

Insuficiência Cardíaca no Brasil: Como Podemos Melhorar sua História Natural?

Heart Failure in Brazil: How Can We Improve its Natural History?

Filipe Ferrari,¹ Arthur Proença Rossi,² Igor Rafael Miranda Ferreira Santander³

Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre,¹ Porto Alegre, RS – Brasil

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre,² Porto Alegre, RS – Brasil

Programa de Residência em Clínica Médica, Hospital Nova Esperança,³ João Pessoa, PB – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Delineamento e Racional do Estudo Rosa dos Ventos: Estudo Multicêntrico do Tipo Coorte de Pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida ou Moderadamente Reduzida no Brasil

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa, com altas taxas de morbidade e mortalidade em todo o mundo.^{1,2} Apesar dos esforços significativos, incluindo vários ensaios clínicos recentes envolvendo dezenas de milhares de pacientes e diversas terapias farmacológicas,³⁻⁹ reduzir a carga da IC continua sendo um desafio.

Em 2021, dados epidemiológicos estimaram que aproximadamente 57 milhões de pessoas foram afetadas por IC globalmente,¹⁰ e sua prevalência está projetada para aumentar em 34% nas próximas décadas.¹¹ Pacientes hospitalizados devido ao agravamento da IC estão entre os grupos de maior risco, enfrentando taxas elevadas de readmissão e mortalidade, particularmente durante o período vulnerável logo após a alta.¹² O fardo econômico da IC também é significativo; até 2030, os custos relacionados à IC nos EUA estão projetados para exceder US\$ 70 bilhões anualmente.¹³

Em resposta às percepções em evolução, a Sociedade Europeia de Cardiologia introduziu uma nova classificação para pacientes com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo entre 40% e 49%, designando-os como portadores de IC com FE levemente reduzida (ICFEI_r), substituindo o termo anterior “IC com FE intermediária”. A IC com FE reduzida (ICFE_r) continua a ser classificada como FE <40%, enquanto a IC com fração de ejeção preservada (ICFE_p) é definida como FE >50%.¹⁴ Estima-se que a ICFEI_r seja responsável por até 25% de todos os casos de IC.¹⁵

A epidemiologia da IC é bem documentada na Europa e nos Estados Unidos; no entanto, sua prevalência e fatores prognósticos são menos compreendidos em outras partes do mundo. No Brasil, um vasto país com significativa diversidade

étnica e disparidades sociais, há dados limitados sobre potenciais diferenças regionais no prognóstico e tratamento da IC. Essa lacuna dificulta o desenvolvimento de estratégias de gerenciamento mais eficazes e específicas para cada região, adaptadas à população brasileira.

Um registro multinacional recente de IC, com mais de 23.000 participantes de 40 países em cinco continentes, acompanhados por uma mediana de 2 anos, descobriu que as taxas de mortalidade padronizadas por idade e sexo eram menores em países de alta renda.¹⁶ A taxa de letalidade de casos em 30 dias após a primeira hospitalização seguiu uma tendência semelhante: 7% em países de alta renda, 10% em países de renda média-alta, 21% em países de renda média-baixa e 32% em países de baixa renda. Apoiando essas descobertas, as evidências mostram que as taxas de mortalidade de um ano em pacientes com IC permanecem altas em países de baixa e média renda, atingindo 34% na África, 23% na Índia, 15% no Sudeste Asiático, 9% na América do Sul e 7% na China.¹⁷ Esses dados sugerem que os países de baixa renda apresentam piores resultados em IC, provavelmente devido ao acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade, diferenças nas características dos pacientes e uso reduzido de terapias de IC modificadoras da doença. De fato, o tratamento combinado com medicamentos comprovadamente redutores da morbidade e mortalidade pode alterar significativamente a história natural da doença.¹⁸ Antes da década de 1990, considerada o início da era moderna do tratamento da IC, entre 60% e 70% dos pacientes morriam dentro de cinco anos após o diagnóstico.¹⁹

Pesquisas sobre IC também foram conduzidas no Brasil. Por exemplo, Arruda et al.²⁰ relataram dados importantes sobre mortalidade por IC entre 1998 e 2019, identificando áreas geográficas com as maiores taxas de mortalidade. Aproximadamente 568.000 mortes foram registradas entre adultos com mais de 50 anos de idade, resultando em uma taxa média de mortalidade de 75,5 por 100.000 habitantes. É importante ressaltar que a mortalidade por IC mostrou uma tendência crescente na região norte, ressaltando a necessidade de intervenções direcionadas em áreas com resultados mais precários. Da mesma forma, o estudo BREATHE,²¹ que incluiu mais de 1.200 pacientes hospitalizados com IC em 51 hospitais públicos e privados em 21 cidades brasileiras, forneceu informações valiosas sobre IC no país. No entanto, esses estudos não ofereceram informações detalhadas

Palavras-chave

Insuficiência Cardíaca; Insuficiência Cardíaca Sistólica; Brasil

Correspondência: Filipe Ferrari •

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Rua Ramiro Barcelos, 2350.

CEP 90035-007, Santa Cecília, Porto Alegre, RS – Brasil

E-mail: ferrari.filipe88@gmail.com

Artigo recebido em 30/09/2024, revisado em 02/10/2024, aceito em 02/10/2024

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240644>

sobre características clínicas, tratamentos farmacológicos, disponibilidade financeira ou programas de financiamento governamental para acesso à terapia medicamentosa otimizada em diferentes regiões do Brasil.

O desafio continua sendo identificar quais regiões estão com baixo desempenho no tratamento da IC ou onde os pacientes apresentam maior risco de progressão para IC avançada. Nesta edição do ABC, Freitas et al.²² apresentaram um protocolo para um estudo de coorte multicêntrico prospectivo com o objetivo de avaliar dados de 2.500 pacientes com ICFeR ou ICFeI em 30 centros em 23 unidades federativas brasileiras. O desenho prospectivo deste estudo e a coleta abrangente de dados – incluindo histórico médico prévio (por exemplo, comorbidades, tabagismo, histórico de doenças tropicais negligenciadas), sinais e sintomas (por exemplo, classe funcional NYHA, edema periférico, ascite, hepatomegalia), achados ecocardiográficos (por exemplo, doenças valvares, válvula protética), resultados de exames laboratoriais (por exemplo, NT-proBNP, eletrólitos, lipídios) e

adesão ao tratamento médico orientado por diretrizes de IC (por exemplo, betabloqueadores, inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, inibidores de SGLT2) – aumentam significativamente seu impacto potencial.

Esta pesquisa representa um passo crítico para a ciência brasileira na descoberta de variações regionais e socioeconômicas no prognóstico da IC. Em última análise, visa desenvolver estratégias mais eficazes para combater essa condição devastadora. Além disso, pode ajudar a identificar populações de alto risco e orientar intervenções personalizadas e direcionadas.

Em resumo, este estudo pode contribuir com dados valiosos para o crescente corpo de literatura sobre IC. Além de expandir nossa compreensão sobre IC no Brasil, ele terá implicações práticas para melhorar a saúde pública e o atendimento clínico. Embora ainda haja muito trabalho a ser feito, essas descobertas podem ajudar a informar melhores estratégias para reduzir a morbidade e a mortalidade por IC no Brasil. A hora de agir é agora.

Referências

1. Beghini A, Sammartino AM, Papp Z, von Haehling S, Biegus J, Ponikowski P, et al. 2024 Update in Heart Failure. *ESC Heart Fail.* 2024. doi: 10.1002/ehf2.14857.
2. Konstam MA, Massaro J, Dhingra R, Walsh M, Ordway L, Pursley MS, et al. Avoiding Treatment in Hospital with Subcutaneous Furosemide for Worsening Heart Failure: A Pilot Study (AT HOME-HF). *JACC Heart Fail.* 2024;S2213-1779(24)00575-4. doi: 10.1016/j.jchf.2024.07.015.
3. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin-neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. *N Engl J Med.* 2014;371(11):993-1004. doi: 10.1056/NEJMoa1409077.
4. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2019;381(21):1995-2008. doi: 10.1056/NEJMoa1911303.
5. Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M, et al. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2021;385(16):1451-61. doi: 10.1056/NEJMoa2107038.
6. Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B, Boer RA, DeMets D, Hernandez AF, et al. Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2022;387(12):1089-98. doi: 10.1056/NEJMoa2206286.
7. Mann DL, Givertz MM, Vader JM, Starling RC, Shah P, McNulty SE, et al. Effect of Treatment with Sacubitril/Valsartan in Patients with Advanced Heart Failure and Reduced Ejection Fraction: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol.* 2022;7(1):17-25. doi: 10.1001/jamacardio.2021.4567.
8. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Butler J, Rasmussen S, Davies M, et al. Semaglutide in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity. *N Engl J Med.* 2023;389(12):1069-84. doi: 10.1056/NEJMoa2306963.
9. Solomon SD, McMurray JJV, Vaduganathan M, Claggett B, Jhund PS, Desai AS, et al. Finerenone in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med.* 2024. doi: 10.1056/NEJMoa2407107.
10. Lee CJ, Lee H, Yoon M, Chun KH, Kong MG, Jung MH, et al. Heart Failure Statistics 2024 Update: A Report from the Korean Society of Heart Failure. *Int J Heart Fail.* 2024;6(2):56-69. doi: 10.36628/ijhf.2024.0010.
11. Maddox TM, Januzzi JL Jr, Allen LA, Breathett K, Brouse S, Butler J, et al. 2024 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(15):1444-88. doi: 10.1016/j.jacc.2023.12.024.
12. Butt JH, Jhund PS, Docherty KF, Claggett BL, Vaduganathan M, Bachus E, et al. Dapagliflozin and Timing of Prior Heart Failure Hospitalization: A Patient-level Meta-analysis of DAPA-HF and DELIVER. *JACC Heart Fail.* 2024;12(9):1586-99. doi: 10.1016/j.jchf.2024.01.018.
13. Heidenreich PA, Fonarow GC, Opsha Y, Sandhu AT, Sweitzer NK, Warraich HJ, et al. Economic Issues in Heart Failure in the United States. *J Card Fail.* 2022;28(3):453-66. doi: 10.1016/j.cardfail.2021.12.017.
14. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
15. Savarese G, Stolfo D, Sinagra G, Lund LH. Heart Failure with Mid-range or Mildly Reduced Ejection Fraction. *Nat Rev Cardiol.* 2022;19(2):100-16. doi: 10.1038/s41569-021-00605-5.
16. Joseph P, Roy A, Lonn E, Störk S, Floras J, Mielniczuk L, et al. Global Variations in Heart Failure Etiology, Management, and Outcomes. *JAMA.* 2023;329(19):1650-61. doi: 10.1001/jama.2023.5942.
17. Ferreira JP, Kraus S, Mitchell S, Perel P, Piñeiro D, Chioncel O, et al. World Heart Federation Roadmap for Heart Failure. *Glob Heart.* 2019;14(3):197-214. doi: 10.1016/j.gheart.2019.07.004.
18. Packer M, McMurray JJV. Rapid Evidence-based Sequencing of Foundational Drugs for Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction. *Eur J Heart Fail.* 2021;23(6):882-94. doi: 10.1002/ehfj.2149.
19. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in Collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2012;33(14):1787-847. doi: 10.1093/eurheartj/ehs

20. Arruda VL, Machado LMG, Lima JC, Silva PRS. Trends in Mortality from Heart Failure in Brazil: 1998 to 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:E220021. doi: 10.1590/1980-549720220021.2.
21. Albuquerque DC, Souza JD Neto, Bacal F, Rohde LE, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433-42. doi: 10.5935/abc.20150031.
22. Freitas DCA, Costa LMPR, Nadruz Jr. W, Marcondes-Braga FG, Vieira JL, Bernardes-Pereira S, et al. Delineamento e Racional do Estudo Rosa dos Ventos: Estudo Multicêntrico do Tipo Coorte de Pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida ou Moderadamente Reduzida no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2024;121(10):e20240120. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240120>.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons