GESTÃO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Autor(es): **Sara Garrido[1], Inês Neves[1], Diogo Martins[1]**
Local de Trabalho: **USF Gago Coutinho, ULS Estuário do Tejo[1]**

A. Definição e Classificação

A **insuficiência cardíaca** (IC) é uma **síndrome clínica** que resulta de uma **alteração estrutural e/ou funcional do coração,** conduzindo a pressões intracardíacas elevadas e/ou um débito cardíaco inadequado em repouso ou durante o esforço. É caracterizada por **sintomas cardinais** (dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, fadiga e intolerância ao esforço) associados a **sinais de sobrecarga volémica**. Na ausência de sintomas, podemos considerar o utente em: **risco de IC** (estadio A) ou **pré-IC** (estadio B).

Tabela 1- Classificação por Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE)

Tipo de IC	FEVE	Definição
IC-FEr	<50%	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
IC-FEp	≥50%	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada

Tabela 2 - Estadios e classificação IC

Estadio A	Estadio B	Estadio C	Estadio D
Em risco Ausência de: - Sinais/Sintomas - Alterações cardíacas estruturais; - Biomarcadores cardíacos.	**Pré-IC** Ausência de sintomas, com a presença de um: - Alterações estruturais - Alterações cardíacas funcionais - Elevação de biomarcadores	**IC sintomática** Presença de sintomas (atual ou previamente) e alteração cardíaca funcional e/ou estrutural	**IC grave** Sintomas graves com diminuição da capacidade de exercício, disfunção cardíaca grave e refratários à terapêutica

B. Diagnóstico

O diagnóstico de IC crónica (ICC) implica **a presença de sintomas e/ou sinais de IC** e de **evidência objetiva de disfunção cardíaca.**

1. **Suspeita de insuficiência cardíaca:**
   a. Sintomas e/ou sinais cardinais;
   b. ECG de 12 derivações anormal;
   c. Fatores de risco.

Bibliografia:
Køber L, Adamo M, Ruwald AC, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026; ehag100. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag100

2. **NT-proBNP**
   a. **≥ 125 pg/mL**, idade < 50 anos
   b. **≥ 250 pg/mL**, idade entre 50 a 74 anos
   c. **≥ 500 pg/mL**, idade ≥ 75 anos
   ou BNP ≥ 35 pg/mL;
3. **Ecocardiograma** para confirmar disfunção cardíaca;
4. Classificação por **FEVE;**
5. **Determinar etiologia** (testes funcionais, CAT…);
6. **Avaliação de comorbilidades** (radiografia de tórax, hemograma completo, ureia e eletrólitos, função tiroideia, glicémia em jejum/HbA1c, lípidos, estado do ferro [índice de saturação da transferrina (IST) e ferritina]).

Tabela 3- Classificação Funcional (NYHA)

NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV
Sem limitação da atividade física A atividade física habitual não provoca sintomas.	**Ligeira limitação da atividade física** Confortável em repouso, mas a atividade física mais intensa provoca sintomas.	**Acentuada limitação da atividade física** Confortável em repouso, mas atividades ligeiras provocam sintomas.	**Sintomas incluindo em repouso.**

A **avaliação funcional ajuda a monitorizar** a progressão da doença e a eficácia do tratamento.

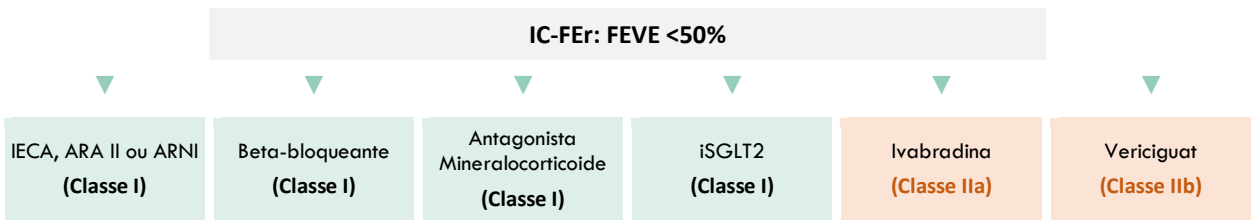
C. Tratamento

O tratamento pode ser dividido em:

- **Terapêutica Médica Fundamental (TMF):** recomendação classe I com impacto na morbilidade e/ou mortalidade;
- **Terapêutica Médica Adicional (TMA):** recomendação classe IIa/IIb; ou classe I com impacto apenas nos sintomas e/ou qualidade de vida (QoL);
- **Terapêutica de Intervenção Guiada pelas *Guidelines* (TIGG):** inclui os dispositivos implantáveis e as terapêuticas interventivas.

Tratamento da IC-FEr

A TMF da IC-FEr assenta em **4 pilares farmacológicos.**



Bibliografia:
Køber L, Adamo M, Ruwald AC, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026; ehag100. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag100

Princípios gerais:

- **Iniciar os 4 fármacos com titulação gradual,** até dose alvo ou máxima tolerada;
- Tolerar reduções de PA sistólica, se assintomático;
- FC aceitável para betabloqueante → ausência de bradicardia/bloqueio significativo;
- **ARNI é preferível** face a IECA ou ARA II isolados; maior impacto na redução da morte cardiovascular e menos hospitalizações;
- **Switch iECA para ARNI:** suspender IECA e, após 36 horas, introduzir ARNI;
- Iniciar diuréticos apenas se sinais de congestão;
- **Ivabradina** poderá ser considerada nos casos de IC-FEr sintomática se RS, com FC ≥ 70 bpm, FEVE ≤ 35% e episódio recente de hospitalização;
- **Vericiguat** poderá ser considerado em doentes com IC-FEr sintomáticos, com FEVE < 45%, apesar de TMF otimizada;
- **Monitorizar TA, FC e eletrólitos (risco de hipercaliémia)** 1-2 semanas após cada alteração.

Classe	Fármaco	Dose inicial	Dose alvo	Observações
ARNI	Sacubitril-valsartan	49/51 mg b.i.d.	97/103 mg b.i.d.	-
iECA*	Lisinopril	2.5-5 mg o.d.	20-35 mg o.d.	-
	Enalapril	2.5 mg b.i.d.	10- 20mg b.i.d.	-
	Ramipril	1.25 a 2.5 mg b.i.d.	5 mg b.i.d.	-
ARA II*	Losartan	25-50 mg o.d.	150 mg o.d.	-
	Valsartan	40 mg b.i.d.	160 mg b.i.d.	-
	Candesartan	4mg o.d.	32 mg o.d.	-
Beta-bloqueantes	Bisoprolol	1.25 mg o.d.	10 mg o.d.	Cardioseletivo
	Carvedilol	3.125 mg b.i.d.	25 mg b.i.d.	Não cardioseletivo
	Nebivolol	1.25 mg o.d.	10 mg o.d.	Vasodilatador
Antagonista Mineralocorticoide	Espironolactona	12.5-25 mg o.d.	50 mg o.d.	Vigiar K+
	Eplerenona (alternativa)	25 mg o.d.	50 mg o.d.	Mais seletivo
Inibidor SGLT2	Dapagliflozina	10 mg o.d.	10 mg o.d.	-
	Empagliflozina	10 mg o.d.	10 mg o.d.	-
Diurético de Ansa	Furosemida	20-40 mg o.d.	conforme congestão	Se congestão presente

Titular dose a cada 1-2 semanas de acordo com a tolerância.
* iECA e ARA II com melhor evidência na IC-FEr.

Legenda: o.d., *omne in die* (1xdia); b.i.d., *bis in die* (2xdia); t.i.d.

Bibliografia:
Køber L, Adamo M, Ruwald AC, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026; ehag100. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag100

Tratamento da IC-FEp

A TMF da IC-FEp assenta na utilização de inibidores de SGLT2 (iSGLT2) e de antagonistas dos recetores mineralocorticoides (ARM), assim como da gestão das comorbilidades associadas.



* ARNI: estudos não mostraram claro benefício. No entanto podem ser considerados em pacientes com IC-FEp, especialmente naqueles com valores mais baixos de FEVE.

D. Comorbilidades e Prevenção

- **Doença Renal Crónica (DRC)**
  - A DRC aumenta o risco de desenvolver IC e piora o prognóstico, enquanto a IC e a congestão podem acelerar a deterioração renal;
  - Avaliar regularmente Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe); Rácio Albumina/Creatinina urinária (RAC); ionograma, particularmente K^+; creatinina/ureia; PA e estado volémico;
  - Otimizar inibidores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (iSRAA) e iSGLT2.

- **Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)**
  - Associada a pior prognóstico;
  - A terapêutica é semelhante à da IC na ausência de DM2;
  - Considerar análogos do GLP1 (aGLP1) se coexistir IC-FEp, DM e obesidade.

- **DM2 e DRC albuminúrica persistente**
  - Considerar Finerenona;
  - Na IC-FEr e IC-FEp, a Finerenona tem atualmente evidência própria de redução de eventos de agravamento da IC.

- **Deficiência de Ferro (Fe) na IC**
  - O défice de Fe está presente em 50% dos doentes com IC e associa-se a pior prognóstico, com maior número de hospitalizações;
  - Avaliar com hemograma, ferritina e saturação de transferrina, independentemente da existência de anemia;
  - A suplementação intravenosa de Fe é recomendada em doentes com IC-FEr sintomática + Saturação da transferrina (TSAT) <20%, com melhoria da QoL;
  - **Tratamento: Carboximaltose Férrica IV** ou Derisomaltose Férrica IV – referenciação hospitalar (imuno-hemoterapia/Hospital de dia). Melhora sintomas e reduz hospitalizações.
  -

- **Fibrilhação auricular (FA)**
  - Controlo da frequência/ritmo;
  - Anticoagulação consoante CHA2DS2-VA;
  - Articular com Cardiologia se sintomática, instável ou de difícil controlo.
  -

- **Hipertensão arterial (HTA)**
  - Controlar PA evitando hipotensão sintomática;
  - Privilegiar terapêuticas com benefício na IC quando possível.

Bibliografia:
Køber L, Adamo M, Ruwald AC, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026; ehag100. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag100

- **Obesidade**
  - **Semaglutido ou tirzepatida** devem ser considerados para doentes com **IC sintomática + FEVE ≥45% + IMC ≥30 kg/m²** para reduzir o peso corporal e melhorar a capacidade de exercício e a QoL.

Medidas não farmacológicas

- Controlo do peso com atividade física e apoio nutricional;
- Restrição de sal: <5 g/dia;
- Restrição de fluidos: <1.5-2 L/dia (se hiponatremia ou congestão grave);
- Exercício físico;
- Reabilitação cardíaca: melhora sintomas, FEVE e sobrevida;
- Evitar álcool/tabagismo;
- Evitar AINEs;
- Educação do doente: explicar sinais de alerta e a importância da adesão à terapêutica.

E. Quando referenciar para a Cardiologia?

Critérios:

- Sintomas refratários apesar de otimização terapêutica;
- Descompensação (>1 hospitalização/ano);
- Arritmias complexas/síncope;
- Candidato a terapêutica de ressincronização cardíaca (CRT)/cardioversor desfibrilhador implantável (CDI);
- Intolerância ou contraindicação a terapêutica de primeira linha (iECA, BB, ARM, iSGLT2), para discussão de alternativas;
- Doente jovem (<50 anos) com insuficiência cardíaca não explicada;
- Suspeita de miocardiopatia específica ou doença valvular significativa.

Bibliografia:
Køber L, Adamo M, Ruwald AC, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026; ehag100. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag100