Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32038

ABLAÇÃO POR CATETER *VERSUS* TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NA FIBRILAÇÃO ATRIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CATHETER ABLATION VERSUS PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN ATRIAL FIBRILLATION: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABLACIÓN POR CATÉTER VERSUS TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA FIBRILACIÓN ATRIAL: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Kemelly Pires Proença[1]
Juliana Coelho do Valle[2]
Letícia Guerra Ferreira Carneiro[3]
Maria Eduarda Aragão Sarmento de Paula[4]
Raíssa Diamantino Rodrigues Teixeira[5]
Maria Aparecida de Almeida Souza Rodrigues[6]
Ramon Fraga de Souza Lima[7]

RESUMO: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais comum e associa-se a maior risco de acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC) e mortalidade. Este estudo teve como objetivo analisar a eficácia e a segurança da ablação por cateter em comparação ao tratamento farmacológico em adultos com FA. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores Fibrilação Atrial, Ablação por Cateter e Antiarrítmicos. Dos 54 estudos triados, 25 foram incluídos: oito ensaios clínicos randomizados, dez análises secundárias do ensaio CABANA e sete metanálises ou revisões sistemáticas. A ablação mostrou-se superior aos antiarrítmicos na manutenção do ritmo sinusal, inclusive como primeira linha, e associou-se a menos hospitalizações e a melhor qualidade de vida. A redução de mortalidade e de AVC foi observada em metanálises, sobretudo em pacientes com IC, mas não no desfecho primário do CABANA. O benefício foi maior em pacientes mais jovens, com IC de fração de ejeção preservada ou com maior carga de comorbidades. Conclui-se que a ablação é a estratégia mais eficaz para o controle do ritmo na FA, devendo sua indicação ser individualizada.

Palavras-chave: Fibrilação atrial. Ablação por cateter. Antiarrítmicos.

[1] Graduanda em Medicina (8º período). Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
[2] Graduanda em Medicina (3º período). Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
[3] Graduanda em Medicina (6º período). Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
[4] Graduanda em Medicina (6º período). Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
[5] Graduanda em Medicina (6º período). Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
[6] Orientadora. Mestre. Docente do curso de Medicina. Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
[7] Coorientador. Mestre. Docente do curso de Medicina. Universidade de Vassouras (Univassouras), Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

ABSTRACT: Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained arrhythmia and is associated with an increased risk of stroke, heart failure (HF), and mortality. This study aimed to analyze the efficacy and safety of catheter ablation compared with pharmacological treatment in adults with AF. This is an integrative review conducted in the PubMed and Virtual Health Library databases, using the descriptors Atrial Fibrillation, Catheter Ablation, and Anti-Arrhythmia Agents. Of the 54 studies screened, 25 were included: eight randomized clinical trials, ten secondary analyses of the CABANA trial, and seven meta-analyses or systematic reviews. Ablation was superior to antiarrhythmic drugs in maintaining sinus rhythm, including as first-line therapy, and was associated with fewer hospitalizations and better quality of life. A reduction in mortality and stroke was observed in meta-analyses, especially in patients with HF, but not in the primary endpoint of CABANA. The benefit was greater in younger patients, in those with HF with preserved ejection fraction, or with a higher comorbidity burden. Catheter ablation is the most effective strategy for rhythm control in AF, and its indication should be individualized.

Keywords: Atrial fibrillation. Catheter ablation. Anti-arrhythmia agents.

RESUMEN: La fibrilación atrial (FA) es la arritmia sostenida más común y se asocia con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca (IC) y mortalidad. Este estudio tuvo como objetivo analizar la eficacia y la seguridad de la ablación por catéter en comparación con el tratamiento farmacológico en adultos con FA. Se trata de una revisión integrativa realizada en las bases PubMed y Biblioteca Virtual en Salud, con los descriptores Fibrilación Atrial, Ablación por Catéter y Antiarrítmicos. De los 54 estudios evaluados, se incluyeron 25: ocho ensayos clínicos aleatorizados, diez análisis secundarios del ensayo CABANA y siete metaanálisis o revisiones sistemáticas. La ablación fue superior a los antiarrítmicos en el mantenimiento del ritmo sinusal, incluso como primera línea, y se asoció con menos hospitalizaciones y mejor calidad de vida. La reducción de la mortalidad y del ACV se observó en metaanálisis, sobre todo en pacientes con IC, pero no en el desenlace primario del CABANA. El beneficio fue mayor en pacientes más jóvenes, con IC con fracción de eyección preservada o con mayor carga de comorbilidades. Se concluye que la ablación es la estrategia más eficaz para el control del ritmo en la FA, y su indicación debe individualizarse.

Palabras clave: Fibrilación atrial. Ablación por catéter. Antiarrítmicos.

1 INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum na prática clínica, e sua prevalência tem aumentado progressivamente, configurando um importante problema de saúde pública (VAN GELDER IC, et al., 2024). A arritmia associa-se a maior risco de acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC), hospitalizações e mortalidade, além de sintomas como palpitações e fadiga, que frequentemente limitam as atividades diárias e comprometem a qualidade de vida dos pacientes.

O manejo da FA envolve a prevenção de eventos tromboembólicos e o controle dos sintomas, seja pelo controle da frequência cardíaca, seja pelo controle do ritmo. Por décadas, o controle do ritmo dependeu quase exclusivamente dos antiarrítmicos, fármacos de eficácia limitada e que muitos pacientes acabam suspendendo por causa dos efeitos adversos. Nesse contexto, cresceu o interesse por formas mais eficazes de manter o ritmo sinusal, e a ablação

por cateter, baseada no isolamento elétrico das veias pulmonares, passou a ocupar o centro dessa discussão.

Com o acúmulo de evidências, as diretrizes passaram a recomendar a ablação de forma mais precoce. A diretriz europeia de 2024 recomenda a ablação como primeira linha na FA paroxística e como segunda linha na FA persistente após falha dos antiarrítmicos (VAN GELDER IC, et al., 2024). Entretanto, o CABANA, maior ensaio randomizado a comparar as duas estratégias, não demonstrou redução significativa do desfecho composto de morte, AVC incapacitante, sangramento grave ou parada cardíaca na análise por intenção de tratar (PACKER DL, et al., 2019). Ou seja, embora a ablação controle melhor o ritmo, ainda se discute se ela muda o prognóstico e quais pacientes de fato ganham com o procedimento.

Como muitos estudos sobre o tema foram publicados nos últimos anos, reuni-los ajuda a responder a essas perguntas. Assim, este estudo tem como objetivo analisar, por meio de revisão integrativa, a eficácia e a segurança da ablação por cateter em comparação ao tratamento farmacológico em adultos com fibrilação atrial.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir e sintetizar resultados de estudos com diferentes delineamentos sobre um mesmo tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento e para a prática baseada em evidências (MENDES KDS, et al., 2008). O estudo seguiu seis etapas: (1) identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da síntese do conhecimento.

A pergunta norteadora foi elaborada com base na estratégia PICO (SANTOS CMC, et al., 2007), em que P (população) corresponde a pacientes adultos com fibrilação atrial; I (intervenção), à ablação por cateter; C (comparação), ao tratamento farmacológico com fármacos antiarrítmicos; e O (desfecho), à recorrência de arritmia, hospitalizações, mortalidade, qualidade de vida e eventos adversos. Assim, definiu-se a seguinte questão: "Em pacientes adultos com fibrilação atrial, a ablação por cateter apresenta melhores desfechos clínicos quando comparada ao tratamento farmacológico?".

A busca foi realizada em outubro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores foram selecionados nos Descritores em Ciências da

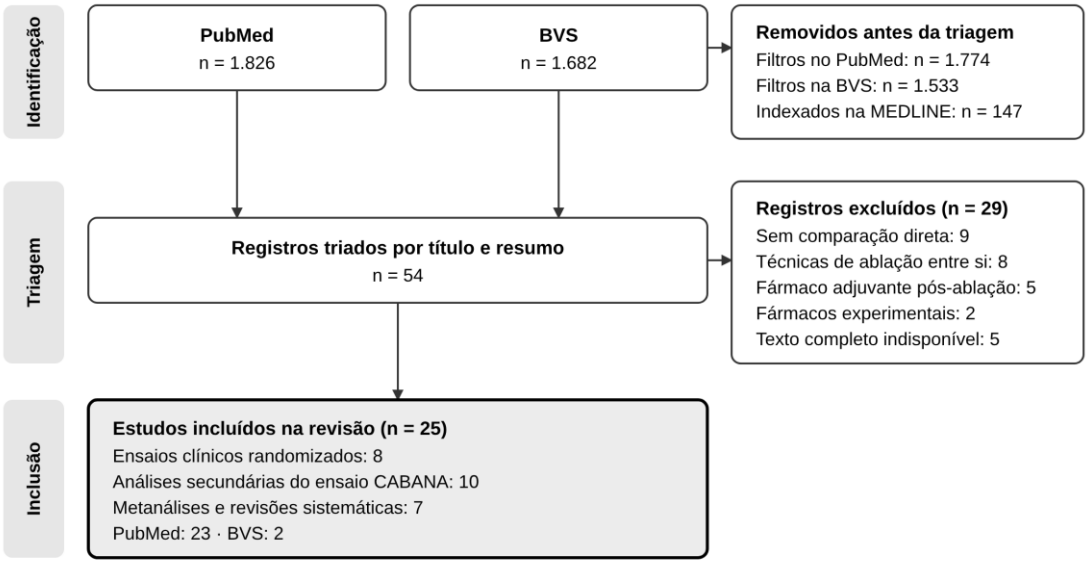
Saúde (DeCS) e em seus correspondentes no *Medical Subject Headings* (MeSH): Fibrilação Atrial (*Atrial Fibrillation*), Ablação por Cateter (*Catheter Ablation*) e Antiarrítmicos (*Anti-Arrhythmia Agents*). No PubMed, em 26 de outubro de 2026, utilizou-se a estratégia *"Atrial Fibrillation" AND "Catheter Ablation" AND "Anti-Arrhythmia Agents"*, que resultou em 1.826 publicações. Após a aplicação sequencial dos filtros, obtiveram-se 378 publicações dos últimos cinco anos; 372 com texto completo disponível; 96 ensaios clínicos randomizados, metanálises e revisões sistemáticas; 96 nos idiomas inglês, português e espanhol; 95 em humanos; e 52 em adultos (19 anos ou mais).

Na BVS, em 26 de outubro de 2026, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português, inglês e espanhol, na estratégia *("Fibrilação Atrial" OR "Atrial Fibrillation" OR "Fibrilación Atrial") AND ("Ablação por Cateter" OR "Catheter Ablation" OR "Ablación por Catéter") AND ("Antiarrítmicos" OR "Anti-Arrhythmia Agents")*, que resultou em 1.682 publicações. Após a aplicação sequencial dos filtros, obtiveram-se 402 publicações dos últimos cinco anos; 402 com texto completo disponível; 156 ensaios clínicos, metanálises e revisões sistemáticas; 153 nos idiomas inglês, português e espanhol; 149 em humanos; e 149 em adultos. Destas, 147 eram indexadas na MEDLINE e foram desconsideradas para evitar duplicidade com o PubMed, restando 2 artigos, provenientes das bases LILACS e WPRIM. Dessa forma, 54 estudos foram submetidos à triagem.

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, suas análises secundárias, revisões sistemáticas e metanálises publicados nos últimos cinco anos, com texto completo disponível, que comparassem a ablação por cateter ao tratamento farmacológico em adultos com fibrilação atrial. Foram excluídos os estudos que não comparassem diretamente a ablação ao tratamento farmacológico, os que comparassem técnicas de ablação entre si, os que avaliassem fármacos apenas como adjuvantes após a ablação, os que testassem fármacos experimentais sem comparação com a ablação e aqueles cujo texto completo não estava disponível gratuitamente.

A seleção ocorreu em duas fases: leitura de títulos e resumos e, em seguida, leitura na íntegra dos estudos potencialmente elegíveis. O processo de seleção está representado no fluxograma adaptado do modelo PRISMA (PAGE MJ, et al., 2021) (Figura 1). Dos estudos incluídos, foram extraídos autor, ano, país, tipo de estudo, população, intervenção, comparador e principais desfechos, organizados em quadros-síntese. Por se tratar de revisão de literatura com dados de domínio público, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, adaptado do modelo PRISMA



Fonte: PROENÇA KP, et al., 2026; adaptado de Page MJ, et al., 2021.

Dos 25 estudos incluídos, 8 são ensaios clínicos randomizados, 10 são análises secundárias do ensaio CABANA (*Catheter Ablation versus Antiarrhythmic Drug Therapy for Atrial Fibrillation*) e 7 são metanálises ou revisões sistemáticas.

3 RESULTADOS

A busca identificou 3.508 registros (1.826 no PubMed e 1.682 na BVS). Após a aplicação dos filtros e a remoção dos registros indexados na MEDLINE pela BVS, 54 estudos foram triados por título e resumo, dos quais 29 foram excluídos e 25 foram incluídos na revisão (Figura 1). As características e os principais resultados dos ensaios clínicos randomizados e das metanálises e revisões sistemáticas incluídos estão sintetizados nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1 – Síntese dos ensaios clínicos randomizados incluídos (n = 8)

Autor/ano	Estudo e população	Comparação	Principais resultados
Pavlovic N, et al., 2021	Cryo-FIRST; FA paroxística sintomática, sem tratamento prévio de ritmo, 18 a 75 anos	Crioablação × antiarrítmico classe IC ou III, como primeira linha	Maior melhora da qualidade de vida (AFEQT) e da classe EHRA em 12 meses; menos dias com palpitações (4,6 × 15,2 dias/ano)
Wazni O, et al., 2022	STOP AF First; FA paroxística sintomática, virgem de antiarrítmico	Crioablação × antiarrítmico classe I ou III, como primeira linha	Maior melhora da qualidade de vida específica (AFEQT) e geral (EQ-5D) em 12 meses
Zakeri R, et al., 2023	Seguimento de longo prazo dos ensaios ARC-HF e CAMTAF; FA persistente com IC de fração de ejeção reduzida	Ablação precoce × controle farmacológico da frequência	Sem redução significativa da mortalidade a longo prazo (HR 0,81; IC95% 0,39–1,67); 59% do grupo clínico fez ablação posteriormente

Autor/ano	Estudo e população	Comparação	Principais resultados
Al-Kaisey AM, et al., 2023	REMEDIAL; 100 pacientes com FA sintomática, Austrália	Ablação por radiofrequência × terapia medicamentosa	Menor sofrimento psicológico em 12 meses (HADS 7,6 × 11,8); sofrimento grave em 10,2% × 31,9%; carga de FA mediana 0% × 15,5%
Martins LCB, et al., 2024	60 idosos (≥ 65 anos) com FA paroxística refratária a ao menos um antiarrítmico, sem cardiopatia estrutural, Brasil	Ablação com PVAC Gold × antiarrítmico	Livres de recorrência em ~2 anos: 80% × 65% (p = 0,119, sem diferença); livres de FA persistente: 83,4% × 67,7% (p = 0,073); qualidade de vida melhorou nos dois grupos, sem diferença; uso de antiarrítmico em 12 meses: 20% × 80% (p < 0,001); embolia cerebral assintomática na RM em 26,6% do grupo ablação
Svedung Wettervik V, et al., 2025	CAPTAF, seguimento de 48 meses; 75 pacientes na ablação e 74 no antiarrítmico	Ablação × antiarrítmico	Qualidade de vida melhorou nos dois grupos, sem diferença; menor carga de FA com ablação (0,3% × 1,6%) e maior tempo até o primeiro episódio (257 × 180 dias)
Osmancik P, et al., 2025	PRAGUE-25; 212 pacientes com FA e obesidade (IMC 30–40), República Tcheca	Ablação × mudança do estilo de vida + antiarrítmico	Livres de FA em 12 meses: 73,0% × 34,6% (superioridade, p < 0,001); maior perda de peso no grupo clínico (−6,4 × −0,35 kg)
Wazni OM, et al., 2026	AVANT GUARD; 310 pacientes com FA persistente sem tratamento prévio, randomização 2:1	Ablação por campo pulsado × antiarrítmico classe I ou III, como primeira linha	Menor recorrência de arritmia com ablação; carga de taquiarritmia > 0,1% em 35% × 53%

Fonte: PROENÇA KP, et al., 2026; dados extraídos dos estudos incluídos.

Quadro 2 – Síntese das metanálises e revisões sistemáticas incluídas (n = 7)

Autor/ano	Desenho e população	Comparação	Principais resultados
Ravi V, et al., 2022	Metanálise de 24 ensaios randomizados; 5.730 adultos com FA	Ablação × terapia medicamentosa	Menor mortalidade por todas as causas (RR 0,70; IC95% 0,55–0,89), menos hospitalizações (RR 0,50) e maior liberdade de arritmia atrial (RR 2,23); redução de mortalidade mais evidente com FEVE reduzida e na comparação com antiarrítmicos
Romero J, et al., 2022	Metanálise de 8 ensaios randomizados; 2.121 pacientes com FA e IC	Ablação × tratamento clínico	Mortalidade 8,8% × 13,5% (RR 0,65; IC95% 0,51–0,83); recorrência de arritmia 39,9% × 69,6% (RR 0,55); melhora da FEVE
Song J, et al., 2022	Metanálise de 17 ensaios randomizados com análise sequencial; 5.258 pacientes	Ablação × tratamento farmacológico	Menos AVC/AIT (RR 0,61; IC95% 0,39–0,97) e óbitos (RR 0,70; IC95% 0,55–0,89); aumento da FEVE (+5,39 pontos percentuais) e maior manutenção do ritmo sinusal (RR 3,55); certeza moderada para AVC/AIT
García K e Isa R, 2022	Revisão de 6 ensaios; 1.212 pacientes sem tratamento prévio	Ablação × antiarrítmico, como primeira linha	Recorrência 32,3% × 53% (RR 0,62); hospitalização 5,6% × 18,7% (RR 0,32); sem diferença em eventos adversos maiores (4,2% × 2,8%)
Fong KY, et al., 2023	Metanálise em rede de 24 estudos; 5.132 pacientes com FA paroxística	Seis técnicas de ablação × antiarrítmico	Menor recorrência com radiofrequência (HR 0,34) e crioablação (HR 0,35) em relação ao antiarrítmico; autores sugerem ablação como primeira linha em pacientes aptos ao procedimento
Chander S, et al., 2024	Metanálise de ensaios randomizados; FA paroxística ou persistente	Ablação × antiarrítmico	Menor recorrência (RR 0,44; IC95% 0,33–0,59) e menos hospitalizações (RR 0,44); ganho na qualidade de vida física sem significância estatística; mais eventos adversos com ablação
Deng C, et al., 2026	Metanálise em rede de 23 ensaios randomizados; 5.159 pacientes com FA e IC	Ablação × ablação do nó AV com TRC ou marca-passo × controle	Ablação reduziu a mortalidade em relação ao cuidado convencional (OR 0,53; IC95% 0,35–0,82) e melhorou a qualidade de vida (DMP

Autor/ano	Desenho e população	Comparação	Principais resultados
		farmacológico da frequência ou do ritmo × cuidado convencional	−0,73) e a FEVE (DMP 1,49) em relação ao controle farmacológico da frequência; sem diferença em mortalidade cardiovascular

Fonte: PROENÇA KP, et al., 2026; dados extraídos dos estudos incluídos.

O ensaio CABANA randomizou 2.204 pacientes com FA para ablação por cateter ou tratamento farmacológico (controle do ritmo e/ou da frequência) e, na análise por intenção de tratar, não reduziu significativamente o desfecho primário composto de morte, AVC incapacitante, sangramento grave ou parada cardíaca. As 10 análises secundárias incluídas investigam em quais perfis de pacientes a ablação traz maior benefício (Quadro 3).

Quadro 3 – Síntese das análises secundárias do ensaio CABANA incluídas (n = 10)

Autor/ano	Foco da análise e população	Principais resultados (ablação × tratamento farmacológico)
Bahnson TD, et al., 2022	Idade; 2.204 pacientes (< 65 anos: 766; 65–74: 1.130; ≥ 75: 308)	Desfecho primário: aHR 0,57 (< 65 anos), 0,79 (65–74) e 1,39 (≥ 75, efeito indeterminado); eventos em 4 anos de 3,2% × 7,8%, 7,8% × 9,6% e 14,8% × 9,0%; maior benefício nos mais jovens
Chew DS, et al., 2022	Custo-efetividade (análise pré-especificada), perspectiva do sistema de saúde dos EUA	US$ 57.893 por QALY ganho, com 75% de probabilidade de ficar abaixo de US$ 100.000/QALY; sem ajuste pela qualidade de vida, US$ 183.318 por ano de vida; na IC, US$ 54.135/QALY
Wang Z, et al., 2025b	FA não precoce (≥ 1 ano do diagnóstico); 2.178 pacientes	Desfecho primário semelhante na FA não precoce (aHR 0,83; IC95% 0,53–1,30) e precoce (aHR 0,78); sem IC prévia, menor morte ou hospitalização cardiovascular com ablação na FA não precoce (aHR 0,78; IC95% 0,65–0,93)
Martens P, et al., 2025	Alta probabilidade de ICFEp (escore H2FPEF ≥ 6); 1.763 pacientes	Maior benefício da ablação em desfecho clínico, recorrência de FA (p de interação = 0,035) e classe funcional nos pacientes com ICFEp
Dhont S, et al., 2025	Insuficiência mitral (IM) basal; 1.423 pacientes com ecocardiograma	Menor recorrência com ablação (OR 0,56; IC95% 0,50–0,62); maior ganho funcional nos pacientes com IM; maior redução da gravidade da IM com ablação (p de interação = 0,040)
Wang Z, et al., 2025a	Número de fatores de risco não modificáveis para recorrência (idade, sexo feminino, duração e tipo de FA); 2.185 pacientes	Com < 3 fatores, menor desfecho primário (aHR 0,59; IC95% 0,41–0,86); com ≥ 3, sem benefício (aHR 1,55); recorrência reduzida em ambos os grupos; sem redução da mortalidade total
Chen Y, et al., 2025	Carga de comorbidades (15 condições); seguimento mediano de 3,9 anos	Alta carga: menor desfecho primário com ablação (aHR 0,62; IC95% 0,42–0,93); baixa carga: sem benefício (aHR 1,16); recorrência reduzida em 49% e 40%; melhora da qualidade de vida em ambos
Dai W, et al., 2025	Cardioversão farmacológica ou elétrica prévia; 2.202 pacientes (1.035 com cardioversão prévia)	Desfecho primário sem diferença entre os grupos (HR 1,00 × 0,68; p de interação = 0,221); maior redução de morte ou hospitalização cardiovascular com cardioversão prévia (HR 0,72; IC95% 0,61–0,85 × 0,93; p de interação = 0,032); recorrência reduzida em ambos (HR 0,53 e 0,42) e melhora da qualidade de vida em 60 meses
Reddy YNV, et al., 2026	ICFEp possivelmente não diagnosticada (cerca de 70% dos pacientes sem IC conhecida)	Maior melhora de sintomas e qualidade de vida com ablação na ICFEp provável, sem redução das hospitalizações por IC
Wang L, et al., 2026	Fragilidade	Sem diferença nos desfechos clínicos entre os estratos de fragilidade; maior ganho de qualidade de vida com ablação nos pacientes frágeis

Fonte: PROENÇA KP, et al., 2026; dados extraídos dos estudos incluídos.

4 DISCUSSÃO

O achado mais consistente desta revisão é que a ablação por cateter mantém o ritmo sinusal melhor do que o tratamento farmacológico, tanto em pacientes que já não respondiam aos antiarrítmicos quanto naqueles em que ela foi a primeira opção de tratamento. Nos ensaios STOP AF First e Cryo-FIRST, a crioablação inicial em pacientes com FA paroxística sem tratamento prévio resultou em maior melhora da qualidade de vida e em menor frequência de sintomas (WAZNI O, et al., 2022; PAVLOVIC N, et al., 2021). Na FA persistente, o ensaio AVANT GUARD demonstrou que a ablação por campo pulsado como estratégia inicial reduziu a recorrência e a carga de taquiarritmia em relação aos antiarrítmicos (WAZNI OM, et al., 2026).

As metanálises reforçam esse achado. Chander S, et al. (2024) observaram redução de 56% no risco de recorrência (RR 0,44) e menos hospitalizações com a ablação, e García K e Isa R (2022), ao reunirem ensaios de primeira linha, encontraram recorrência de 32,3% com ablação contra 53% com antiarrítmicos. Na metanálise em rede de Fong KY, et al. (2023), a radiofrequência e a crioablação reduziram a recorrência em cerca de 65% em comparação com os fármacos na FA paroxística. A vantagem se manteve até em pacientes obesos, nos quais o controle do ritmo costuma ser mais difícil: no PRAGUE-25, 73% dos pacientes submetidos à ablação estavam livres de FA em um ano, contra 34,6% no grupo de mudança do estilo de vida associada a antiarrítmicos (OSMANCIK P, et al., 2025).

Quando se olha para mortalidade e AVC, porém, o cenário é menos claro. No CABANA, maior ensaio a comparar as duas estratégias, a ablação não reduziu significativamente o desfecho primário composto de morte, AVC incapacitante, sangramento grave ou parada cardíaca na análise por intenção de tratar. Parte desse resultado neutro se explica pelo cruzamento entre os grupos, que diluiu a diferença entre as estratégias: 27,5% dos pacientes alocados para tratamento farmacológico foram submetidos à ablação, enquanto 9,2% dos alocados para ablação não realizaram o procedimento (SONG J, et al., 2022).

Por outro lado, metanálises que agregaram diferentes ensaios randomizados encontraram redução de mortalidade. Ravi V, et al. (2022), com 24 ensaios e 5.730 pacientes, observaram redução de 30% na mortalidade por todas as causas (RR 0,70) e de 50% nas hospitalizações, com benefício mais evidente em pacientes com fração de ejeção reduzida. Song J, et al. (2022) descreveram menor incidência de AVC ou ataque isquêmico transitório (RR 0,61)

e de óbito (RR 0,70), mas reconheceram que os resultados foram impulsionados por poucos ensaios e que a certeza para o desfecho de AVC foi apenas moderada.

Essa diferença entre os estudos sugere que o benefício da ablação não é o mesmo para todos e depende do perfil do paciente. O grupo em que as evidências são mais fortes é o de pacientes com insuficiência cardíaca: Romero J, et al. (2022) observaram mortalidade de 8,8% com ablação contra 13,5% com tratamento clínico (RR 0,65) em 2.121 pacientes, e a metanálise em rede de Deng C, et al. (2026) mostrou menor mortalidade com ablação em relação ao cuidado convencional (OR 0,53), além de melhora da FEVE e da qualidade de vida em relação ao controle farmacológico da frequência. Em contrapartida, o seguimento de longo prazo dos ensaios ARC-HF e CAMTAF não demonstrou redução significativa da mortalidade, possivelmente porque 59% dos pacientes do grupo clínico foram submetidos à ablação ao longo do tempo (ZAKERI R, et al., 2023).

As análises secundárias do CABANA ajudam a identificar esses perfis. O benefício foi maior em pacientes mais jovens, com redução de 43% do desfecho primário abaixo de 65 anos e efeito indeterminado acima de 75 anos (BAHNSON TD, et al., 2022). Também foi maior em pacientes com provável ICFEp (MARTENS P, et al., 2025), com alta carga de comorbidades (CHEN Y, et al., 2025), com menos de três fatores de risco não modificáveis para recorrência (WANG Z, et al., 2025a) e com cardioversão prévia (DAI W, et al., 2025). Além disso, a ablação foi associada à redução da gravidade da insuficiência mitral (DHONT S, et al., 2025) e manteve benefício semelhante mesmo quando realizada mais de um ano após o diagnóstico (WANG Z, et al., 2025b). Na prática, esses dados mostram que escolher bem o paciente é o que faz o controle do ritmo se traduzir em ganho prognóstico.

Do ponto de vista de quem convive com a arritmia, a ablação também traz ganhos. No ensaio REMEDIAL, a ablação reduziu o sofrimento psicológico em 12 meses, com escore HADS de 7,6 contra 11,8 no grupo medicamentoso, e diminuiu a proporção de pacientes com sofrimento grave de 31,9% para 10,2% (AL-KAISEY AM, et al., 2023). Nas subanálises do CABANA, a melhora da qualidade de vida foi especialmente relevante em pacientes frágeis (WANG L, et al., 2026) e com ICFEp provável, ainda que, neste último grupo, sem redução das hospitalizações por insuficiência cardíaca (REDDY YNV, et al., 2026). Esse ganho, porém, nem sempre se sustenta no longo prazo: no seguimento de 48 meses do CAPTAF, a qualidade de vida melhorou de forma semelhante nos dois grupos, apesar da menor carga de FA com a ablação (SVEDUNG WETTERVIK V, et al., 2025).

Do ponto de vista econômico, a ablação mostrou-se custo-efetiva no CABANA, com razão de custo-efetividade incremental de US$ 57.893 por ano de vida ajustado pela qualidade, abaixo do limiar de US$ 100.000 adotado nos Estados Unidos. Esse resultado decorre principalmente do ganho em qualidade de vida, e não do aumento da sobrevida, exceto no subgrupo com insuficiência cardíaca (CHEW DS, et al., 2022). A aplicabilidade desses valores ao Sistema Único de Saúde, entretanto, ainda precisa ser avaliada.

Isso não significa que a ablação seja a melhor escolha para todos. No único ensaio brasileiro incluído, realizado com idosos, a ablação com o cateter PVAC Gold não foi superior aos antiarrítmicos na manutenção do ritmo (80% contra 65% livres de recorrência; p = 0,119), e 26,6% dos pacientes submetidos ao procedimento apresentaram embolia cerebral assintomática na ressonância magnética (MARTINS LCB, et al., 2024). Os próprios autores atribuem esse resultado ao tamanho amostral reduzido, ao uso frequente de amiodarona no grupo clínico e ao perfil de segurança do cateter utilizado. Chander S, et al. (2024) também observaram maior frequência de eventos adversos com a ablação, o que reforça a necessidade de avaliar riscos e benefícios individualmente, sobretudo em idosos. Além disso, o PRAGUE-25 mostrou maior perda de peso no grupo de mudança do estilo de vida, indicando que o controle dos fatores de risco permanece complementar à ablação (OSMANCIK P, et al., 2025).

Esta revisão apresenta limitações. A busca restringiu-se a duas bases de dados e a publicações dos últimos cinco anos, e estudos sem texto completo gratuito foram excluídos, o que pode ter limitado a abrangência da amostra. Além disso, parte expressiva dos estudos incluídos corresponde a análises secundárias de um mesmo ensaio, em sua maioria *post hoc*, cujos resultados devem ser interpretados como geradores de hipóteses. Por fim, a heterogeneidade das populações, das técnicas de ablação e dos esquemas farmacológicos dificulta a comparação direta entre os estudos.

5 CONCLUSÃO

A ablação por cateter mostrou-se superior ao tratamento farmacológico na manutenção do ritmo sinusal, na redução das hospitalizações e na melhora da qualidade de vida de pacientes com fibrilação atrial, inclusive como terapia de primeira linha. O impacto sobre a mortalidade e o AVC é mais evidente em pacientes com insuficiência cardíaca e em perfis selecionados, como pacientes mais jovens e com maior carga de comorbidades, enquanto, em idosos acima de 75 anos, o benefício permanece incerto.

Assim, mais do que escolher entre procedimento e remédio, o desafio está em identificar para quem a ablação faz diferença, levando em conta o perfil clínico, a preferência do paciente e os riscos do procedimento. São necessários ensaios randomizados maiores, com populações mais idosas e tecnologias de ablação mais recentes, para definir com maior precisão quais pacientes obtêm benefício prognóstico com a ablação.

REFERÊNCIAS

AL-KAISEY AM, et al. Atrial fibrillation catheter ablation vs medical therapy and psychological distress: a randomized clinical trial. JAMA, 2023; 330(10): 925-933.

BAHNSON TD, et al. Association between age and outcomes of catheter ablation versus medical therapy for atrial fibrillation: results from the CABANA trial. Circulation, 2022; 145(11): 796-804.

CHANDER S, et al. Antiarrhythmic drug therapy and catheter ablation in patients with paroxysmal or persistent atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. BMC Cardiovascular Disorders, 2024; 24(1): 321.

CHEN Y, et al. Association between comorbidity burden and outcomes of catheter ablation vs. medical therapy for atrial fibrillation: insights from the CABANA trial. Europace, 2025; 27(12): euaf292.

CHEW DS, et al. Cost-effectiveness of catheter ablation versus antiarrhythmic drug therapy in atrial fibrillation: the CABANA randomized clinical trial. Circulation, 2022; 146(7): 535-547.

DAI W, et al. Ablation versus drug therapy in atrial fibrillation patients with or without prior pharmacological or direct current cardioversion: results from the CABANA trial. BMC Cardiovascular Disorders, 2025; 25(1): 820.

DENG C, et al. Comparative effectiveness and safety of interventions for atrial fibrillation in heart failure: a network meta-analysis of randomized trials. Cardiovascular Therapeutics, 2026; 2026(1): e6035178.

DHONT S, et al. The interaction between atrial fibrillation and mitral regurgitation: insights from the CABANA randomized clinical trial. European Journal of Heart Failure, 2025; 27(8): 1500-1507.

FONG KY, et al. Ablation therapies for paroxysmal atrial fibrillation: a systematic review and patient-level network meta-analysis. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 2023; 52(1): 27-40.

GARCÍA K, ISA R. Ablación de fibrilación auricular como tratamiento de primera línea: revisión de la literatura. Revista Chilena de Cardiología, 2022; 41(2): 130-139.

MARTENS P, et al. Effects of atrial fibrillation ablation for heart failure with preserved ejection fraction: insights from CABANA. JACC: Heart Failure, 2025; 13(5): 785-794.

MARTINS LCB, et al. Estudo randomizado comparando a ablação por cateter com o PVAC Gold vs. tratamento com fármacos antiarrítmicos em pacientes idosos com fibrilação atrial sintomática. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2024; 121(6): e20230684.

MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, 2008; 17(4): 758-764.

OSMANCIK P, et al. Catheter ablation vs lifestyle modification with antiarrhythmic drugs to treat atrial fibrillation: PRAGUE-25 trial. Journal of the American College of Cardiology, 2025; 86(1): 18-28.

PACKER DL, et al. Effect of catheter ablation vs antiarrhythmic drug therapy on mortality, stroke, bleeding, and cardiac arrest among patients with atrial fibrillation: the CABANA randomized clinical trial. JAMA, 2019; 321(13): 1261-1274.

PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 2021; 372: n71.

PAVLOVIC N, et al. Initial rhythm control with cryoballoon ablation vs drug therapy: impact on quality of life and symptoms. American Heart Journal, 2021; 242: 103-114.

RAVI V, et al. Mortality benefit of catheter ablation versus medical therapy in atrial fibrillation: an RCT only meta-analysis. Journal of Cardiovascular Electrophysiology, 2022; 33(2): 178-193.

REDDY YNV, et al. Burden of potentially undiagnosed heart failure with preserved ejection fraction in atrial fibrillation and effects of catheter ablation: insights from CABANA. Journal of the American Heart Association, 2026; 15(4): e047295.

ROMERO J, et al. Improved survival in patients with atrial fibrillation and heart failure undergoing catheter ablation compared to medical treatment: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Cardiovascular Electrophysiology, 2022; 33(11): 2356-2366.

SANTOS CMC, et al. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2007; 15(3): 508-511.

SONG J, et al. The comparison of catheter ablation on hard outcomes versus medical treatment for atrial fibrillation patients: a meta-analysis of randomized, controlled trials with trial sequential analysis. PLoS One, 2022; 17(1): e0262702.

SVEDUNG WETTERVIK V, et al. Long-term health-related quality of life and rhythm outcomes of catheter ablation versus antiarrhythmic drugs in patients with atrial fibrillation. Heart Rhythm, 2025; 22(4): 944-951.

VAN GELDER IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal, 2024; 45(36): 3314-3414.

WANG L, et al. Effects of ablation versus drug therapy on clinical outcomes and quality of life by frailty status in atrial fibrillation: a post hoc analysis of the CABANA trial. BMC Medicine, 2026; 24(1): 150.

WANG Z, et al. Catheter ablation vs drug therapy in patients with atrial fibrillation and nonmodifiable recurrence risk factors: a secondary analysis of the CABANA randomized clinical trial. JAMA Network Open, 2025a; 8(8): e2528124.

WANG Z, et al. Non-early catheter ablation vs drug therapy in atrial fibrillation: results from the CABANA trial. Heart Rhythm, 2025b; 22(10): 2534-2542.

WAZNI O, et al. Quality of life after the initial treatment of atrial fibrillation with cryoablation versus drug therapy. Heart Rhythm, 2022; 19(2): 197-205.

WAZNI OM, et al. Pulsed field ablation as initial therapy for persistent atrial fibrillation. New England Journal of Medicine, 2026; 394(24): 2407-2418.

ZAKERI R, et al. Long-term outcomes following catheter ablation versus medical therapy in patients with persistent atrial fibrillation and heart failure with reduced ejection fraction. European Journal of Heart Failure, 2023; 25(1): 77-86.