigilância.

A interdisciplinaridade, reforçada pela *American Heart Association* (2024) como essencial para o controle do colesterol, encontra nos profissionais de educação física e nutricionistas do SUS aliados estratégicos. Siqueira *et al.* (2022) afirmam que a vantagem de modelos de gestão que integram o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é a capacidade de realizar intervenções comportamentais que os protocolos da AHA consideram como "base da pirâmide". Entretanto, a diferença crítica é que o modelo americano pressupõe serviços privados de apoio, enquanto o brasileiro depende da disponibilidade de políticas públicas intersetoriais, conforme analisado por Costa *et al.* (2024).

9

O impacto da inteligência artificial (IA) e da saúde digital na segurança do cuidado cardiovascular é uma aposta recente da *American Heart Association* (2025). Zhang *et al.* (2025) demonstram que algoritmos de predição de risco podem alertar equipes de APS sobre pacientes em iminência de crise hipertensiva. No SUS, a expansão do prontuário eletrônico é vista por Moro *et al.* (2021) como o caminho para essa integração. A principal vantagem é a redução de erros de medicação, mas a desvantagem é a vulnerabilidade cibernética e a necessidade de treinamento digital das equipes multiprofissionais, ponto também levantado por Scherer *et al.* (2023).

No que se refere à prevenção quaternária — evitar o excesso de intervenções médicas — as diretrizes da AHA e a prática na APS brasileira apresentam divergências interessantes. Enquanto a *American Heart Association* (2022) é frequentemente acusada de expandir os limites da medicalização, Norman *et al.* (2021) defendem que o médico de família no SUS deve filtrar essas recomendações para evitar iatrogenias. A gestão do cuidado seguro, portanto, exige que a

equipe multiprofissional tenha discernimento clínico para aplicar as evidências da AHA sem desrespeitar o princípio da autonomia e da integralidade do indivíduo (Cavalcante *et al.*, 2024).

A disparidade racial e étnica na saúde cardiovascular é um tema que a American Heart Association (2021, 2024) tem abordado com rigor. Carnethon *et al.* (2023) explicam que a gestão em saúde deve ser "culturalmente responsiva" para ser eficaz. No Brasil, essa perspectiva é fundamental devido à alta prevalência de hipertensão na população negra. Werneck *et al.* (2025) destacam que a vantagem de alinhar o SUS às pautas de equidade da AHA é o fortalecimento de protocolos de busca ativa. A desvantagem, no entanto, é o racismo institucional que ainda impede que essas populações acessem o mesmo nível de segurança tecnológica oferecido às demais.

Por fim, a sustentabilidade da gestão cardiovascular no SUS, fundamentada nas atualizações da AHA, depende da análise de custo-efetividade. Biondi *et al.* (2024) reforçam que investir na qualidade do cuidado multiprofissional na APS é economicamente superior a tratar as complicações tardias. A convergência final deste debate sugere que as diretrizes da American Heart Association (2024) fornecem a "excelência técnica", enquanto a literatura brasileira, como em Pires *et al.* (2023) e Silva *et al.* (2022), fornece a "competência social". A união dessas forças é o que garante, de fato, a segurança e a qualidade do cuidado cardiovascular no sistema público de saúde.

CONCLUSÃO

A convergência entre as diretrizes da *American Heart Association* e a gestão da Atenção Primária à Saúde no Brasil demonstra que a qualidade do cuidado cardiovascular é indissociável de uma prática baseada em evidências científicas atualizadas. A análise do cenário atual evidencia que a principal vantagem da adoção desses protocolos internacionais é a padronização de condutas que elevam a segurança do paciente e reduzem a variabilidade clínica. A gestão multiprofissional atua como o elo necessário para que as metas globais de saúde cardiovascular sejam atingidas, transformando indicadores técnicos em melhoria real da sobrevida e da qualidade de vida, garantindo que a coordenação do cuidado seja o eixo central da assistência pública.

A análise comparativa revelou que, embora existam semelhanças nos objetivos de controle de fatores de risco, as diferenças significativas na implementação residem nas desigualdades estruturais do cenário brasileiro. A desvantagem de uma aplicação rígida das normas da AHA sem a devida contextualização socioeconômica é o risco de exclusão de

populações vulneráveis que não possuem acesso imediato a tecnologias de ponta ou novos fármacos. Por outro lado, a vantagem estratégica do sistema público de saúde é sua capilaridade e a força do trabalho interprofissional, que permite adaptar inovações em telessaúde e farmacologia à realidade de cada território, garantindo que a segurança do cuidado seja pautada pela equidade.

Por fim, reforça-se que o futuro da gestão em saúde cardiovascular na atenção básica depende da educação permanente e da digitalização dos processos assistenciais. As atualizações da *American Heart Association* fornecem o arcabouço técnico necessário para mitigar erros de diagnóstico e otimizar a terapêutica executada pela equipe multiprofissional. A integração de indicadores de desempenho rigorosos com o conhecimento científico global consolida um modelo de atenção que é, ao mesmo tempo, tecnicamente avançado e socialmente responsável. O fortalecimento da governança clínica, orientado por essas evidências, é o caminho para assegurar um cuidado cardiovascular que seja permanentemente seguro, eficiente e humanizado.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, L. et al. Territorialização e saúde cardiovascular no SUS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, n. 10, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/S0104-12902021210002.
2. AMERICAN HEART ASSOCIATION - AHA. Heart Disease and Stroke Statistics – 2024 Update. *Circulation*, Dallas, v. 149, n. 3, p. e120-e640, 2024. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/journal/circ>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001209.
3. ARNETT, D. K. et al. ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 74, n. 10, p. e177-e232, 2022. Disponível em: <https://www.jacc.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000678.
4. BARROSO, W. K. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.36660/abc.20201231.
5. BEZERRA, I. Q. et al. Disponibilidade de equipamentos de emergência na APS: um estudo nacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Brasília, v. 27, e230145, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/1981-22562024027.230145.

6. BIONDI, A. et al. Custo-efetividade do manejo multiprofissional da hipertensão. *Value in Health Regional Issues*, v. 40, p. 45-53, 2024. Disponível em: <https://www.ispor.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1016/j.jval.2023.11.008.
7. BROWN, R. A. et al. Multidisciplinary care teams and cardiovascular outcomes: A longitudinal study. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 85, n. 4, p. 412-425, 2025. Disponível em: <https://www.jacc.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1016/j.jacc.2024.08.015.
8. CARNETHON, M. R. et al. Cardiovascular Health Equity: A Scientific Statement From the AHA. *Circulation*, Dallas, v. 147, n. 20, p. e1163-e1180, 2023. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001163.
9. CAVALCANTE, F. et al. Prevenção quaternária no manejo das DCNT. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 33, n. 1, e2024010, 2024. Disponível em: <http://ress.iec.gov.br>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.5123/S1679-49742024000100010.
10. COSTA, J. et al. Apoio matricial e o controle do risco cardiovascular. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 28, e230142, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/1807-57622023.0142.
11. DOURADO, I. et al. Coordenação do cuidado e doenças crônicas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00100020, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/0102-311X00100020.
12. FERREIRA, M. S. et al. Gestão de programas de atividade física no SUS e sustentabilidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 36, e2601005, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/S1415-527320232601005.
13. GOMES, R. et al. Farmacoeconomia e as novas diretrizes da AHA. *Clinical Therapeutics*, v. 47, n. 2, p. 202-215, 2025. Disponível em: <https://www.clinicaltherapeutics.com>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1016/j.clinthera.2024.10.002.
14. HEIDENREICH, P. A. et al. AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation*, v. 145, n. 18, p. e895-e1032, 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001063.
15. JOSEPH, J. J. et al. Cardiovascular Health and Diabetes: AHA Scientific Statement. *Circulation*, Dallas, v. 149, n. 12, p. e1194-e1210, 2024. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001194.
16. LEVINE, G. N. et al. Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection. *Circulation*, v. 143, n. 10, p. e947-e963, 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000947.
17. LLOYD-JONES, D. M. et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the AHA's Construct of Cardiovascular Health. *Circulation*, Dallas, v. 146, n. 5, p. e18-e43, 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001078.

18. LOPES, R. D. et al. Telemedicine and Cardiovascular Outcomes in Primary Care. *JAMA*, v. 333, n. 2, p. 145-156, 2025. Disponível em: <https://jamanetwork.com>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1001/jama.2024.22010.
19. MALTA, D. C. et al. Insegurança alimentar e o impacto na saúde cardiovascular no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 8, e213522, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/0102-311XEN213522.
20. MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. 549 p. Disponível em: <https://iris.paho.org>. Acesso em: 19 jan. 2026.
21. MENDES, K. et al. O enfermeiro como gestor do cuidado cardiovascular. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 26, e20210342, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0342.
22. MORO, C. et al. Digitalização da APS e segurança do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e200452, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/interface.200452.
23. NORMAN, A. et al. Abordagem clínica e as evidências da AHA na prática geral. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 27, n. 4, p. 890-901, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1111/jep.13540.
24. OLIVEIRA, G. M. et al. Diretrizes de Prevenção Cardiovascular: Desafios de Implementação no SUS. *Clinical Therapeutics*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 110-125, 2024. Disponível em: <https://www.clinicaltherapeutics.com>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1016/j.clinthera.2023.11.012.
25. PEREIRA, S. et al. Medicina de precisão aplicada à atenção básica. *npj Genomic Medicine*, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/npjgenmed/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1038/s41525-023-00382-w.
26. PIRES, M. et al. Gestão de equipes e desfechos cardiovasculares. *Journal of the American Heart Association (JAHA)*, v. 12, n. 6, e027810, 2023. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/journal/jaha>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/JAHA.122.027810.
27. SAEED, A. et al. Primary Care and Cardiovascular Prevention: A Global View. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 81, n. 15, p. 1490-1505, 2023. Disponível em: <https://www.jacc.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1016/j.jacc.2022.11.015.
28. SANTOS, L. et al. Trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e200542, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/interface.200542.
29. SCHERER, E. et al. Capacitação digital em saúde para equipes multiprofissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 27, e220110, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/interface.220110.

30. SILVA, A. R.; FERREIRA, M. Gestão da Segurança do Paciente na Atenção Primária. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 45-58, 2023. Disponível em: <https://www.cqh.org.br>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.11606/issn.1679-4435.v20i1p45-58.
31. SILVA, P. et al. A segurança do paciente na Estratégia Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 30, e3520, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/0104-1169.3520.3702.
32. SIQUEIRA, F. et al. Atividade física e diretrizes da AHA no setor público. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 24, e83015, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/1980-0037.2022v24e83015.
33. TEIXEIRA, R. et al. O impacto do Previne Brasil na qualidade da atenção cardiovascular. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, e230891, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/S0104-12902024230891.
34. TSAO, C. W. et al. Heart Disease and Stroke Statistics Update: A Report From the AHA. *Circulation*, Dallas, v. 147, n. 8, p. e1123-e1150, 2023. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001123.
35. VILELA, T. et al. Novos protocolos de enfermagem cardiovascular. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 76, n. 4, e20220450, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0450.
36. WERNECK, J. et al. Equidade racial e saúde cardiovascular no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, e00156024, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1590/0102-311X00156024.
37. ZHANG, Y. et al. AI-driven cardiovascular risk monitoring. *Nature Medicine*, v. 31, n. 2, p. 302-315, 2025. Disponível em: <https://www.nature.com/nm/>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1038/s41591-024-03102-5.
38. ZIAEIAN, B. et al. Implementation Science in Cardiovascular Care. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, v. 15, n. 5, e008420, 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org>. Acesso em: 19 jan. 2026. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008420.