

Reunião de Audiência Pública

Dia Mundial da Saúde

Câmara dos Deputados

30/09/2025

Dr. Evandro Tinoco Mesquita

Prof. Titular de Cardiologia - UFF
Membro do Conselho Administrativo da Sociedade Brasileira de Cardiologia

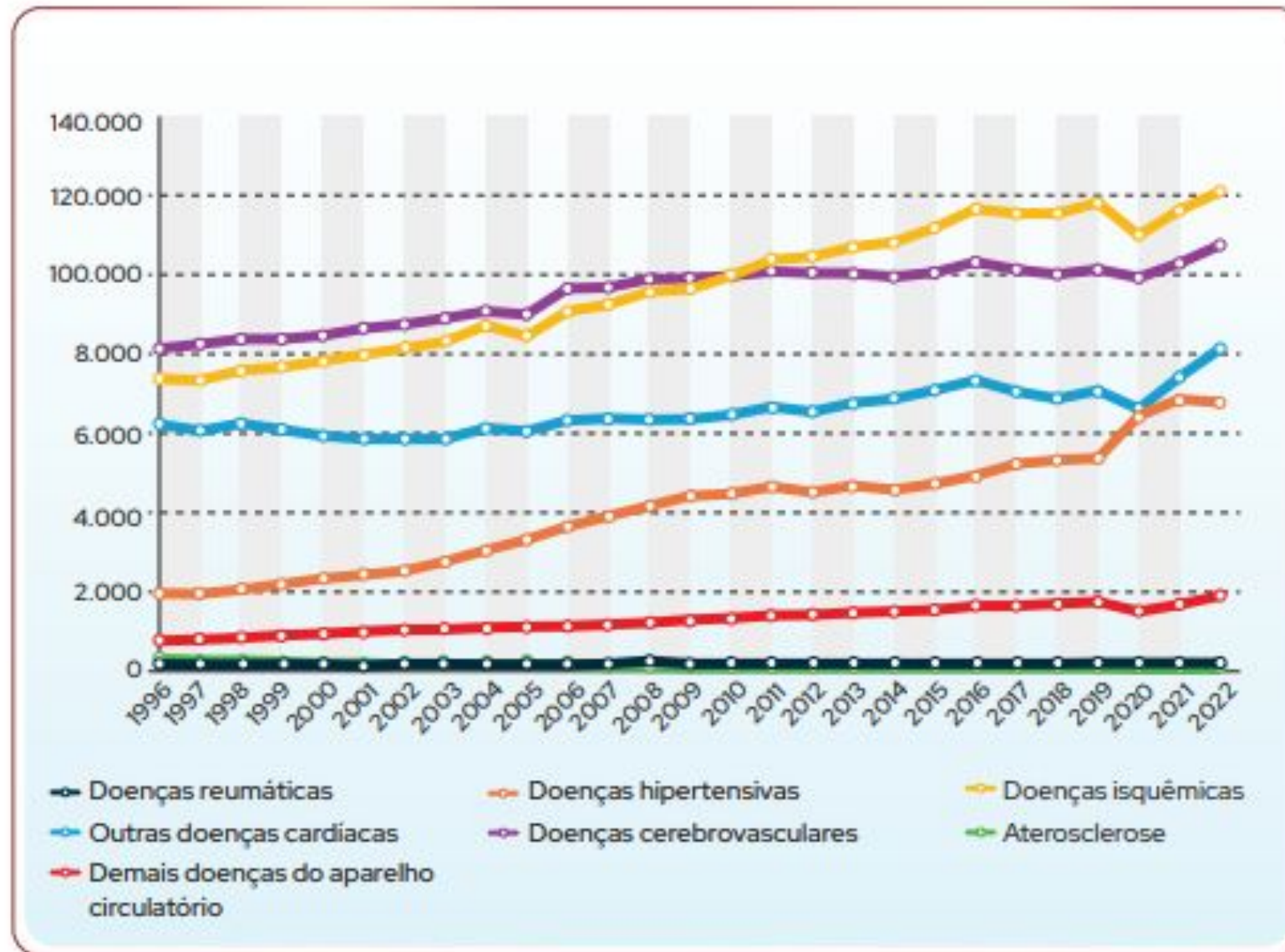


Figura 2.1 – Número absoluto de mortes pelas doenças cardiovasculares entre 1996 e 2022 (DATASUS).⁹

Circulation

AHA PRESIDENTIAL ADVISORY

Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association

Chiadi E. Ndumele, MD, PhD, FAHA, Chair; Janani Rangaswami, MD, FAHA, Vice Chair; Sheryl L. Chow, PharmD, FAHA, Vice Chair; Ian J. Neeland, MD, FAHA; Katherine R. Tuttle, MD; Sadiya S. Khan, MD, MSc, FAHA; Josef Coresh, MD, PhD; Roy O. Mathew, MD; Carissa M. Baker-Smith, MD, MPH, FAHA; Mercedes R. Carnethon, PhD, FAHA; Jean-Pierre Despres, PhD, FAHA; Jennifer E. Ho, MD, FAHA; Joshua J. Joseph, MD, MPH, FAHA; Walter N. Kernan, MD; Amit Khera, MD, MSc, FAHA; Mikhail N. Kosiborod, MD; Carolyn L. Lekavich, PhD; Eldrin F. Lewis, MD, MPH, FAHA; Kevin B. Lo, MD; Bige Ozkan, MD, ScM; Latha P. Palaniappan, MD, MS, FAHA; Sonali S. Patel, MD, PhD; Michael J. Pencina, PhD; Tiffany M. Powell-Wiley, MD, MPH, FAHA; Laurence S. Sperling, MD, FAHA; Salim S. Virani, MD, PhD, FAHA; Jackson T. Wright, MD, PhD; Radhika Rajgopal Singh, PhD, FAHA; Mitchell S.V. Elkind, MD, MS, FAHA; on behalf of the American Heart Association

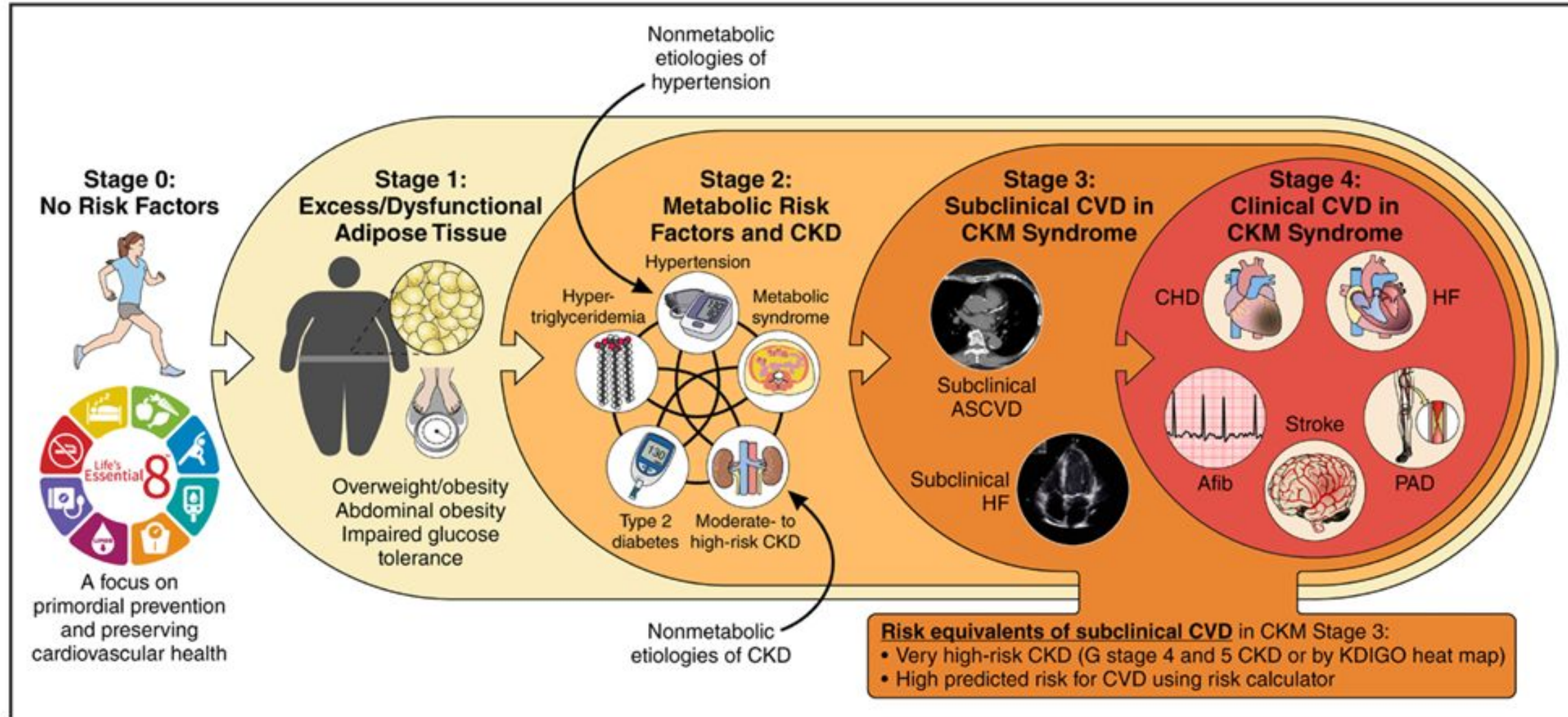


Figure 1. Stages of CKM syndrome.

Niterói: Crescimento Zero entre Nascimentos e Mortes



2023		
Moradores	Nascimentos	Óbitos
481.758	9422	5201

IBGE. Censo 2022

Niterói: População Idosos (RJ)

114.821 moradores > 60 anos (23,8%)

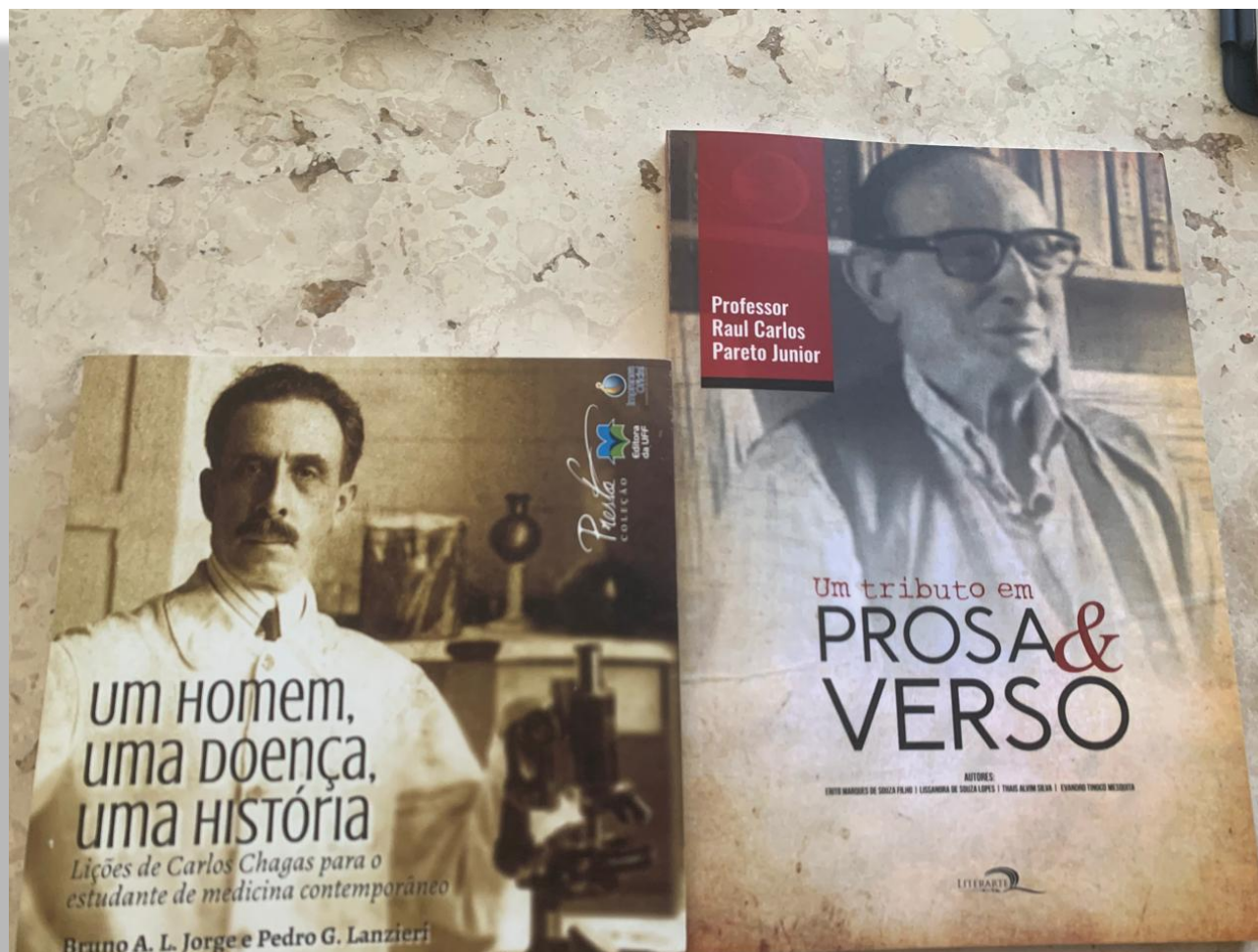
481.758 moradores (↓ 1,19% 2010)

Total de pessoas atendidas pelo Programa Médico de Família: 206.787 moradores (45% da população)

Cidades com + 100.000 habitantes

- Santos
- São Caetano
- Niterói

Dia Nacional de Alerta da Insuficiência Cardíaca: 09 de Julho



Insuficiência cardíaca



- **Síndrome clínica complexa** que pode se apresentar agudamente ou de forma progressiva, sendo causada por uma anormalidade estrutural ou funcional, resultando numa alteração no enchimento cardíaco ou na ejeção do sangue
- Sintomas:
 1. Falta de ar
 2. Edema de MMII e ascite
 3. Fadiga/ intolerância ao esforço

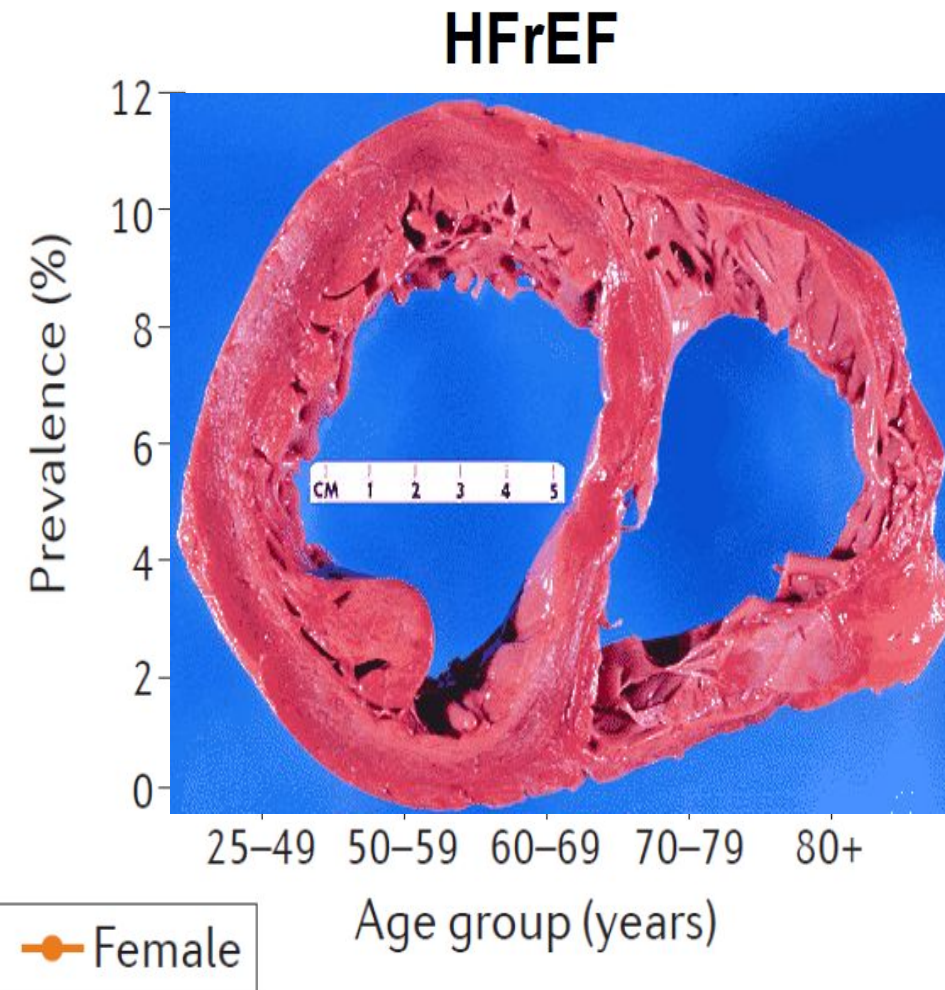
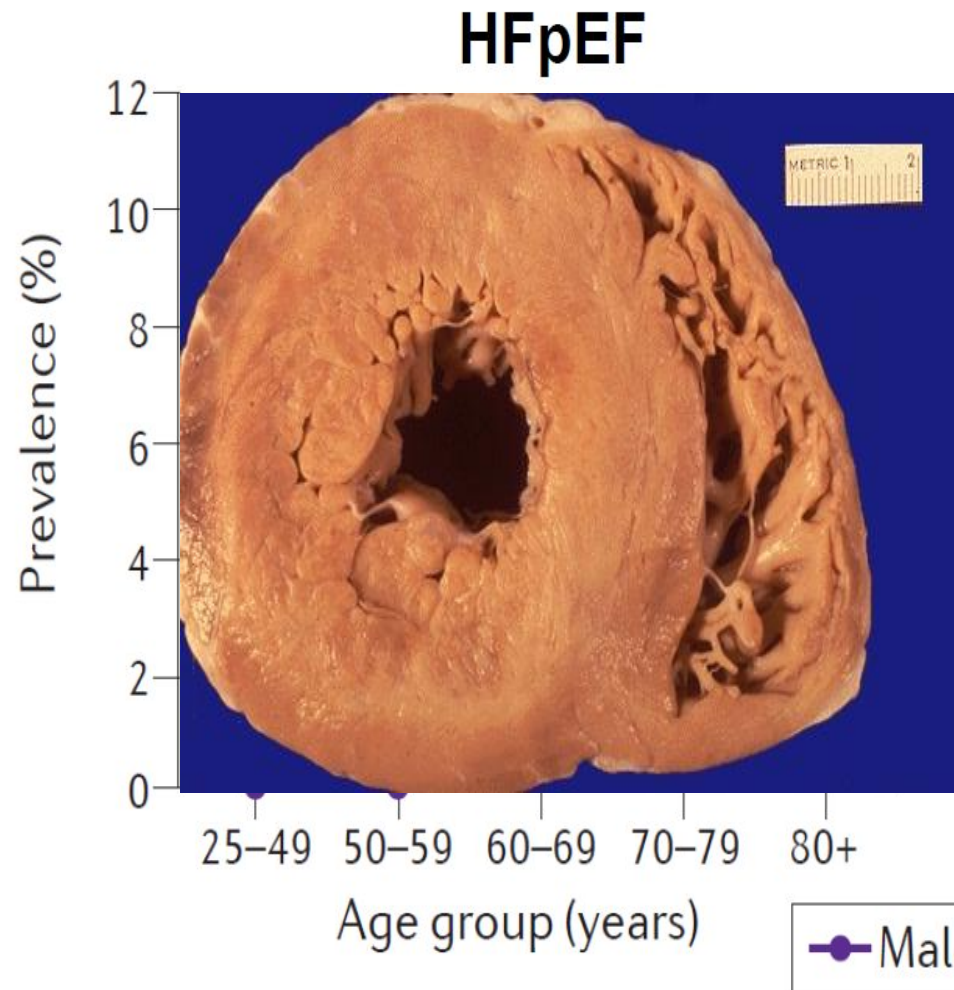
Impacta fortemente a **sustentabilidade** do sistema de saúde em todo o mundo.

Insuficiência cardíaca

- Condição crônica progressiva cm pobre prognóstico, sem tratamento e com elevado custo ao sistema de saúde e social.
- 26 milhões portadores de IC no mundo .
- Morte no primeiro ano após o diagnóstico: 17-45% e maioria nos primeiros 5 anos.
- 17 milhões de mortes por DCV no mundo e 80% das mortes em países pobres ou em desenvolvimento.
- Causas:
 1. Infecciosas (DR e Chagas)
 2. Causas cardiometabólicas e cardíacas
- Custo USA: 1 milhão internações - 11 bilhões.

Classificação

ICFEP x ICFER – comparando as características



Classificação



Classificação de IC em estágios

De acordo com a morfologia e sintomas



Alto risco para IC

Insuficiência cardíaca

Estágio A

Em risco para IC mas sem doença estrutural cardíaca ou sintomas de IC

Estágio B

Doença estrutural cardíaca mas sem sintomas de IC

Estágio C

Doença estrutural cardíaca com sinais ou sintomas de IC

ICFER

ICFEI

ICFEP

Estágio D

Insuficiência cardíaca refratária

Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025

Brazilian Guidelines of Hypertension – 2025

Realização: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN).

Coordenadores: Andréa Araujo Brandão, Cibele Isaac Saad Rodrigues, Luiz Aparecido Bortolotto, Wilson Nadruz

Autores da Diretriz: Andréa Araujo Brandão,¹ Cibele Isaac Saad Rodrigues,² Luiz Aparecido Bortolotto,³ Anderson da Costa Armstrong,⁴ Rogério Andrade Mulinari,⁵ Audes Diógenes de Magalhães Feitosa,⁶ Marco Antonio Mota-Gomes,^{7,8,9} Eduardo Costa Duarte Barbosa,¹⁰ José Andrade Moura-Neto,¹¹ Mario Fritsch Torres Neves,¹² Weimar Kuns Sebba Barroso de Souza,¹² Cláudia Lucia de Moraes Forjaz,¹³ Márcia Regina Simas Torres Klein,¹⁴ Fernando Nobre,¹⁴ Paulo César Brandão Veiga Jardim,¹² Celso Amodeo,¹⁵ Rogério Baumgratz de Paula,¹⁶ Sebastião Rodrigues Ferreira-Filho,¹⁷ João Roberto Gemelli,¹⁸ José Fernando Vilela-Martin,¹⁹ Elizabeth Silaid Muxfeldt,²⁰ Décio Mion Júnior,²¹ Marcus Vinicius Bolivar Malachias,^{22,23,24} Carlos Alberto Machado,²⁵ Fernando Antonio de Almeida,²⁶ Alexandre Jorge Gomes de Lucena,²⁷ Alvaro Avezum,^{28,29,30,31} Amaury Zatorre Amaral,³² Ana Flavia Moura,¹¹ Ana Lúcia Rego Fleury de Camargo,³ Andrea Pio de Abreu,²¹ Andrei C. Sposito,³³ Angela Maria Geraldo Pierin,²⁹ Annelise Machado Gomes de Paiva,^{7,34} Antonio Gabriele Laurinavicius,³⁵ Carlos Eduardo Poli-de-Figueiredo,³⁶ Dilma do Socorro Moraes de Souza,^{37,38} Elizabete Viana de Freitas,¹ Emilton Lima Júnior,³⁹ Erika Maria Gonçalves Campana,¹ Fábio Argenta,⁴⁰ Fernanda Marciano Consolim Colombo,³ Fernanda Salomão Gorayeb Polacchini,⁴¹ Flavio Antonio de Oliveira Borelli,⁴² Frida Liane Plavnik,³ Giovannio Vieira da Silva,²¹ Grazia Maria Guerra,^{43,44} Heno Ferreira Lopes,²¹ José Augusto Soares Barreto-Filho,⁴⁵ Juan Carlos Yugar Toledo,^{46,47} Leda Aparecida Daud Lotaif,¹⁵ Lílian Soares da Costa,^{48,49,50} Lucelia Batista Neves Cunha Magalhães,⁵¹ Luciano Ferreira Drager,³ Luis Cuadrado Martin,⁵² Luiz César Nazário Scala,⁵³ Maria Eliane Campos Magalhães,⁵⁴ Maria Eliete Pinheiro,⁵⁵ Maria Emília Figueiredo Teixeira,¹² Nelson Dinamarco,⁵⁶ Osni Moreira Filho,⁵⁷ Oswaldo Passarelli Junior,³⁵ Otavio Rizzi Coelho,³³ Renault Mattos Ribeiro Júnior,^{58,59} Roberto Dischinger Miranda,³⁰ Rodrigo Bezerra,⁶⁰ Rodrigo Pinto Pedrosa,⁶ Rogério Toshiro Passos Okawa,⁶¹ Rui Manuel dos Santos Pova,³⁰ Sandra Lia do Amaral Cardoso,⁶² Sayuri Inuzuka,⁶³ Sergio Emanuel Kaiser,¹ Sheyla Cristina Tonheiro Ferro da Silva,^{64,65} Tânia Plens Shecaira,³⁰ Vera Hermina Kalika Koch,²¹ Wilson Nadruz³³



Figura 2.3 – Medidas para prevenção da hipertensão arterial.



DIAGNÓSTICO

Hipertensão Arterial

- PA consultório ≥ 140 e/ou 90 mmHg
- 2 ocasiões

Pré-hipertensão

- PA consultório 120-139 e/ou 80-89 mmHg

➔ MAPA ou MRPA sempre que possível – avaliar fenótipos da HA



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

➔ Para todos com PA ≥ 130 e/ou 80 mmHg

Avaliação clínica e complementar
Identificar:

- FRCV
- LOA
- DCV
- DRC

➔ Aplicar o escore PREVENT



TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

➔ Para Todos

- Não fumar
- Dieta saudável (DASH)
- IMC 18-24Kg/m²
- ↓ da ingestão de sal
- ↑ da ingestão de potássio
- Atividade física regular
- Baixa ingestão de álcool
- Práticas de espiritualidade e controle de estresse



TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Associação de medicamentos

- HA estágio 1 de risco moderado e alto
- HA estágios 2 e 3
- IECA ou BRA + BCC e/ou DIU
- BB em indicações específicas
- Comprimido único, preferencialmente

Monoterapia

- Indivíduos frágeis
- ≥ 80 anos
- PA ≥ 130 e/ou 80 mmHg de risco alto
- HA estágio 1 de risco baixo (a critério médico, associação de medicamentos)



METAS E SEGUIMENTO

Metas para todos

- PA $< 130/80$ mmHg
- Reduzir risco CV

➔ MAPA ou MRPA sempre que possível – avaliar fenótipos da HA

Seguimento

- Rever a cada 4 semanas até alcançar a meta de PA
- Verificar adesão ao tratamento sempre
- Combater inércia terapêutica



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Ação integrada de profissionais de saúde para garantir o diagnóstico, a adesão ao tratamento, o controle e o seguimento adequados da PA

ABREVIATURAS:

PA: pressão arterial; MAPA: monitorização ambulatorial da PA 24h; MRPA: monitorização residencial da PA; FRCV: fatores de risco cardiovascular; LOA: lesões em órgãos-alvo; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; IMC: índice de massa corporal; HA: hipertensão arterial; DIU: diurético tiazídico ou similar; IECA: inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA: bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II;

14. Melhores Práticas no Cuidado às Pessoas Com Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde

14.1. Sistema Único de Saúde e sua Importância no Controle da Hipertensão Arterial

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são parte integrante do SUS, regulamentadas por leis e normativas federais que orientam sua estruturação e funcionamento. São centros de atenção primária à saúde (APS), onde equipes de Saúde da Família (ESF) realizam uma série de ações, oferecendo atendimento, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento. Elas representam a principal porta de entrada para o sistema, atendendo a necessidades individuais e coletivas.⁵⁷⁷

A Lei nº 8.080, de 19/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o SUS.⁵⁷⁷ Com mais de 30 anos de existência, o SUS, maior sistema público de saúde do mundo, atende a mais de 190 milhões de pessoas por ano, sempre de forma integral e gratuita, com complexidade tal que necessita ser organizado em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde para ter um bom funcionamento. Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são

estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, sendo eles: atenção primária, secundária e terciária.⁵⁷⁸

Eles são usados para organizar os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS a partir de parâmetros determinados pela OMS, com o objetivo de proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos, com equidade, qualidade e resolutividade. É na APS, porta preferencial de entrada do usuário no SUS, onde a maioria dos problemas de saúde pode ser resolvida ou encaminhada para tratamento na rede de atenção especializada (níveis secundário e terciário), caso necessário.⁵⁷⁸

14.1.1. Atenção Primária à Saúde

As UBSs, estabelecimentos da APS, ainda conhecidos em muitos locais como “postos de saúde”, realizam ações e atendimentos voltados à prevenção, promoção da saúde, diagnóstico e tratamento. Nessas unidades, é possível fazer exames, consultas de rotina com equipes multiprofissionais e profissionais especializadas em Saúde da Família, que trabalham para garantir atenção integral à saúde no território.⁵⁷⁸

É nesse nível que os profissionais se articulam para atuar não apenas nas unidades de saúde, como também em espaços públicos da comunidade, escolas e em visitas domiciliares, na oferta de práticas integrativas e complementares.⁵⁷⁸

Mais do que prover assistência clínica, o objetivo é estar próximo às pessoas e promover a saúde e a qualidade de vida da comunidade. Esse trabalho de prevenção, conscientização e educação é importante para, além de garantir qualidade de vida aos usuários, otimizar o uso de recursos, evitando doenças, internações e tratamentos de agravos à saúde, como HA, DM, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, DCVs e renais.⁵⁷⁸

A busca pelo controle da HA é um dos programas estratégicos da APS, e o médico generalista/médico de família e comunidade (MFC), juntamente com a equipe de saúde desse nível de complexidade, são os responsáveis pelo paciente. Cabe ao generalista/MFC, quando necessário, fazer os encaminhamentos para os demais níveis de complexidade e recebê-los, após a avaliação do especialista, com as orientações necessárias expressas em relatório de contrarreferência consubstanciado.⁵⁷⁸

Atualmente, existem 48.161 UBSs no Brasil, portanto é impossível traçar estratégias para aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HA em nosso país sem contar com essa rede. Na APS, é possível atender a uma média de 564.232 pessoas por dia. As pessoas podem procurar a UBS mais próxima da residência para atendimentos em praticamente todas as situações, exceto naquelas em que há risco de morte, quando se deve procurar atendimento de urgência e emergência em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 h, hospitais gerais ou serviços habilitados em média e alta complexidade.⁵⁷⁸

14.1.2. Atenção Especializada

A atenção especializada é dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (habitualmente ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta

por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios e envolve atendimento direcionado para áreas de cardiologia, nefrologia, endocrinologia, neurologia, entre outras especialidades médicas.⁵⁷⁸ As UPAs concentram os atendimentos de complexidade intermediária, com capacidade de atendimento de 150 a 450 pacientes por dia, por unidade.⁵⁷⁸

Além disso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. O SAMU cobre 85,89% da população nacional, com 190 centrais de regulação.⁵⁷⁸

Considerando os dados acima, a APS é o local adequado para garantir a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HA. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019,⁵⁷⁹ entre as pessoas de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de HA, 72,2% receberam assistência médica nos últimos 12 meses no SUS. Em 46,6% dos casos, o diagnóstico foi feito em UBS, e 45,11% obtiveram pelo menos um medicamento para HA no programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, devendo ser considerado que, em muitos locais, os pacientes retiram os medicamentos nas UBSs.⁵⁷⁹



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-
INDUSTRIAL DA SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 10, DE 13 DE SETEMBRO DE 2024.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes
Terapêuticas da Insuficiência Cardíaca com
Fração de Ejeção Reduzida.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhes conferem o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.036, de 28 de maio de 2024,

Considerando a necessidade de se atualizarem os parâmetros sobre a insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida no Brasil e as diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação Nº 805/2023 e o Relatório de Recomendação nº 808/2023 – de março de 2023, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SECTICS/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SECTICS/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Figura 1 - Fluxograma de diagnóstico da IC.

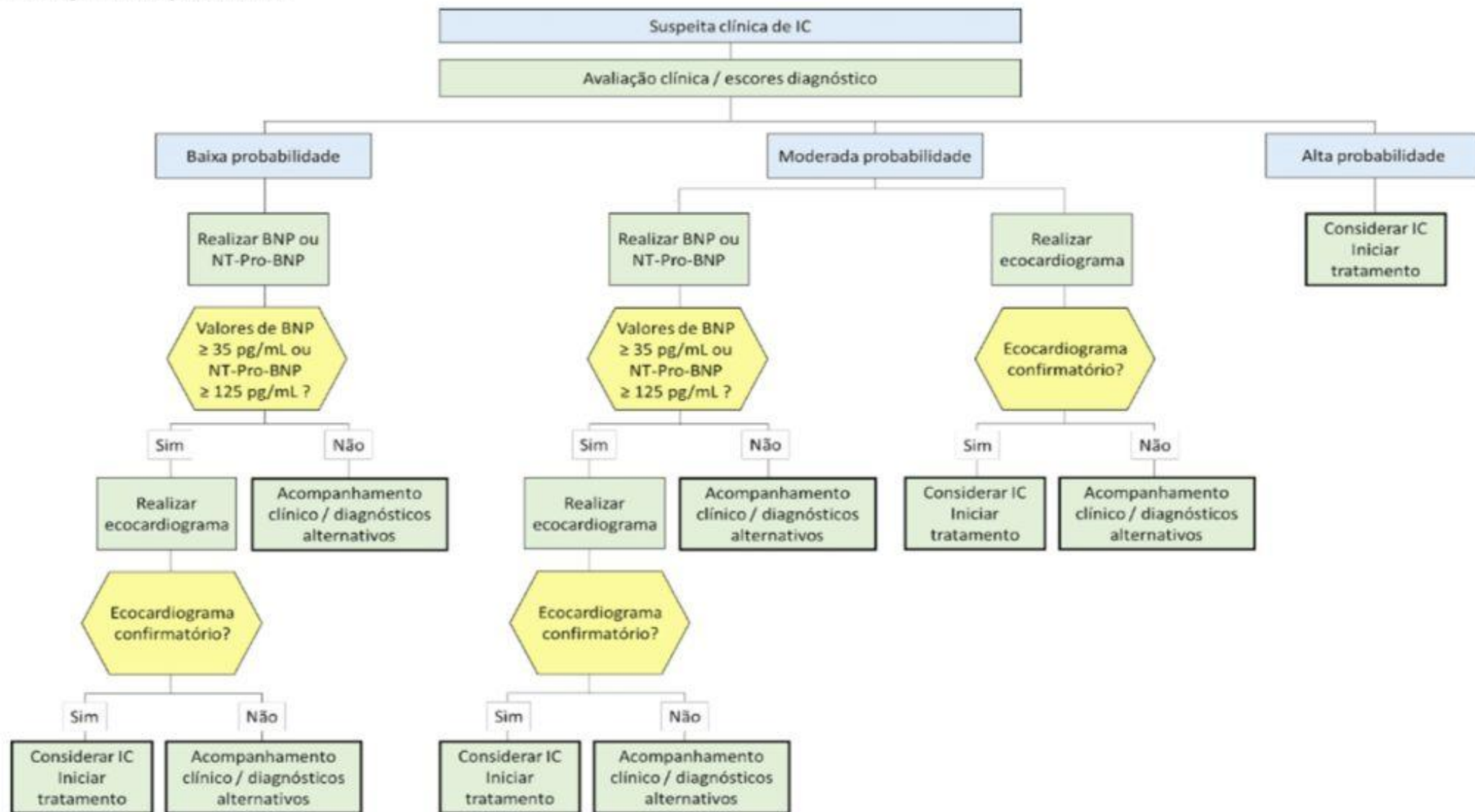
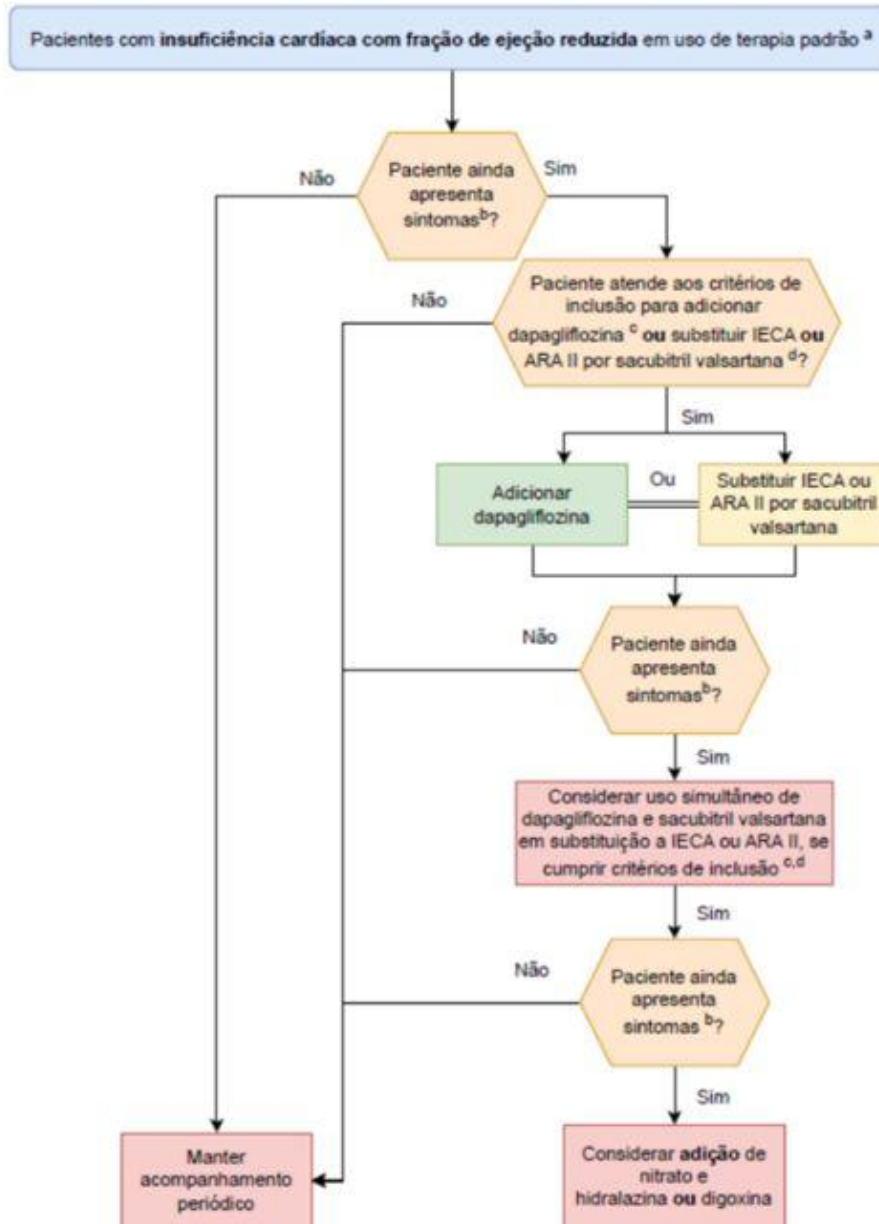


Figura 2 - Fluxograma do tratamento medicamentoso da IC com fração de ejeção reduzida.



6.3 Medicamentos



- Captopril: comprimidos de 25 mg;
- Carvedilol: comprimidos de 3,125 mg, 6,25 mg, 12,5 mg e 25 mg;
- Cloridrato de hidralazina: comprimidos de 25 mg e 50 mg;
- Dapagliflozina: comprimidos de 10 mg;
- Digoxina: comprimidos de 0,25 mg;
- Dinitrato de isossorbida: comprimido sublingual de 5 mg;
- Espironolactona: comprimidos de 25 mg e 100 mg;
- Furosemida: comprimidos de 40 mg;
- Hidroclorotiazida: comprimidos de 12,5 mg e 25 mg;
- Losartana potássica: comprimidos de 50 mg;
- Maleato de enalapril: comprimidos de 5 mg, 10 mg e 20 mg;
- Mononitrato de isossorbida: comprimidos de 20 e 40 mg;
- Sacubitril valsartana sódica hidratada: comprimidos de 50, 100 e 200 mg; e
- Succinato de metoprolol: comprimidos de liberação prolongada de 25 mg, 50 mg e 100 mg.

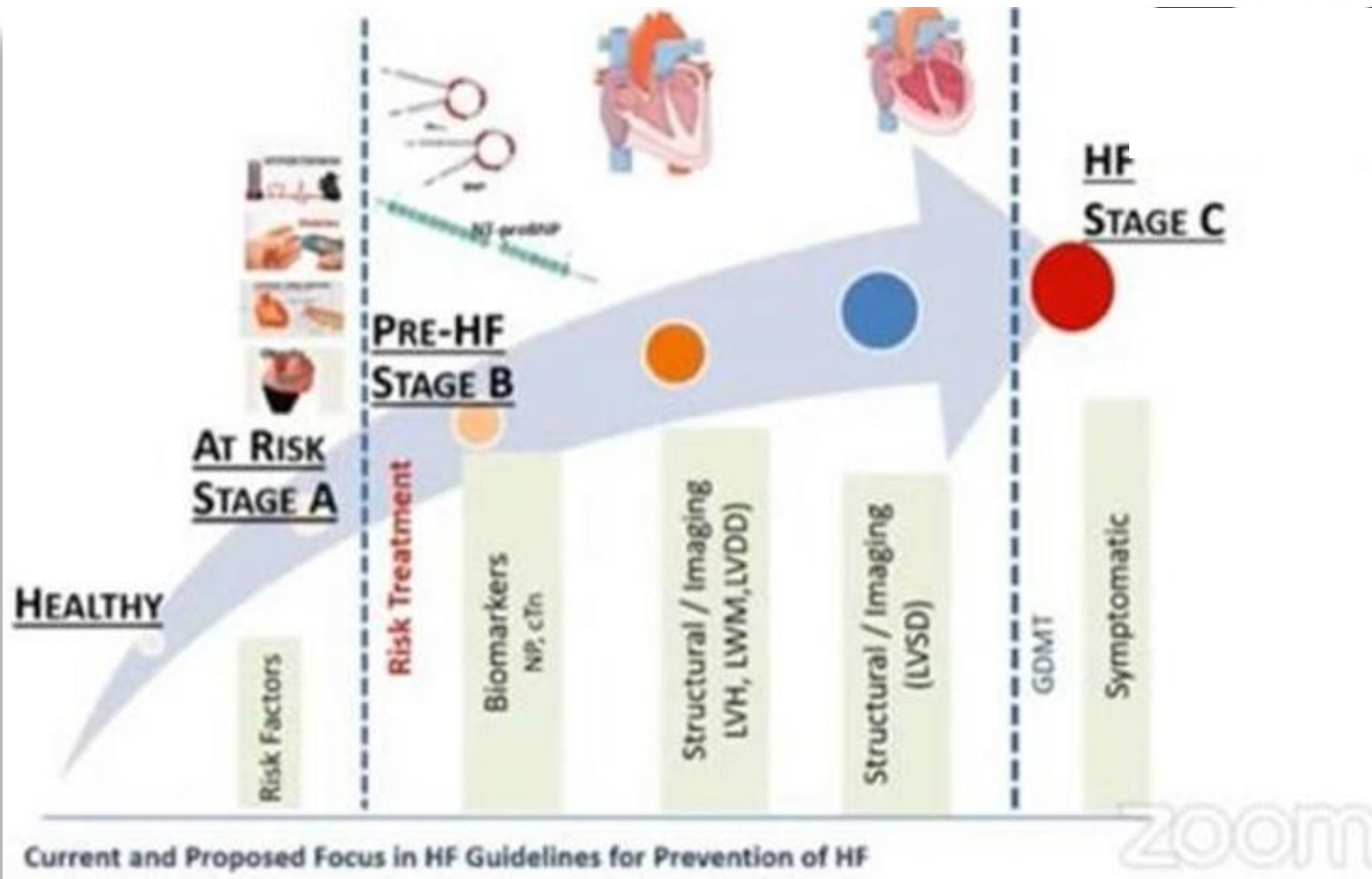
6.1.4 Imunização

A vacinação anual contra influenza é recomendada aos pacientes com diagnóstico de IC devido ao seu impacto positivo sobre a taxa de internações por pneumonia. Embora não existam evidências consistentes que demonstrem os benefícios da vacinação para pneumococos e COVID-19 sobre os indicadores de morbimortalidade na IC, estas imunizações também são indicadas³⁰.

Quadro 6 - Níveis de atenção à saúde para pacientes com IC e referenciamento para serviço especializado⁴².

Níveis de atenção	Características clínicas
Atenção Primária à Saúde (APS)	• Suspeita clínica de IC; ou • Classe funcional I e II; ou • Pacientes com diagnóstico recente, em otimização do tratamento.
Serviço especializado*	• Classe funcional NYHA II com critérios para início de sacubitril valsartana sódica hidratada; ou • Classe funcional NYHA III e IV em pacientes já com tratamento clínico otimizado em uso de doses maximamente toleradas de IECA/ARA II, betabloqueador e espironolactona; ou • Episódio de internação hospitalar devido à IC descompensada no último ano; ou • Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiografia ou peptídeo natriurético cerebral; ou • Disfunção ventricular grave, sintomáticos com terapia otimizada, candidatos a dispositivos ou transplante cardíaco; ou • Pacientes com IC que apresentam fibrilação atrial; ou • Pacientes com diagnóstico ou suspeita de IC com fração de ejeção preservada.
Serviço de emergência	• Pacientes com IC com sinais de hipoperfusão, síncope ou com piora recente de sintomas e sinais de congestão, ou • Suspeita de IC aguda.

ARA II: antagonista de receptor de angiotensina II; IC: insuficiência cardíaca; IECA: inibidores de enzima conversora de angiotensina; NYHA: *New York Heart Association*; * Nestes casos, a APS é corresponsável pelo atendimento dos pacientes e pela atenção a demais problemas de saúde.



Retirado do Evento - Universal Definition of Heart Failure - Prof Biykem Bozkurt - Baylor College of Medicine

Classificação



VOLUME 23 NUMBER 9 SEPTEMBER 2017 ISSN 1071-9164

JOURNAL OF CARDIAC FAILURE

IN THIS ISSUE

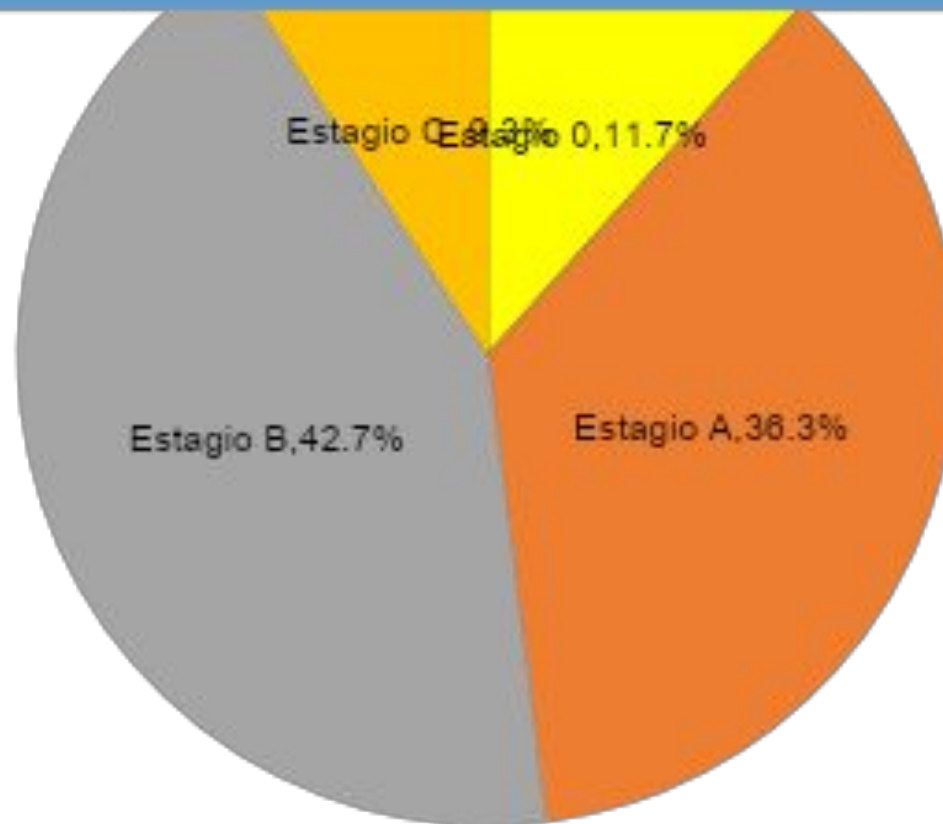
12-Month Outcomes in
SYMPHONY HF
Risk Prediction Models for
Incident Heart Failure
Influence of Thoracic Fluid
Compartments on Pulmonary
Congestion in CHF
Debate: Run-In Periods HF
Clinical Trials

Official Journal of the Heart Failure Society of America
and the Japanese Heart Failure Society

www.onlinejcf.com



79% em alto risco (estágio A e B) para
desenvolver Insuficiência cardíaca!

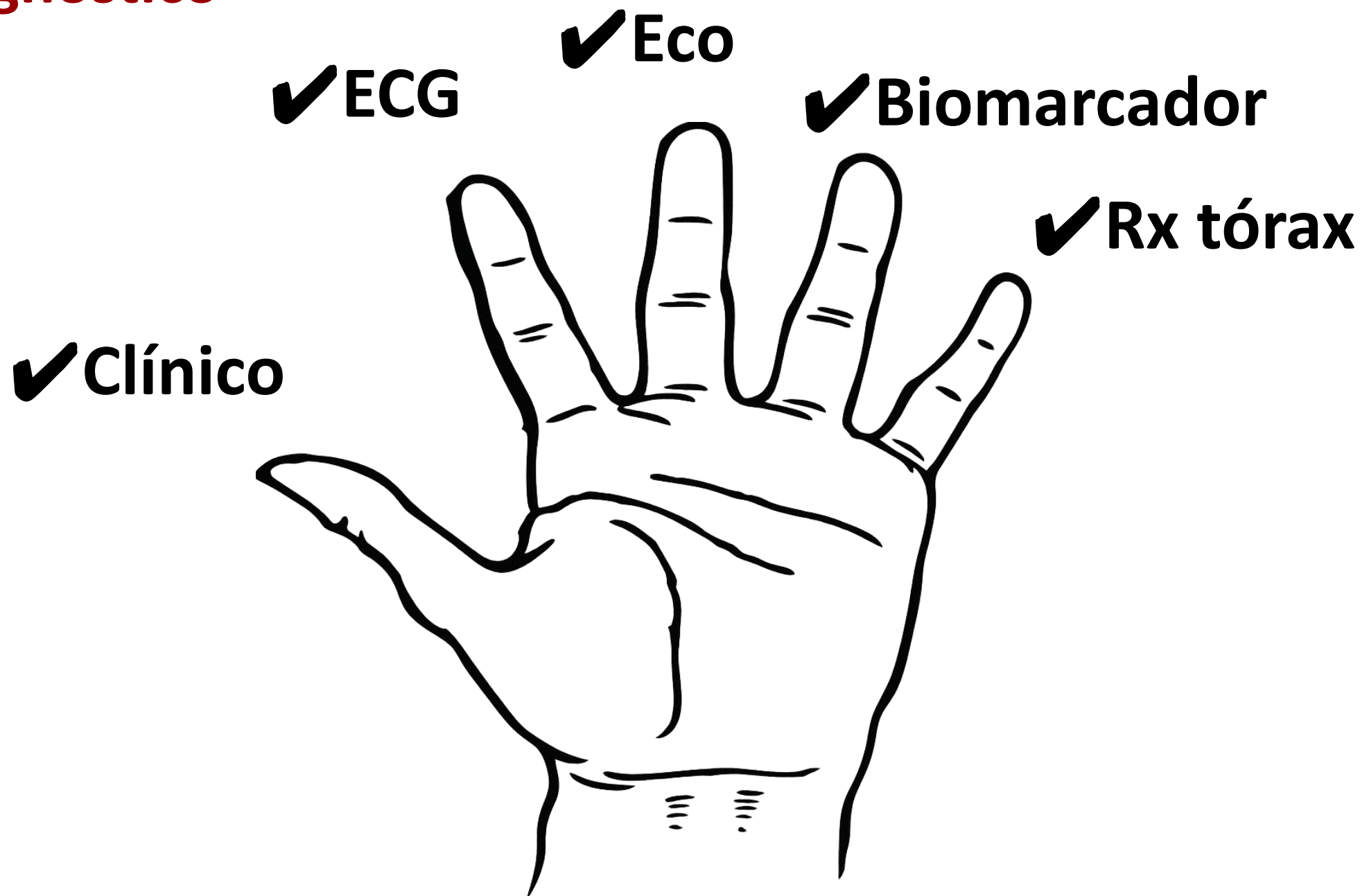


N = 633

- Estágio 0 – saudáveis
- Estágio A - com FR
- Estágio B - anormalidades estruturais
- Estágio C - sintomática



Diagnóstico



Fisiopatologia

Alterações estruturais



Hipertrofia do ventrículo esquerdo

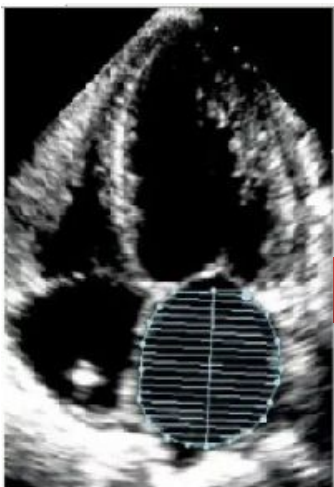


$MVE-I \geq 95 \text{ g/m}^2$



$MVE-I \geq 115 \text{ g/m}^2$

$GLS < 16\%$



$ERP > 0,42$

PPVE/DDVE marcador de RC do VE

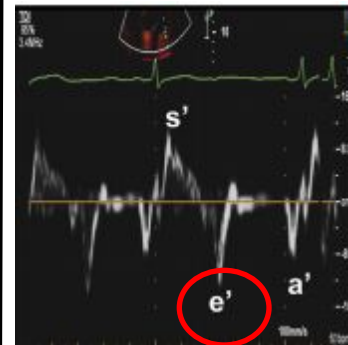
Aumento do volume do átrio esquerdo

$VAE-I > 34 \text{ mL/m}^2$

Indica também a pressão acumulada VE - crônico

Hemoglobina glicada do coração!

Alterações funcionais



DISFUNÇÃO DIASTÓLICA

Relaxamento ventricular (e')

Medial - $< 8 \text{ cm/seg}$

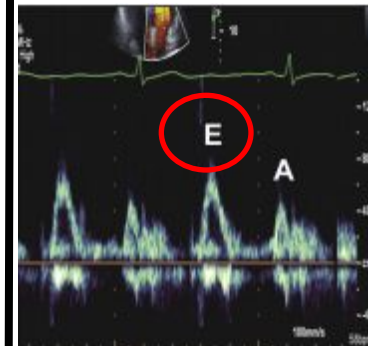
Lateral - $< 10 \text{ cm/seg}$

Valor médio $< 9 \text{ cm/seg}$

IDADE!

Pressões de enchimento do VE
Agudo

$E/e' > 14$



Aumento das pressões do AE – VRT

$VRT > 2,8 \text{ m/s}$

$PMAP > 25 \text{ mmHg}$

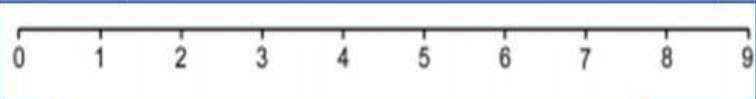
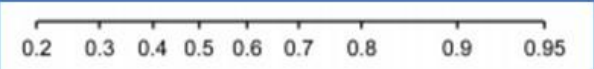
Diagnóstico da ICFEp - Escore

A

IMC – 31 kg/m²
H – SIM
FA – não
PSAP – 36 mmHg
Idade 72
E/e' 15

- ❖ Afastar (0 a 1 <20%)
- ❖ Suspeito (2 e 3 >30 e < 70%)
- ❖ Confirmar - probabilidade alta (4 a 9 >=70%)

H2FPEF Score – Prático e clínico sem PN

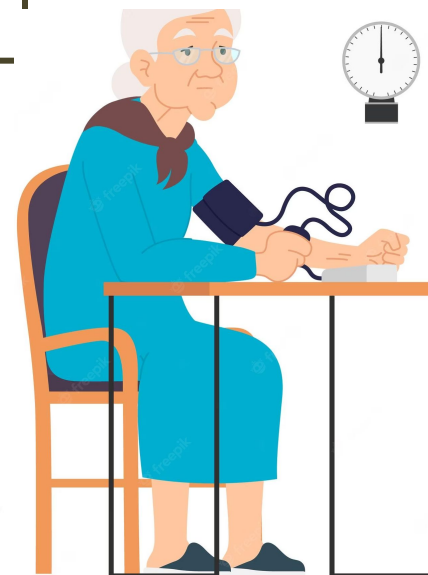
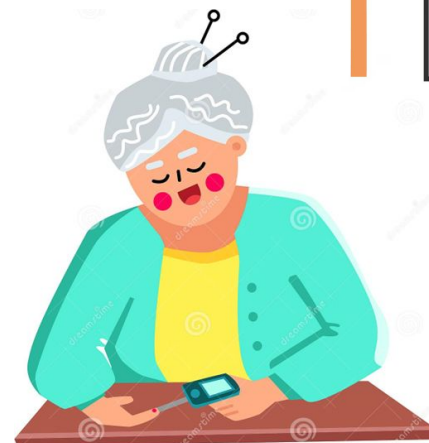
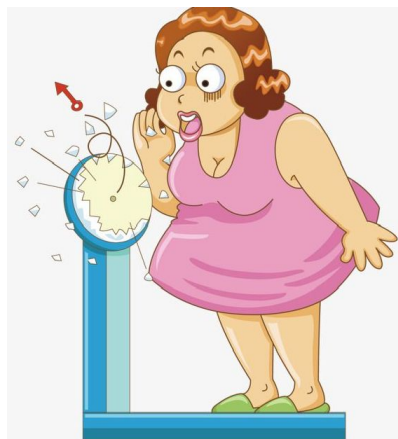
	Variável clínica	Valores	Pontos
H2	Peso	IMC >30 kg/m ²	2
	Hipertensão	2 ou + anti-hipertensivos	1
F	Fibrilação atrial	Paroxística ou persistente	3
P	Hipertensão pulmonar	PSAP >35 mmHg (Ecocardiograma)	1
E	Idade	Idade >60 anos	1
F	Pressão de enchimento	E/e' > 9 (ecocardiograma)	1
Total de pontos			
Probabilidade de ICFeP			

6 pontos
Probabilidade alta de ser ICFEp

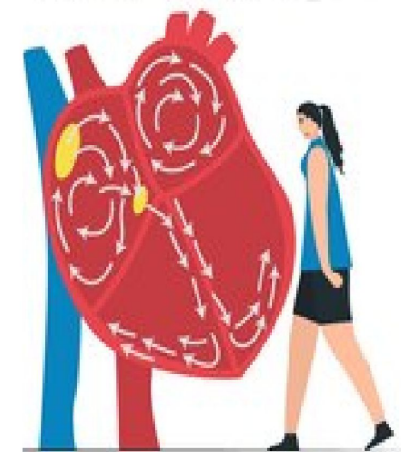
ICFEp - Etiologia

ICFEp PRIMÁRIA

SINAIS E SINTOMAS DE IC +
Perfil epidemiológico



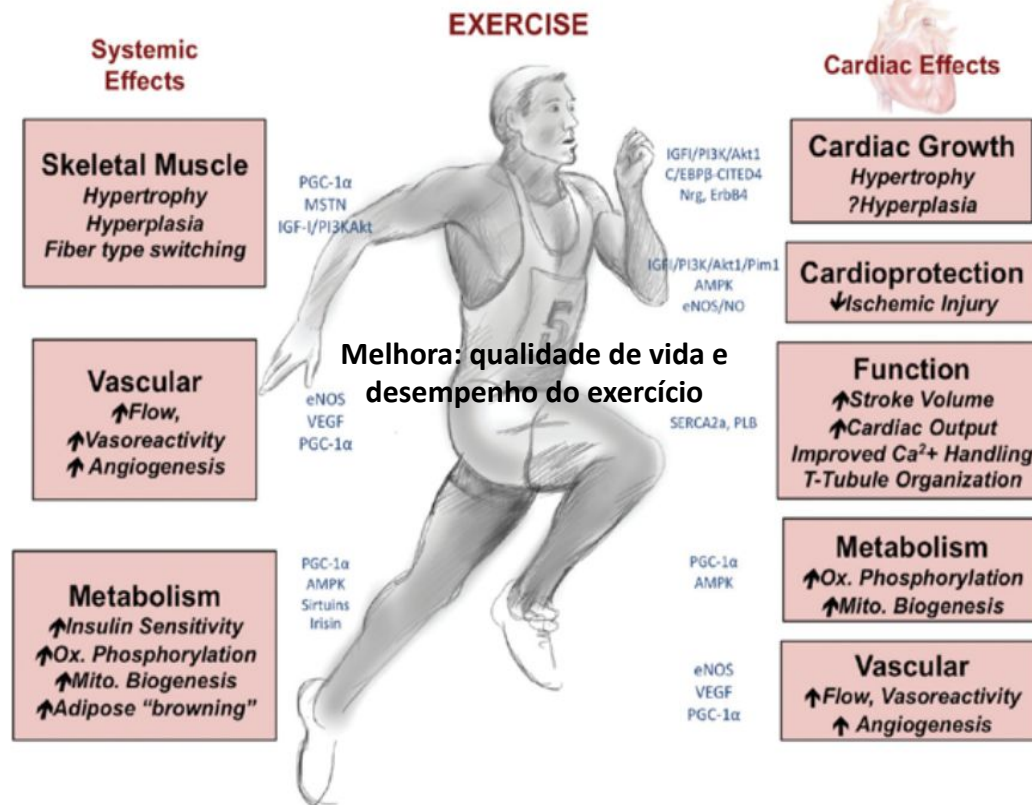
Atrial Fibrillation



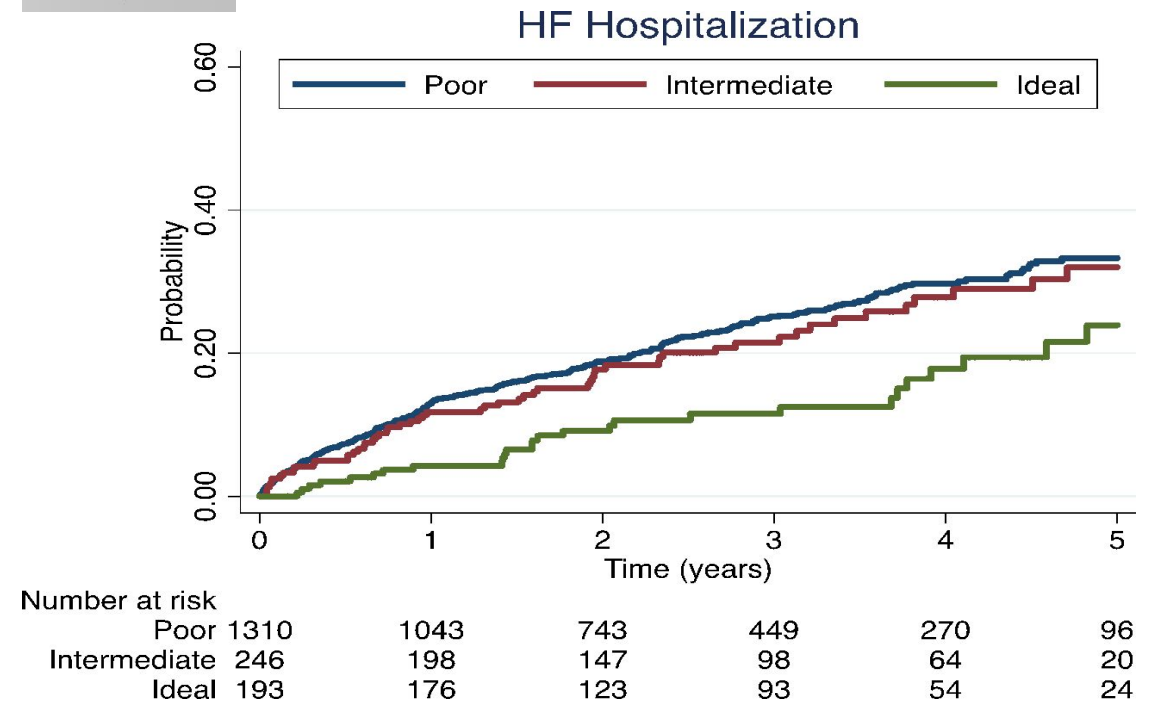
Treinamento Físico



Efeitos sistêmicos e cardíacos específicos do exercício



A atividade física fraca e intermediária definida pela AHA está associada ao maior risco de hospitalizações por IC no TOPCAT



PARA PACIENTES COM ICFEP QUE SÃO CAPAZES DE REALIZAR ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA, PODEMOS RECOMENDAR O ENCAMINHAMENTO PARA UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDÍACA