— RESUMO TÉCNICO

Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2026

Resumo dos principais pontos da diretriz do Departamento de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DEIC/SBC), organizado por tema: conceitos, diagnóstico, tratamento da IC crônica e descompensada, IC avançada, comorbidades, condições especiais e custo-efetividade.

Simões MV et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2026. Arq Bras Cardiol. 2026; 123(10):e20260830.
DOI: 10.36660/abc.20260830
Resumo elaborado a partir do texto integral da diretriz. Não substitui a leitura do documento original.
nutricaodadepressao.com.br · @nutricaodadepressao

— COMO LER

Metodologia e siglas

A diretriz usa o sistema **GRADE**. Cada recomendação tem **força** (forte ou fraca; a favor ou contra) e **certeza da evidência** (de alta a muito baixa). Neste resumo, a força só é destacada quando a recomendação é **fraca**; as demais são fortes, salvo indicação.

Siglas usadas

Sigla	Significado
IC	Insuficiência cardíaca
ICFEr / ICFEp	IC com fração de ejeção reduzida (FEVE < 50%) / preservada (FEVE ≥ 50%)
TMF / TMGD	Terapia medicamentosa fundamental / guiada por diretrizes
IECA, BRA, INRA	Inibidor da ECA, bloqueador do receptor de angiotensina, inibidor da neprilisina e do receptor de angiotensina (sacubitril-valsartana)
ARM	Antagonista do receptor mineralocorticoide
iSGLT2	Inibidor do cotransportador de sódio-glicose 2
TRC / CDI	Terapia de ressincronização cardíaca / cardioversor desfibrilador implantável
ICD	Insuficiência cardíaca descompensada
NYHA	Classe funcional da New York Heart Association (I a IV)

Em uma frase: a diretriz consolida o tratamento da ICFEr em quatro pilares, traz tratamento baseado em evidência para a ICFEp (iSGLT2, ARM e, na obesidade, tirzepatida e semaglutida), exclui o termo “levemente reduzida” e dedica atenção a nutrição, ferro, caquexia e cuidado multidisciplinar.

Definição e classificações

Definição

Síndrome clínica com sintomas e/ou sinais típicos, atuais ou prévios, atribuíveis a anormalidade cardíaca estrutural e/ou funcional, **mais** elevação de peptídeos natriuréticos ou evidência objetiva de congestão (imagem ou hemodinâmica).

Classificação pela FEVE

- **ICFEr:** FEVE < 50%. **ICFEp:** FEVE ≥ 50%. Termos como "IC diastólica" e "FEVE normal" foram abandonados.
- O termo **"levemente reduzida" (FEVE 41–49%) foi excluído**: esses pacientes se parecem com os de ICFEr, e a condição seria mais uma fase da trajetória da FEVE do que um fenótipo.
- **IC com FE melhorada:** FEVE basal ≤ 40%, ganho ≥ 10 pontos e FEVE posterior > 40% (ainda < 50%), com sintomas, NT-proBNP elevado e alteração estrutural persistentes.
- **IC em remissão:** FEVE inicial < 50%, ganho ≥ 10 pontos e FEVE final > 50%, com CF I–II e anormalidades mínimas. **IC recuperada:** FEVE > 50% sustentada por ≥ 12 meses, CF I e NT-proBNP normal.

Classe funcional (NYHA)

Classe	Descrição
I	Sem sintomas
II	Sintomas nas atividades habituais; sem queixa em repouso
III	Sintomas com esforços leves; confortável em repouso
IV	Sintomas aos mínimos esforços ou em repouso

Classificação subjetiva, de baixa reprodutibilidade entre I e II, mas preditora independente de mortalidade.

Estágios evolutivos

Estágio	Definição
A	Risco de IC, sem cardiopatia estrutural (hipertensos, diabéticos, obesos, cardiotóxicos)
B	Pré-IC: doença estrutural, pressões de enchimento elevadas ou biomarcadores alterados, sem sintomas
C	IC sintomática (atual ou prévia). Sem melhora = "IC persistente"
D	IC avançada: sintomas graves e refratários, indicação de transplante, suporte mecânico ou paliativos

Números da IC

- Cerca de **57 milhões** de pessoas com IC no mundo (estimativa de 2021), com previsão de aumento de 34%.
- Prevalência média de **1%** dos adultos na América Latina; incidência anual de **199 casos por 100 mil** habitantes em estudo populacional brasileiro.
- No registro brasileiro BREATHE, as cardiopatias **isquêmica e hipertensiva** somam cerca de 48,9% das causas. A doença de Chagas é expressiva no Centro-Oeste e no Nordeste.
- **Mortalidade** no BREATHE: 10,9% intra-hospitalar e 27,7% em 12 meses. **Reinternação:** 24,3% em 90 dias e 44,4% em 1 ano.
- Cardiomiopatia chagásica: mortalidade de 48,04 por 100 pacientes-ano.
- A amiloidose cardíaca responde por 10–20% das ICFEp.

Diagnóstico

- **NT-proBNP < 125 pg/mL ou BNP < 35 pg/mL** (ambulatorial) tornam a IC improvável. Valores acima aumentam a probabilidade; há cortes por idade para o paciente de emergência.
- Critérios ecocardiográficos têm especificidade de cerca de 90%; na ICFEp com dispneia aos esforços, a sensibilidade é de cerca de 60%.
- Sinais de ICFEp ao eco: massa do VE indexada ≥ 95 g/m² (mulheres) ou ≥ 115 g/m² (homens); E/e' > 9; volume do AE indexado > 34 mL/m²; PAS da artéria pulmonar ≥ 35 mmHg; velocidade da regurgitação tricúspide > 2,8 m/s.
- Cardiomiopatia hipertrófica: espessura parietal > 15 mm em adultos (> 13 mm com parente de primeiro grau afetado).

Exames e recomendações diagnósticas

- Com sintomas e sinais sugestivos: hemograma, urina, eletrólitos, função renal, glicemia, HbA1c, perfil lipídico, tireoide, função hepática e **cinética do ferro**; ECG de 12 derivações; radiografia de tórax; **ecocardiograma transtorácico**.
- Monitorar função renal e eletrólitos em série ao longo do tratamento.
- **BNP/NT-proBNP:** na dúvida diagnóstica, para prognóstico e em medidas seriadas após o tratamento. Em assintomáticos com fatores de risco, pode-se considerar FRACA
- **Ressonância cardíaca:** quando o eco for inconclusivo e para diagnóstico etiológico de miocardiopatias (realce tardio).
- **SPECT/PET:** isquemia e viabilidade; **SPECT com Tc-99m-PYP** para amiloidose por transtirretina, após excluir cadeias leves monoclonais. **Angiotomografia coronária** quando a probabilidade pré-teste é baixa a intermediária.
- **Teste cardiopulmonar:** IC grave (elegibilidade a transplante ou assistência ventricular) e avaliação funcional ambulatorial; no diagnóstico diferencial de dispneia, recomendação fraca.
- **Teste genético** em probandos com fenótipo de cardiomiopatia potencialmente hereditária e em familiares de probandos com variante patogênica.

Estágios A e B

Estágio A

- Controle rigoroso de **hipertensão, diabetes e dislipidemia** (forte, certeza alta).
- Aconselhamento sobre **estilo de vida saudável**: dieta balanceada, atividade física regular e cessação do tabagismo (forte, certeza alta).
- No **DM2**: iSGLT2, semaglutida ou tirzepatida para reduzir hospitalização por IC e eventos cardiovasculares maiores.
- Avaliar e manejar a **cardiotoxicidade** de quimioterápicos, conforme a diretriz de cardio-oncologia.

Estágio B

- **IECA** (ou BRA na intolerância) com FEVE ≤ 40%.
- **Betabloqueador** com FEVE < 50%.
- **Eplerenona** após infarto, com FEVE ≤ 40% e sinais de IC ou diabetes.

IC crônica com FE reduzida

Quatro pilares (TMF): iSGLT2 + ARM + IECA/BRA/INRA + betabloqueador, nas doses máximas toleradas. A diretriz também discute início precoce e simultâneo, titulação rápida e decisão compartilhada.

Classe	Fármaco	Dose inicial	Dose-alvo
Betabloqueador	Bisoprolol	1,25 mg 1x/dia	10 mg 1x/dia
	Carvedilol	3,125 mg 2x/dia	50 mg 2x/dia
	Succinato de metoprolol	25 mg 1x/dia	200 mg 1x/dia
IECA	Enalapril	2,5 mg 2x/dia	10–20 mg 2x/dia
	Captopril / Ramipril	6,25 mg 3x/dia / 1,25–2,5 mg 1x/dia	50 mg 3x/dia / 10 mg 1x/dia
BRA	Candesartana / Losartana / Valsartana	4–8 / 25–50 / 40–80 mg 1x/dia	32 / 100–150 / 320 mg 1x/dia
INRA	Sacubitril-valsartana	50 (24/26) mg 2x/dia	200 (97/103) mg 2x/dia
ARM	Espironolactona / Eplerenona	25 mg / 25–50 mg 1x/dia	25–50 mg / 50 mg 1x/dia
iSGLT2	Dapagliflozina / Empagliflozina	10 mg 1x/dia	10 mg 1x/dia
Outros	Ivabradina	5 mg 2x/dia	7,5 mg 2x/dia
	Hidralazina + dinitrato	25/20 mg 3x/dia	100/40 mg 3x/dia

Fármacos e dispositivos

- **IECA/BRA/INRA:** IECA na disfunção sistólica assintomática e em ICFEr sintomática; BRA ou INRA na intolerância ao IECA.
- **Sacubitril-valsartana:** substituir IECA/BRA em sintomáticos apesar de terapia otimizada; após estabilização (PAS > 100 mmHg) e antes da alta, em hospitalizados. Início de novo na ICFEr recém-diagnosticada: FRACA
- **Betabloqueador:** bisoprolol, carvedilol ou succinato de metoprolol; também na disfunção assintomática pós-infarto.
- **ARM:** espironolactona ou eplerenona. **Contra** iniciar com TFG ≤ 30 mL/min/1,73 m² ou K ≥ 5,5 mEq/L.
- **iSGLT2:** dapagliflozina ou empagliflozina, com ou sem diabetes; também após estabilização em hospitalizados. Início precoce em recém-diagnosticados: FRACA
- **Diuréticos:** de alça na congestão; tiazídico associado se a congestão persistir FRACA; reavaliar dose conforme a volemia.
- **Ivabradina:** FEVE < 35%, sintomático, ritmo sinusal, FC ≥ 70 bpm, com betabloqueador na dose máxima tolerada.
- **Hidralazina + dinitrato:** pacientes autodeclarados negros em CF III–IV otimizados; alternativa na intolerância a IECA/BRA/INRA (creatinina > 2,5 mg/dL ou K > 5,5 mEq/L).
- **Digoxina** em baixa dose (alvo sérico 0,5–0,9 ng/mL) em CF II–IV; **contra** a retirada rotineira em pacientes estáveis em uso crônico.

Dispositivos e intervenções

- **TRC:** FEVE < 35% sintomática apesar de terapia otimizada por ≥ 90 dias, ritmo sinusal e BRE: QRS ≥ 150 ms (forte); QRS 130–149 ms (FRACA). **Contra** em BRD ou bloqueio intraventricular inespecífico. Indicada também em FA com BRE (com estratégias para garantir captura) e em estimulação ventricular direita > 20%.
- **CDI (prevenção primária):** FEVE ≤ 35% em CF II–III, etiologia isquêmica (≥ 40 dias do infarto e ≥ 90 dias da revascularização) e expectativa de vida > 1 ano. Na etiologia não isquêmica (FEVE ≤ 35%, CF II–III): avaliação individualizada de risco, com implante se houver marcadores de risco para morte súbita; implante independente da estratificação de risco: FRACA. Miocardiopatia dilatada com FEVE 36–50%: considerar com genótipo arritmogênico e outros marcadores de risco. **Contra** em infarto < 40 dias, revascularização < 60 dias, CF IV refratária sem perspectiva de terapia avançada ou expectativa de vida < 1 ano.
- **M-TEER** (reparo mitral por cateter): IC CF II–IV, insuficiência mitral grau 3 ou 4 (AOR > 0,27 cm²) e sintomas apesar da terapia otimizada, com FEVE < 30% ou 30–40%.
- **Estimulação do sistema de condução:** alternativa quando a ressincronização biventricular não puder ser obtida (FEVE ≤ 35%, BRE, QRS ≥ 150 ms).

IC com fração de ejeção preservada

- **Escore H2FPEF** para melhorar a acurácia diagnóstica em dispneia inexplicada.
- **iSGLT2** (empagliflozina ou dapagliflozina) em sintomáticos, para reduzir morte cardiovascular ou piora da IC (forte, certeza alta).
- **ARM** (espironolactona ou finerenona) com TFG > 25 mL/min/1,73 m² e K < 5,0 mEq/L, para reduzir hospitalizações e eventos de piora.
- **Diuréticos de alça** para congestão. **Contra** bradicardizantes para atingir FC < 70 bpm em ritmo sinusal.
- **Obesidade (IMC ≥ 30):** restrição calórica e exercício para capacidade funcional e qualidade de vida; **tirzepatida** (peso, qualidade de vida e redução de piora da IC ou morte CV); **semaglutida** (peso, qualidade de vida e capacidade funcional). Semaglutida para reduzir morte CV ou piora da IC: FRACA
- **Dieta mediterrânea e DASH** são recomendadas, com acompanhamento de nutricionista.

Tratamento não farmacológico

- **Programa multidisciplinar** de cuidados para melhorar adesão, autocuidado e qualidade de vida e reduzir hospitalizações, mortalidade e custos. Contato telefônico nos primeiros 5 dias após a alta e consulta de 7 a 14 dias.
- **Exercício físico regular** em ICFEr ou ICFEp estáveis; baixa intensidade na fase hospitalar FRACA; **contra** em IC instável, miocardite aguda ou infecção sistêmica aguda. Metanálise Cochrane: redução de hospitalizações por todas as causas (RR 0,69), sem diferença de mortalidade.
- **Vacinas:** influenza (preferir alta concentração), VSR em dose única a partir dos 60 anos, covid-19 a cada 6 meses e pneumocócica.
- **Testosterona:** contra o uso sem hipogonadismo diagnosticado clínica e laboratorialmente. A terapia de reposição estrogênica não é recomendada como estratégia para IC.
- Manter atividade laboral se não houver sintomas significativos; avaliar função sexual e uso de inibidores de PDE-5 quando indicado.

Aspectos nutricionais na IC

Sal: evitar o excesso (> 7 g/dia) e ser **contra** a restrição alta (< 2 g/dia) em pacientes estáveis ambulatoriais (forte, certeza moderada).

- **Sódio:** restrição de 2 a 3 g de sal/dia teve maior impacto em sobrevida e qualidade de vida do que < 2 g/dia. Dietas muito restritas podem causar desnutrição e caquexia. Dieta normossódica (6 a 7 g/dia) é mais palatável. Evitar processados.
- **Líquidos: contra** restrição intensa (< 1.500 mL/dia) em estáveis, otimizados, assintomáticos ou CF I/II (forte, certeza baixa). Instáveis, com sintomas persistentes ou várias hospitalizações: 1.000–1.500 mL/dia. Estáveis: até 2.000 mL/dia ou sob demanda não alteram reinternação ou óbito.
- **Peso:** em ICFEr, **não incentivar perda de peso ativa**; perda não intencional piora o prognóstico. Em ICFEp com obesidade, controle calórico monitorado. Pesar diariamente: ganho > 2 kg em 3 dias é retenção hídrica.
- **Padrão alimentar:** mediterrânea e DASH na ICFEp. Acompanhamento com **nutricionista**, sobretudo em caquexia ou obesidade.

Suplementos

Suplemento	Posição da diretriz
Ômega-3	Sem evidência consistente para recomendação. GISSI-HF (1 g/dia) teve redução modesta; estudos recentes não confirmaram; doses altas podem aumentar o risco de FA.
Coenzima Q10	Q-SYMBIO (300 mg/dia) reduziu mortalidade e hospitalizações; a própria diretriz pede mais estudos.
Vitamina D	Sem evidência para tratar IC; considerar apenas com deficiência comprovada (< 20 ng/dL, como consta no texto).

Caquexia, sarcopenia e fragilidade

- Avaliar como parte do prognóstico (forte, certeza alta). Caquexia: perda ≥ 5% do peso em 12 meses ou IMC < 20 kg/m², mais três critérios (força reduzida, fadiga, anorexia, baixa massa magra, alterações laboratoriais).
- Caquexia: +59% de risco de morte por todas as causas; sarcopenia: HR 2,77 de piores desfechos; fragilidade: +73% de mortalidade e +96% de nova hospitalização não planejada. Sem ECRs com intervenção bem-sucedida.

Ferro e anemia

- Deficiência de ferro em cerca de 50% da IC crônica: ferritina < 100 µg/L, ou 100–299 µg/L com saturação de transferrina < 20%. Anemia (OMS): Hb < 12 g/dL em mulheres e < 13 g/dL em homens.
- ICFEr sintomática: **rastrear** anemia e deficiência de ferro; **ferro IV** (carboximaltose ou derisomaltose) para sintomas e qualidade de vida (forte, certeza alta) e para reduzir hospitalização FRACA. Ferro oral em dose alta não melhorou a capacidade funcional (IRONOUT-HF). **Contra** eritropoetina.

Abordagem hospitalar

- Classificar em **IC crônica descompensada** ou **IC nova descompensada** e identificar fatores de descompensação. A abordagem inicial deve ocorrer idealmente nos **primeiros 60 minutos**.
- **Hipervolemia:** furosemida IV **em até 1 hora**, com ajuste conforme a resposta diurética.
- **Perfis clínico-hemodinâmicos:** B (quente e úmido): vasodilatador IV em casos selecionados FRACA; C (frio e úmido): nitroprussiato se PAS > 90 mmHg FRACA ou dobutamina se PAS < 90 mmHg; L (frio e seco): reposição volêmica.
- **Congestão refratária:** dobrar progressivamente a dose de furosemida até a dose-teto (forte, certeza alta); associar diurético de outro mecanismo (tiazídico ou inibidor da anidrase carbônica); ultrafiltração em casos selecionados; solução salina hipertônica com alça em centros experientes FRACA.
- **Monitorar a descongestão** com escores clínicos e ultrassonografia à beira do leito.
- **Oxigênio** se SpO_2 < 90% ou PaO_2 < 60 mmHg; **ventilação não invasiva** se FR > 25/min e SpO_2 < 90%; intubação se piora apesar disso.
- **Inotrópicos** beta-adrenérgicos apenas com baixo débito e PAS < 90 mmHg; **contra** uso rotineiro.

Choque cardiogênico

- Linha arterial; cateter de artéria pulmonar em dúvida diagnóstica ou resposta limitada; cristaloides na ausência de congestão; inotrópico beta-agonista; vasopressor (preferencialmente noradrenalina) FRACA; **time de choque** multidisciplinar (forte, certeza alta).

Transição e alta

- **Titulação rápida da TMF** antes da alta e nas consultas seguintes; **ferro IV** em ICFEr com deficiência de ferro.
- Garantir **descongestão completa** antes da alta (escores, peptídeos natriuréticos e/ou POCUS), plano de transição centrado no paciente, educação em autocuidado, reavaliação em **7 a 14 dias** e acompanhamento multidisciplinar frequente.

Condições especiais

- **Miocardite:** ressonância pelos critérios de Lake Louise 2018; biópsia endomiocárdica em casos selecionados; imunossupressão apenas com miocardite comprovada por biópsia (contra sem comprovação); fulminante: inotrópico e suporte circulatório de curta permanência.
- Cineangiocoronariografia na IC nova de alto risco com padrão semelhante a infarto, para diagnóstico diferencial (inclui Takotsubo).

Estágio D, suporte e paliativos

- Sinais de alerta pelo acrônimo **I NEED HELP** e classificação **INTERMACS** para gravidade; avaliação hemodinâmica invasiva e papel do especialista em IC avançada.
- **Quatro pilares em doses máximas toleradas** se não houver contraindicação, com otimização **mais lenta** e monitorização cautelosa de hipotensão, eletrólitos e função renal.
- **Telemonitorização** para reduzir hospitalizações (forte, certeza baixa).
- **Suporte de curta permanência:** balão intra-aórtico se houver piora apesar de inotrópico; ECMO em INTERMACS 1 ou 2 como ponte para transplante ou outros dispositivos.
- **Suporte de longa permanência:** terapia de destino em não candidatos a transplante; ponte para transplante em candidatos sob risco de deterioração; ponte para candidatura em hipertensão pulmonar refratária ou câncer em remissão com potencial de cura.
- **Transplante cardíaco** e **cuidados paliativos** integrados ao longo da evolução, incluindo decisão de não reanimar e retirada de medidas de suporte, com definições de ortotanásia, distanásia e eutanásia.

Comorbidades cardiovasculares

Fibrilação atrial

- Anticoagulação oral, preferindo DOACs (exceto estenose mitral moderada a grave e próteses metálicas).
- Controle de FC com betabloqueador; digoxina quando a FC permanece alta ou há contraindicação; amiodarona oral FRACA. **Contra** digitálico isolado e **contra** bloqueadores de cálcio não di-hidropiridínicos na ICFEr.
- Controle de ritmo individualizado; **ablação por cateter** em IC avançada e quando a FA agrava os sintomas apesar da terapia; ablação do nó AV + marca-passo se a farmacologia falhar FRACA.

Doença coronária, valvopatias e hipertensão

- **Angina na ICFEr:** betabloqueador; ivabradina, outros antianginosos e trimetazidina em casos persistentes FRACA. **Contra** diltiazem e verapamil na ICFEr.
- **Revascularização cirúrgica** em ICFEr com angina persistente e lesões graves proximais; angioplastia como alternativa após Heart Team. **Contra** usar viabilidade como único critério sem angina.
- **Estenose aórtica grave** de baixo fluxo e baixo gradiente com FEVE < 50% e reserva contrátil: cirurgia/TAVI. **Insuficiência aórtica grave** com VE sistólico > 50 mm (ou > 25 mm/m²) ou FEVE < 50%: intervenção após Heart Team.

Não cardiovasculares

Condição	Pontos da diretriz
Diabetes	iSGLT2 como antidiabético inicial (com ou sem metformina); em DM2 com DRC, iSGLT2 e **finerenona** para reduzir hospitalizações; semaglutida em ICFEp com obesidade e diabetes. **Contra** saxagliptina e tiazolidinedionas.
Tireoide	Reposição de hormônio tireoidiano em geral com TSH ≥ 7 mIU/L (TSH elevado associou-se a pior desfecho).
Obesidade	Pior prognóstico em ICFEr e ICFEp; benefício do tratamento da obesidade demonstrado na ICFEp; sem estudos adequados na ICFEr.
Anemia e ferro	Rastrear na ICFEr sintomática; ferro IV; contra eritropoetina; transfusão restrita a instáveis ou Hb < 7,0 g/dL, se realmente necessária.
Disfunção renal	IC e DRC compartilham mecanismos; no BREATHE, 24% dos hospitalizados tinham DRC (41% no DAPA-HF e 47% no FINEARTS-HF).
Potássio	Trocador de potássio (ciclossilicato de zircônio sódico) na hiperpotassemia crônica ambulatorial, para manter a otimização dos inibidores do SRAA.
Câncer	Avaliação por cardio-oncologista em risco moderado/alto; controle de fatores de risco e atividade física; **dexrazoxane** em alto risco com antraciclinas; IECA, betabloqueador e estatina em alto risco.
Depressão, disfunção erétil, hiperuricemia, dislipidemia, pulmonar	Tópicos tratados no capítulo de comorbidades não cardiovasculares, incluindo infecções (influenza e covid-19).

Condições especiais

Gravidez e puerpério

- Estratificação de risco pela classificação **mWHO 2.0** para aconselhamento reprodutivo; contraindicar a gestação em risco IV ou com cardiomiopatia periparto e ICFEr persistente moderada a grave.
- **Contra** IECA, BRA e antagonistas da aldosterona na gestação (pode-se considerar na lactação FRACA). **Contra** iSGLT2, agonistas de GLP-1 e GLP-1/GIP e neARM na gestação e na lactação.
- Betabloqueador quando necessário; furosemida para controle da IC; parto vaginal se não houver contraindicação obstétrica e cesáreo em ICFEr grave ou instabilidade; contracepção individualizada (LARC recomendados) e aconselhamento genético.

Doença de Chagas

- Estudos específicos: PARACHUTE-HF (segurança do sacubitril-valsartana, com menor descontinuação) e CHAGASICS (CDI versus amiodarona). Diuréticos, digitálicos, ARM, IECA/BRA e iSGLT2 sem estudos específicos; cautela com distúrbios de condução, arritmias ventriculares e hipotensão.
- CDI em prevenção primária com recomendação fraca ou condicional em subgrupos; TRC por extrapolação, com maior frequência de não respondedores.

Cardiomiopatia atrial

- Alterações estruturais, funcionais ou eletrofisiológicas dos átrios. Ressonância cardíaca para investigação FRACA; manutenção do ritmo sinusal para evitar progressão ou reverter.

Aspectos econômicos e visão integrada

Terapia	Valor em saúde segundo a diretriz
Ferro IV (ICFEr com deficiência de ferro)	Alto valor (dominante ou RCEI < US$ 10.000/QALY)
IECA, BRA, betabloqueadores	Custo-efetivos; enalapril US$ 115/QALY vs. placebo; succinato de metoprolol US$ 4.200/QALY
ARM (espironolactona, eplerenona)	Intermediário; no Brasil, Int$ 7.955 e Int$ 6.459/QALY, abaixo do limiar de Int$ 17.589 (1 PIB per capita)
Ivabradina (FC > 70 bpm)	Intermediário (cerca de US$ 28.318/QALY)
Sacubitril-valsartana	Intermediário; no Brasil, ganho de 0,57 QALY e RCEI de R$ 25.832,89/QALY vs. enalapril
Reabilitação cardíaca	Intermediário; Int$ 26.462/QALY no cenário brasileiro
Visitas domiciliares + ligações (24 semanas)	Redução de 27% do desfecho composto; R$ 585 por reinternação evitada no SUS
ECMO venoarterial	Baixo a intermediário (Int$ 37.491/QALY); benefício clínico questionado por ensaio randomizado recente

Na ICFEp, ainda não há análises de custo-efetividade específicas para o tratamento farmacológico no Brasil.

Visão integrada por estágio

- **A–B:** controle de fatores de risco, estilo de vida e fármacos conforme a FEVE.
- **C, ICFEr:** quatro pilares, terapias adicionais, dispositivos e intervenções invasivas orientadas por diretrizes.
- **C, ICFEp:** iSGLT2, ARM, diuréticos, tratamento da obesidade e das comorbidades.
- **D:** otimização lenta, telemonitorização, suporte mecânico, transplante e cuidados paliativos.
- **Transversal:** programa multidisciplinar com nutricionista, enfermagem, psicologia, fisioterapia e educação física, educação do paciente e acompanhamento em 7 a 14 dias após a alta.

Referência: Simões MV, Moura LZ, Alves SMM, Mourilhe-Rocha R, Danzmann LC, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2026. Arq Bras Cardiol. 2026; 123(10):e20260830. doi:10.36660/abc.20260830
Resumo de nutricaodadepressao.com.br · @nutricaodadepressao