

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v7n3a2025.44>

## Manejo da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: estratégias de tratamento baseadas em evidências recentes e desafios da prática clínica

Nathalia Gabriely Caluz Borges<sup>1</sup>, Liz Retz dos Santos Prado<sup>1</sup>, Carolina Beatriz Cunha Prado<sup>2</sup>

**Introdução:** A insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) é uma condição clínica de fisiopatologia complexa e multifatorial, caracterizada por sintomas típicos de insuficiência cardíaca, como dispneia e fadiga, mesmo quando a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) está igual ou acima de 50%. Altamente prevalente entre idosos, especialmente mulheres com múltiplas comorbidades, a ICFEP impõe desafios significativos à prática clínica por sua heterogeneidade e pela limitada resposta aos tratamentos tradicionais. **Objetivo:** Identificar na literatura atual quais as estratégias de tratamento e os desafios da prática clínica no manejo da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP). **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura incluindo artigos publicados nos últimos cinco anos pesquisados na PubMed utilizando os termos Mesh: “Heart Failure” e “Therapeutics” combinados com o booleano AND. Foram selecionados os estudos que respondiam a pergunta de pesquisa: “Quais as estratégias de tratamento e os desafios da prática clínica no manejo da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada?” **Resultados e Discussão:** Nos últimos anos, o manejo da ICFEP passou por uma transformação, evoluindo consideravelmente, adotando uma perspectiva mais centrada no paciente, com foco não apenas em aliviar os sintomas, mas também reduzir hospitalizações, melhorar sua capacidade funcional e promover

---

<sup>1</sup>Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: <mailto:nathaliagabrielycb@gmail.com>.

<sup>2</sup>Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: [carolina.cunha@baraodemaua.br](mailto:carolina.cunha@baraodemaua.br)

qualidade de vida. A abordagem atual prioriza estratégias terapêuticas personalizadas, ajustadas às características clínicas individuais, ao invés de um modelo terapêutico único. Essa mudança permitiu a combinação de abordagem farmacológica e não farmacológica, integrando diferentes frentes de tratamento. A abordagem não farmacológica tem papel central. A reabilitação cardiovascular, com programas estruturados de exercício físico supervisionado, melhora a tolerância ao esforço, reduz sintomas e contribui para a redução de hospitalizações. A educação em saúde, o suporte nutricional, o controle do peso e o manejo de comorbidades, como hipertensão, diabetes mellitus, obesidade e fibrilação atrial, são essenciais para o sucesso terapêutico. A atuação multiprofissional nesse contexto, com cardiologistas, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, melhora a adesão ao tratamento e promove qualidade de vida, tornando-se um pilar essencial do cuidado. Já a abordagem farmacológica, embora limitada em comparação à insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), tem se aprimorado. Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2), como a dapagliflozina e empagliflozina, demonstraram benefícios significativos na redução de hospitalizações por insuficiência cardíaca, além de melhora na qualidade de vida. Esses fármacos atuam promovendo diurese osmótica, redução da pressão intracardíaca e melhora da função endotelial, reduzindo a pré-carga e, assim, possuindo efeitos metabólicos renoprotetores positivos, sem causar hipotensão relevante. São especialmente úteis em pacientes com diabetes e doença renal crônica. Outras classes farmacológicas, como os antagonistas da aldosterona e os bloqueadores do receptor de angiotensina-nepirilina (ARNI), também têm sido exploradas. No entanto, seus efeitos na ICFER ainda são limitados a subgrupos específicos e exigem monitoramento cuidadoso devido ao risco de efeitos adversos. Assim, o uso desses medicamentos deve ser feito com cautela, considerando as particularidades de cada paciente. A fenotipagem clínica tem contribuído para o manejo da ICFER, ao permitir a identificação de perfis dominantes que orientam decisões terapêuticas mais assertivas. Pacientes com predomínio de obesidade, resistência insulínica e inflamação sistêmica, por exemplo, podem responder melhor a intervenções que combinem controle metabólico, perda de peso e SGLT2i. Já pacientes com disfunção renal ou hipertensão severa exigem cautela na escolha dos fármacos e monitoramento da função renal e eletrólitos. O

reconhecimento de padrões clínicos auxilia na escolha das estratégias terapêuticas. Pacientes com sobrepeso e resistência à insulina podem se beneficiar mais de intervenções voltadas à perda ponderal e ao controle metabólico. Por outro lado, indivíduos com fibrilação atrial demandam maior atenção ao controle do ritmo e da frequência cardíaca, bem como à anticoagulação adequada. Essa lógica não se resume a uma fenotipagem formal, mas aproxima-se de uma prática clínica baseada em perfis funcionais. A prática médica exige flexibilidade e adaptação. Muitos pacientes com ICFEP são idosos com limitações funcionais e sociais importantes. Nesse contexto, o plano terapêutico precisa ser realista e viável, priorizando intervenções que ofereçam benefícios clínicos sem sobrecarregar o paciente com polifarmácia. O acompanhamento contínuo, a avaliação da resposta clínica e a reavaliação periódica do tratamento são fundamentais para garantir bons desfechos. **Conclusão:** Em síntese, o manejo atual da ICFEP se sustenta em uma combinação equilibrada de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, guiadas pelas necessidades e características individuais do paciente. O objetivo maior é promover funcionalidade, reduzir hospitalizações e melhorar a qualidade de vida. Embora o desenvolvimento de novas terapias esteja em curso, o sucesso no manejo dessa condição continua a depender da escuta ativa, do raciocínio clínico e da integração entre conhecimento técnico e sensibilidade humana.

**Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca. Terapêutica. Fração de ejeção preservada.

**Conflito de interesse:** Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

## REFERÊNCIAS

OMOTE, K.; VERBRUGGE, F. H.; BORLAUG, B. A. Heart failure with preserved ejection fraction: mechanisms and treatment strategies. **Annual Review of Medicine**, v. 73, p. 321-337, 2022. DOI: 10.1146/annurev-med-042220-022745.

DESAI, A. S. *et al.* How to manage heart failure with preserved ejection fraction: practical guidance for clinicians. **JACC: Heart Failure**, v. 11, n. 6, p. 619-636, 2023. DOI: 10.1016/j.jchf.2023.03.011.

SILVA, I. Y. *et al.* Desafios e avanços no tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: uma revisão abrangente das abordagens terapêuticas e estratégias de manejo. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 01-14, set./out. 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n5-051.

WIVIOTT S.D. *et al.* Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. **N Engl J Med**, v. 389, n. 9, p. 823-835, 2023. doi:10.1056/NEJMoa2307563.

ANKER S.D. *et al.* Tirzepatide for heart failure with preserved ejection fraction and obesity. **N Engl J Med**, v. 390, n. 18. p. 1654-1665, 2024.