

Original

Percurso terapêutico de pessoas diagnosticadas com insuficiência cardíaca

Therapeutic pathway of people diagnosed with heart failure

Recorrido terapéutico de personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca

Liana Ingrid Cândido Ferreira¹ , Antonia Thamara Ferreira dos Santos¹ , Ana Vívian Pinheiro Rangel¹ , Célda Juliana de Oliveira¹ 

Autor correspondente:

Antonia Thamara
Ferreira dos Santos

E-mail:

thamarasantos18@hotmail.com.br

¹Universidade Regional
do Cariri. Crato, Ceará,
Brasil.



Como citar este artigo:

Ferreira LIC, Santos ATF, Rangel AVP, Oliveira CJ. Percurso terapêutico de pessoas diagnosticadas com insuficiência cardíaca. Rev. enferm. UFPI. 2026 [citado em: dia mês abreviado ano];15:e7213. DOI: 10.26694/reufpi.v15i1.7213

Resumo

Objetivo: Identificar o percurso terapêutico de pessoas com insuficiência cardíaca em uma região de saúde cearense. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado mediante análise retrospectiva de prontuários de pessoas com diagnóstico de insuficiência cardíaca atendidas em hospital de referência no município de Iguatu, Ceará, referentes ao período de 2018 a 2021. Foram analisados 427 prontuários, excluindo-se aqueles indisponíveis ou sem registro do diagnóstico de insuficiência cardíaca. **Resultados:** O percurso terapêutico evidenciou a emergência como principal porta de entrada para o atendimento das pessoas com insuficiência cardíaca (91,1%), enquanto a Unidade Básica de Saúde representou 1,4% dos primeiros atendimentos. Predominaram pessoas do sexo masculino (58,5%), com média de idade de 72 anos (DP = 12,67). Entre os fatores de risco modificáveis, destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica (47,5%) e o diabetes mellitus (21,7%). **Conclusão:** O percurso terapêutico das pessoas com insuficiência cardíaca caracterizou-se pela emergência hospitalar como principal porta de entrada para o atendimento, enquanto a Atenção Primária à Saúde representou o primeiro ponto de atendimento em pequena proporção dos casos. Esses achados podem subsidiar estratégias para o aprimoramento da organização da Rede de Atenção à Saúde e do cuidado às pessoas com insuficiência cardíaca.

Descritores: Insuficiência cardíaca. Acesso aos serviços de saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Serviços de saúde.

O que se sabe?

O percurso terapêutico corresponde à trajetória do usuário nas redes de atenção à saúde e de apoio social em busca de cuidados, evidenciando fatores que influenciam o processo terapêutico.

O que o estudo adiciona?

Identifica o percurso terapêutico de pessoas com insuficiência cardíaca, evidenciando a emergência hospitalar como principal porta de entrada para o atendimento.

Abstract

Objective: To identify the therapeutic pathway of people with heart failure in a health region of the state of Ceará, Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional, descriptive, documentary study with a quantitative approach, conducted through a retrospective analysis of the medical records of people diagnosed with heart failure who

received care at a referral hospital in the municipality of Iguatu, Ceará, Brazil, between 2018 and 2021. A total of 427 medical records were analyzed, excluding those that were unavailable or lacked a recorded diagnosis of heart failure. **Results:** The therapeutic pathway identified the emergency department as the main point of entry for the care of people with heart failure (91.1%), whereas the Basic Health Unit accounted for 1.4% of the initial consultations. Most participants were male (58.5%), with a mean age of 72 years (SD = 12.67). Among the modifiable risk factors, systemic arterial hypertension (47.5%) and diabetes mellitus (21.7%) were the most prevalent. **Conclusion:** The therapeutic pathway of people with heart failure was characterized by the hospital emergency department as the main point of entry for care, whereas Primary Health Care represented the first point of care in only a small proportion of cases. These findings may support strategies to improve the organization of the Health Care Network and the care provided to people with heart failure.

Descriptors: Heart Failure. Health Services Accessibility. Continuity of Patient Care. Health Services.

Resumen

Objetivo: Identificar el recorrido terapéutico de personas con insuficiencia cardíaca en una región de salud del estado de Ceará.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, documental, con enfoque cuantitativo, realizado mediante el análisis retrospectivo de historias clínicas de personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca atendidas en un hospital de referencia del municipio de Iguatu, Ceará, correspondientes al período de 2018 a 2021. Se analizaron 427 historias clínicas, excluyéndose aquellas no disponibles o sin registro del diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Resultados: El recorrido terapéutico evidenció al servicio de urgencias como la principal puerta de entrada para la atención de las personas con insuficiencia cardíaca (91,1%), mientras que la Unidad Básica de Salud representó el 1,4% de las primeras atenciones. Predominaron personas del sexo masculino (58,5%), con una edad media de 72 años (DE = 12,67). Entre los factores de riesgo modificables, destacaron la hipertensión arterial sistémica (47,5%) y la diabetes mellitus (21,7%). **Conclusión:** El recorrido terapéutico de las personas con insuficiencia cardíaca se caracterizó por el servicio de urgencias hospitalarias como la principal puerta de entrada para la atención, mientras que la Atención Primaria de Salud representó el primer punto de atención en una pequeña proporción de los casos. Estos hallazgos pueden respaldar estrategias para mejorar la organización de la Red de Atención de Salud y la atención de las personas con insuficiencia cardíaca.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Continuidad de la Atención al Paciente. Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica observada no Brasil, caracterizada pelo envelhecimento populacional, tem apresentado impactos importantes na saúde das pessoas. O perfil das doenças que acometem a população tem se modificado, mas as doenças crônicas não transmissíveis ainda afetam predominantemente os idosos, o que requer atuação intensificada na Rede de Atenção à Saúde e causa forte repercussão no Sistema Único de Saúde (SUS).^(1,2)

As doenças cardiovasculares (DCV) tornaram-se a principal causa de mortalidade no mundo, ocasionando aumento da morbidade, mortalidade prematura e incapacidades, além de custos relacionados à saúde e diminuição da qualidade de vida. Os fatores de risco para o desenvolvimento de DCV incluem hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, estresse e histórico familiar.^(3,4)

Destaca-se a insuficiência cardíaca (IC), uma doença cardiovascular complexa caracterizada como uma síndrome clínica responsável por expressivos índices de hospitalização e morbidade.⁽⁵⁾ Frequentemente, consiste no estágio final de diversas comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e coronariopatias, podendo manifestar-se de forma aguda ou crônica.^(6,7)

Apesar dos avanços no manejo da IC nas últimas décadas, essa doença ainda permanece com alto índice de casos. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2024 foram autorizadas 205.278 internações no SUS em decorrência desse agravo, sendo registrados, no mesmo período, 24.312 óbitos por insuficiência cardíaca.⁽⁸⁾ Ademais, a pessoa com essa doença sofre grandes alterações em seu estilo de vida, como consequência da incapacidade gerada por sinais e sintomas da doença.

Assim, torna-se oportuno identificar o percurso terapêutico de pessoas com insuficiência cardíaca em busca de cuidados. Nesse contexto, compreender esse percurso é essencial, pois pode evidenciar tanto as escolhas pessoais quanto os fatores estruturais que influenciam o processo terapêutico.

O percurso terapêutico compreende a trajetória das pessoas nos diferentes sistemas de cuidado, considerando a forma como os serviços de saúde organizam e ofertam a assistência, bem como acolhem suas necessidades em saúde. Além disso, constitui um importante indicador da qualidade da assistência, por possibilitar compreender a organização das redes de atenção à saúde e da rede social de apoio na busca pelo cuidado.⁽⁹⁾

O conhecimento sobre o percurso terapêutico das pessoas em busca de atenção à saúde contribui para a compreensão do comportamento relacionado ao cuidado e à utilização dos serviços.⁽¹⁰⁾ Entretanto, ainda são escassos os estudos que descrevem o percurso terapêutico de pessoas com insuficiência cardíaca em regiões descentralizadas de saúde, especialmente no contexto da organização da Rede de Atenção à Saúde, o que limita a compreensão sobre o acesso, a continuidade e a coordenação do cuidado. Diante dessa lacuna, este estudo buscou identificar o percurso terapêutico de pessoas com diagnóstico de insuficiência cardíaca em uma região descentralizada de saúde do Ceará.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, documental com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Iguatu, que se localiza na região centro-sul do estado do Ceará. De acordo com dados do IBGE de 2021, o município possuía em média 103.633 habitantes e contava com uma rede de saúde pública composta por dois hospitais, além de 36 unidades básicas de saúde (UBS), unidade de pronto atendimento (UPA) e clínicas especializadas.⁽¹¹⁾ O relato deste estudo foi elaborado conforme as recomendações da iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

Os dados foram coletados de abril a junho de 2022, por meio da análise retrospectiva de prontuários de pessoas com insuficiência cardíaca referentes ao período de 2018 a 2021, em serviço hospitalar de referência para diagnóstico e acompanhamento da IC, localizado no município de Iguatu. A instituição em questão oferece serviços de saúde no nível de atenção secundária, por meio do SUS, sendo referência para a população de 10 municípios do Ceará (Acopiara, Cariús, Catarina, Piquet Carneiro, Iguatu, Irapuan Pinheiro, Jucás, Mombaça, Quixelô e Saboeiro) totalizando 400.000 habitantes atendidos pela unidade hospitalar.⁽¹²⁾

Inicialmente, foi realizada uma visita a um hospital regional de referência para o atendimento de pessoas com insuficiência cardíaca, localizado no município de Iguatu (CE), com a finalidade de conhecer e analisar a linha de cuidado da doença. Em seguida, procedeu-se à identificação das internações por insuficiência cardíaca registradas na instituição.

Após a disponibilização de uma lista contendo nomes, idades, números dos prontuários e datas de admissão das pessoas internadas no período do estudo, realizou-se a consulta aos respectivos prontuários para extração das informações de interesse. As variáveis referentes ao local do primeiro atendimento, queixa principal, unidade de encaminhamento e desfecho clínico foram registradas em instrumento de coleta de dados adaptado para este estudo.

Foram incluídos prontuários de pessoas que buscaram atendimento ou foram internadas na unidade hospitalar e que apresentavam registro de diagnóstico médico de insuficiência cardíaca. A unidade de análise foi constituída por esses prontuários. Foram identificados 463 registros de internação no período de 2018 a 2021, dos quais 36 prontuários foram excluídos por não estarem disponíveis no arquivo da instituição ou por não apresentarem registro do diagnóstico de insuficiência cardíaca, resultando em 427 prontuários analisados. Ressalta-se que alguns pacientes apresentaram mais de uma internação no período estudado; nesses casos, cada registro de internação foi considerado uma unidade de análise independente, por representar um episódio assistencial distinto.

Nesta etapa, foram coletados os dados secundários dos prontuários, extraindo-os por meio de formulário elaborado por Melo⁽¹³⁾, adaptado para os objetivos desta pesquisa mediante a inclusão de variáveis referentes ao percurso terapêutico, com base nas Diretrizes de Reabilitação da Pessoa com Insuficiência Cardíaca do Ministério da Saúde (MS).⁽¹⁴⁾

As seções analisadas dos prontuários compreenderam os registros de admissão na unidade de emergência (porta de entrada para pessoas com insuficiência cardíaca), os relatórios de alta hospitalar e os registros de transferência, quando houve necessidade de suporte avançado. Foram coletadas variáveis sociodemográficas (idade e sexo), clínicas (queixa principal, fatores de risco modificáveis e não modificáveis e desfecho clínico) e relacionadas ao percurso terapêutico (local do primeiro atendimento, encaminhamentos e transferências entre os serviços de saúde).

Foi realizado pré-teste com 22 prontuários de pessoas admitidas na unidade hospitalar nos meses de janeiro e fevereiro de 2022, com a finalidade de verificar a necessidade de modificações e adequações no instrumento de coleta. Esses prontuários não integraram a amostra final do estudo. Na versão final do instrumento, foram acrescentadas variáveis referentes à naturalidade, município de residência, local do primeiro atendimento, diagnóstico, queixas, uso de marcapasso, encaminhamento para serviço de reabilitação e identificação da unidade de destino.

Os dados foram organizados e digitados em planilha do Microsoft® Office Excel 365 para processamento e análise. Foi realizada estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão (média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis numéricas. Os resultados foram apresentados em tabelas.

O estudo foi aprovado sob o parecer de número 5.312.353, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri, sendo assegurado o cumprimento às recomendações da Resolução Nº 466/12, referente às pesquisas desenvolvidas com seres humanos.⁽¹⁵⁾

RESULTADOS

Foram analisados 427 prontuários, a partir dos quais foi possível identificar o percurso terapêutico das pessoas com insuficiência cardíaca (IC) no serviço de saúde. Os prontuários foram distribuídos da seguinte forma: 160 prontuários em 2018, 130 documentos em 2019, 76 em 2020 e 61 prontuários em 2021. A partir disso, foram levantadas informações sobre as características de risco e clínicas das pessoas com IC (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes admitidos com insuficiência cardíaca. Iguatu, CE, Brasil, 2022 (n=427).

VARIÁVEIS	F	%
Faixa etária		
38 a 49 anos	18	4,2
50 a 59 anos	69	16,2
60 a 69 anos	74	17,3
70 a 79 anos	129	30,2
80 a 89 anos	114	26,7
90 a 99 anos	23	5,4
Queixas para a internação*		
Dispneia	392	91,8
Edema membros inferiores	167	39,1
Tosse	96	22,4

Hipossaturação	54	12,6		
Hipotensão	38	8,8		
Anasarca	37	8,6		
Rebaixamento do nível de consciência	34	7,9		
Sudorese	30	7,0		
Outras	206	47,8		
Fatores de risco não modificáveis*				
Idade acima de 65 anos	304	71,1		
História pregressa de doença crônica	298	69,7		
Sexo masculino	250	58,5		
Idade menor ou igual a 65 anos	123	28,8		
Uso de marcapasso	9	2,1		
Comorbidades e Fatores de risco modificáveis*				
Hipertensão arterial sistêmica	203	47,5		
Diabetes mellitus	93	21,7		
Tabagismo	31	7,2		
Obesidade	17	3,9		
Etilismo	9	2,1		
Fibrilação	6	1,4		
Dislipidemia	3	0,7		
Outros	212	49,6		
VARIÁVEIS	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	72	12,67	38	99
Quantidade de fatores de risco não modificáveis	2,31	0,68	1	4
Quantidade de fatores de risco modificáveis	1,32	1,02	0	4
Dias de internação hospitalar	6,23	4,13	1	32

Fonte: Elaborada pelos autores (2022)

Nota: F = Frequência absoluta; % = Frequência relativa; DP = Desvio padrão.

*Cada paciente pode ter apresentado mais de uma opção ao mesmo tempo no prontuário, ocasionando na porcentagem acima de 100%.

Predominaram pessoas do sexo masculino (58,5%) e idosas, com média de idade de 72 anos ($\pm 12,67$), especialmente na faixa etária de 70 a 79 anos (Tabela 1).

No que diz respeito às queixas para internação, destacaram-se dispneia (91,8%), edema em membros inferiores (39,1%), tosse (22,4%) e hipossaturação (12,6%). As demais manifestações clínicas, agrupadas na categoria "**Outras**" da Tabela 1, incluíram hipotensão, anasarca, rebaixamento do nível de consciência, sudorese, náuseas, dor torácica, dor precordial, febre, dor abdominal, pele fria e ortopneia, entre outras.

Dentre os fatores de risco não modificáveis, destacaram-se: 304 (71,1%) pacientes com idade acima de 65 anos, 298 (69,7%) pessoas com história pregressa de doença crônica e 250 (58,5%) do sexo masculino. No que tange aos fatores de risco modificáveis, obteve-se em destaque a hipertensão arterial sistêmica, presente em 203 (47,5%) pacientes, e a diabetes mellitus, em 93 (21,7%) pacientes.

A idade a média foi de 72, com desvio padrão de 12,67. A média de dias de internação hospitalar foi de 6,23, com desvio padrão de 4,13, possuindo mínimo de um dia e máximo de 32 dias. Ao analisar as variáveis por ano de ocorrência, tem-se a tabela 2.

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes admitidos com insuficiência cardíaca. Iguatu, CE, Brasil, 2022.

VARIÁVEIS	ANO DE OCORRÊNCIA				Total	%
	2018	2019	2020	2021		
Gênero						
Masculino	101	72	45	32	250	58,5
Feminino	58	58	31	30	177	41,5
Primeiro atendimento						
Emergência	152	115	68	54	389	91,1
UPA	5	11	8	8	32	7,5
UBS	2	4	-	-	6	1,4
Diagnóstico adicional						
Pneumonia	33	27	16	8	84	19,6
Edema agudo de pulmão	5	5	2	5	17	4
DPOC	9	1	3	3	16	3,7
Derrame pleural	2	1	5	5	13	3
Fibrilação atrial	2	6	1	-	9	2,1
IRC	2	3	1	2	8	1,9
IAM	2	2	1	2	7	1,6
Outros	5	5	4	4	18	4,2
Foi para UTI?						
Não	119	89	53	36	297	69,6
Sim	40	41	23	26	130	30,4
Registro de alta						
Sem incapacidade	122	100	54	42	318	74,7
Óbito	32	25	14	14	85	20,6
Serviço de reabilitação	5	4	5	6	20	4,7
Encaminhado à UBS	-	1	-	-	1	0,23

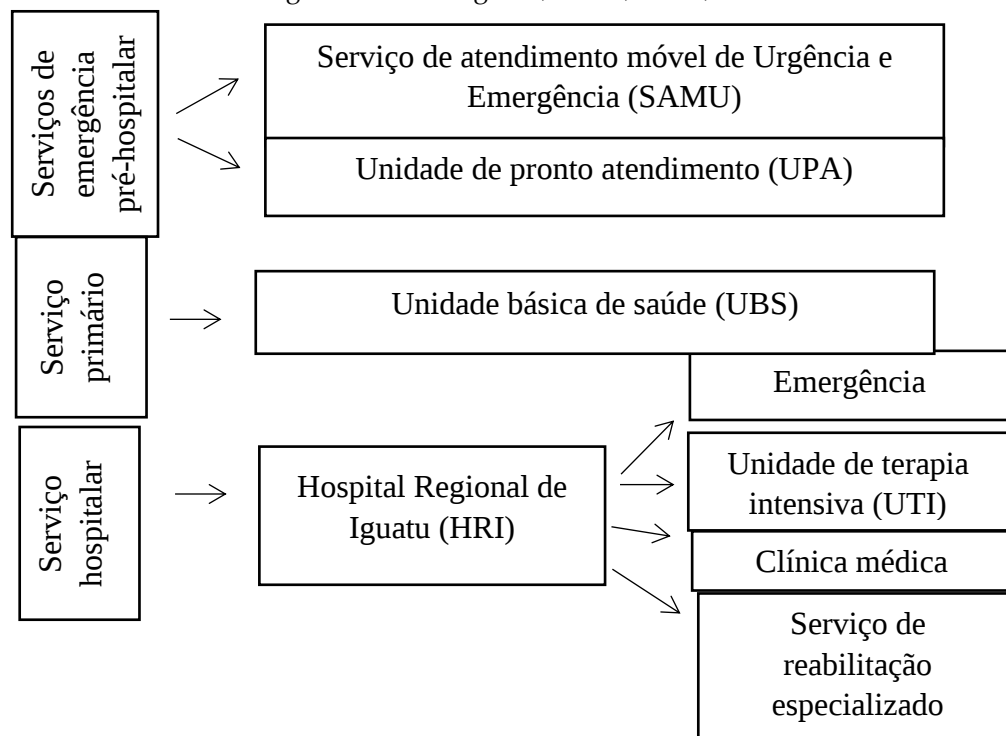
Fonte: Elaborada pelos autores (2022)

Observou-se que a emergência constituiu a principal porta de entrada para o atendimento das pessoas com insuficiência cardíaca (91,1%), enquanto a busca inicial pela Unidade Básica de Saúde foi pouco frequente (Tabela 2).

A maioria dos pacientes apresentou diagnóstico adicional à insuficiência cardíaca, destacando-se a pneumonia (19,6%). Os demais diagnósticos, agrupados na categoria "Outros", incluíram gastrite, diabetes mellitus, pancreatite, cirrose, hepatopatia, infecção do trato urinário, choque, hemorragia digestiva, trombose venosa periférica e síndrome coronariana aguda, entre outros.

A Figura 1 apresenta uma representação esquemática da organização da Rede de Atenção à Saúde disponível no município para o atendimento de pessoas com insuficiência cardíaca na fase inicial do percurso terapêutico.

Figura 1. Representação esquemática da organização da Rede de Atenção à Saúde para o atendimento de pessoas com insuficiência cardíaca na fase inicial do percurso terapêutico em município de referência da Região de Saúde. Iguatu, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborada pelos autores com base na organização da Rede de Atenção à Saúde do município (2022).

A Figura 2 apresenta uma representação esquemática do percurso terapêutico das pessoas com insuficiência cardíaca, elaborada pelos autores a partir dos dados obtidos na pesquisa.

Figura 2. Representação esquemática do percurso terapêutico das pessoas com insuficiência cardíaca, elaborada a partir dos dados obtidos na pesquisa. Iguatu, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa (2022).

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se predominância do sexo masculino entre as pessoas com insuficiência cardíaca, resultado semelhante ao descrito em estudos nacionais que evidenciam maior frequência de internações nessa população.^(16,17) Esse perfil pode estar relacionado à interação entre fatores biológicos, metabólicos e comportamentais envolvidos no desenvolvimento e na evolução das doenças cardiovasculares, bem como às diferenças na percepção dos sintomas, na busca por assistência e na adesão ao tratamento.^(17,18) Como consequência, esses aspectos podem influenciar o momento da procura pelos serviços de saúde e o acesso aos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, repercutindo na evolução clínica e na continuidade do cuidado.⁽¹⁸⁾

De forma semelhante, a predominância de pessoas entre 70 e 79 anos foi consistente com achados de estudos nacionais sobre a epidemiologia da insuficiência cardíaca no Brasil, que demonstram maior frequência de internações em faixas etárias mais avançadas.⁽¹⁷⁾ O envelhecimento populacional, associado ao acúmulo de doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus, contribui para o aumento da ocorrência e da complexidade clínica da insuficiência cardíaca.^(17,19) Esse perfil etário reforça a necessidade de uma rede de atenção articulada, capaz de assegurar o acompanhamento longitudinal na

Atenção Primária à Saúde (APS), a identificação precoce das descompensações e a coordenação do cuidado entre os diferentes níveis assistenciais, reduzindo internações evitáveis.^(19,20,21)

As manifestações clínicas registradas na admissão hospitalar foram compatíveis com o quadro de descompensação da insuficiência cardíaca, destacando-se sintomas que frequentemente motivam a busca por atendimento de urgência.^(19,22) Esse cenário evidencia que muitos pacientes acessam os serviços de saúde apenas em fases de agravamento clínico, quando as limitações funcionais e o comprometimento das atividades diárias já estão estabelecidos.⁽¹⁹⁾ Tal achado reforça a importância da identificação precoce dos sinais de descompensação e do acompanhamento contínuo na APS, favorecendo intervenções oportunas capazes de reduzir hospitalizações e assegurar a continuidade do cuidado.^(20,21)

Além das manifestações clínicas, a elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus reforça o papel dessas condições como importantes comorbidades associadas à insuficiência cardíaca, em consonância com estudos que as apontam entre os principais fatores relacionados ao desenvolvimento e à progressão da síndrome.⁽²³⁾ A coexistência dessas doenças aumenta a complexidade do manejo clínico e exige acompanhamento longitudinal, monitoramento contínuo e adesão às medidas terapêuticas.^(20,23) Nesse contexto, torna-se essencial uma linha de cuidado integrada, voltada à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao controle clínico e ao encaminhamento oportuno entre os diferentes níveis de atenção, contribuindo para reduzir descompensações e hospitalizações evitáveis.^(14,20,21)

Neste estudo, a emergência constituiu a principal porta de entrada para o atendimento das pessoas com insuficiência cardíaca, evidenciando que a busca por assistência ocorreu, predominantemente, em situações de agravamento clínico. Esse resultado corrobora a literatura, segundo a qual episódios de descompensação frequentemente demandam atendimento imediato e hospitalização.^(20,24) Em contrapartida, a reduzida utilização da APS como primeiro ponto de atenção sugere fragilidades na coordenação do cuidado e no acompanhamento longitudinal, uma vez que esse nível assistencial desempenha papel central no monitoramento contínuo, na estratificação de risco, na educação em saúde e na identificação precoce dos sinais de descompensação.^(14,20,21)

Esse padrão de acesso evidencia fragilidades na organização do percurso terapêutico das pessoas com insuficiência cardíaca. A predominância da procura por serviços de urgência pode refletir dificuldades na continuidade do acompanhamento ambulatorial, barreiras de acesso aos serviços especializados e limitações na integração entre os diferentes níveis de atenção.^(5,24) Isso ocorre porque o percurso terapêutico é influenciado pela forma como os usuários acessam, transitam e permanecem na Rede de Atenção à Saúde.^(9,10) Assim, a fragmentação do cuidado pode favorecer o diagnóstico tardio, a recorrência de descompensações e o aumento das internações.^(14,21)

Diante desse cenário, a organização do percurso terapêutico das pessoas com insuficiência cardíaca depende da articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Embora a APS seja reconhecida como principal porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado às pessoas com condições crônicas, a reduzida utilização desse nível assistencial como primeiro contato com os serviços de saúde sugere fragilidades na operacionalização das linhas de cuidado para a insuficiência cardíaca.^(14,21) Dessa forma, fortalecer a integração entre a APS, a atenção especializada e a rede hospitalar é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado, o acompanhamento longitudinal e o encaminhamento oportuno das pessoas com insuficiência cardíaca.^(14,21)

Para que essa integração se concretize, torna-se necessário fortalecer os mecanismos de regulação, a governança regional e a coordenação do cuidado entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A efetividade desse processo depende não apenas da disponibilidade dos serviços, mas também da capacidade do sistema de organizar fluxos assistenciais, promover a comunicação entre as equipes e assegurar encaminhamentos oportunos, reduzindo a fragmentação da assistência.^(14,21) Além disso, a atuação integrada dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, aliada ao aperfeiçoamento dos processos de referência e contrarreferência, pode favorecer o reconhecimento precoce das descompensações, a adesão ao acompanhamento clínico e o uso mais adequado dos diferentes níveis de atenção, contribuindo para um cuidado mais resolutivo e seguro.^(20,21)

Em síntese, os achados deste estudo demonstram que o percurso terapêutico das pessoas com insuficiência cardíaca na região investigada permanece fortemente centrado na atenção hospitalar, evidenciando a necessidade de fortalecer as linhas de cuidado para condições crônicas, com maior integração entre os diferentes níveis de atenção e acesso oportuno aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.^(14,21) Para a enfermagem, os resultados reforçam a importância da educação em saúde, da estratificação de risco, do monitoramento clínico, do incentivo à adesão terapêutica e da articulação do

cuidado entre os níveis assistenciais, contribuindo para a identificação precoce das descompensações, a prevenção de hospitalizações evitáveis e o cuidado integral às pessoas com insuficiência cardíaca.^(20,21)

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A utilização de dados secundários provenientes de prontuários resultou na ausência ou incompletude de informações, como queixas clínicas, comorbidades e histórico familiar, o que pode ter restringido a análise de algumas variáveis. Além disso, por ter sido desenvolvido em um único município de uma região de saúde do Nordeste brasileiro, os achados refletem uma realidade local, devendo ser interpretados com cautela quanto à sua generalização para outros contextos assistenciais.

Este estudo contribui para a compreensão do percurso terapêutico de pessoas com insuficiência cardíaca, evidenciando desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde, à continuidade do cuidado e à integração entre os diferentes níveis de atenção. Os achados podem subsidiar o planejamento de ações e o aprimoramento das linhas de cuidado, contribuindo para o fortalecimento da assistência e da prática da enfermagem no cuidado às pessoas com insuficiência cardíaca.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar o percurso terapêutico de pessoas com insuficiência cardíaca em uma região de saúde do Ceará, evidenciando a emergência hospitalar como principal porta de entrada para o atendimento e a reduzida utilização da Atenção Primária à Saúde como primeiro ponto de atendimento. Esses achados contribuem para a compreensão do percurso terapêutico dessa população e podem subsidiar o planejamento de estratégias voltadas ao aprimoramento da organização da Rede de Atenção à Saúde e do cuidado às pessoas com insuficiência cardíaca.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Ferreira LIC, Oliveira CJ. Coleta dos dados: Ferreira LIC, Oliveira CJ. Análise e interpretação dos dados: Ferreira LIC, Santos ATF, Oliveira CJ. Redação do artigo ou revisão crítica: Ferreira LIC, Santos ATF, Rangel AVP, Oliveira CJ. Aprovação final da versão a ser publicada: Ferreira LIC, Santos ATF, Rangel AVP, Oliveira CJ.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AS. Demographic transition, epidemiological transition and population aging in Brazil. *Hygeia*. [Internet]. 2019;15(31):69-79. doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>
2. Simões TC, et al. Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: evidence from three household surveys. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2021;26(9):3991-4006. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021>.
3. Précoma DB, et al. Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2019;113(4):787-891. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>
4. Gomes CS, et al. Factors associated with cardiovascular disease in the Brazilian adult population: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2021;24:e210013.suppl.2. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013.supl.2>
5. Andrade DM, et al. Heart failure: beliefs about body weight monitoring. *Rev Enferm UFPI*. [Internet]. 2024;13:e5287. doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v13i1.5287>
6. Rohde LEP, et al. Brazilian guideline on chronic and acute heart failure. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2018;111(3):436-539. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>
7. Rossi Neto JMR, Casadei C, Finger MA. Acute heart failure. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. [Internet]. 2020;30(2):147-157. doi: <https://doi.org/10.29381/0103-8559/20203002147-57>
8. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS): insuficiência cardíaca, 2024 [Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 13 abr. 2026.

9. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. The therapeutic itinerary in Brazil: systematic review and meta-synthesis from the health negative and positive conceptions of health. *Saude Debate*. [Internet]. 2019;43(spe7):204-221. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>
10. Cabral ALLV, et al. Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2011;16(11):4433-4442. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População no último censo 2022 [Internet]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/iguatu/panorama>. Acesso em: 13 abr. 2026.
12. Iguatu. Prefeitura Municipal. Hospital Regional de Iguatu atende 10 cidades da região [Internet]. 2022 set 2. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CiA4ChfO8ZR/>. Acesso em: 13 abr. 2026.
13. Melo MES. Acidente vascular cerebral: incapacidades e rede de atenção [dissertação]. Crato: Universidade Regional do Cariri (URCA); 2020.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em: 13 abr. 2026.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 13 abr. 2026.
16. Porto JDS, et al. Sociodemographic and clinical aspects of patients with heart failure. *Braz J Health Rev*. [Internet]. 2023;6(5):25737-25748. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-560>
17. Paiva MC, et al. Epidemiology of hospitalizations for heart failure in Brazil in the last 10 years (2014-2024). *Braz J Implantol Health Sci*. [Internet]. 2025;7(2):1916-1928. doi: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p1916-1928>
18. Arrais JFA, et al. Men and women facing heart failure: an ecological study on hospitalizations and mortality in Brazil. *Braz J Health Rev*. [Internet]. 2025;8(3):e79867. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n3-128>
19. Sousa CMS, et al. Level of functionality of patients with congestive heart failure evaluated by the Barthel Index. *Rev Gest Soc Ambient*. [Internet]. 2024;18(10):e08833. doi: <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n10ed.esp-016>
20. Destro CRS, et al. Care in chronic heart failure and its insertion in palliative care. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2022;11(7):e24411729632. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29632>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014: redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 13 abr. 2026.
22. Luquetti CM, et al. Heart failure: clinical manifestations and diagnosis in adults. *Braz J Implantol Health Sci*. [Internet]. 2024;6(9):470-479. doi: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p470-479>

23. Fonseca CG, Machado FSG, Altivo MLPP, Soares LM, Costa GD. Analysis of the prevalence of risk factors in patients with chronic heart failure who attended a university outpatient. *Rev Interdiscip Cienc Med.* [Internet]. 2023;7(1):1-7. Disponível em: <https://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/203>. Acesso em: 13 abr. 2026.
24. Santos CA, et al. Epidemiological analysis of hospital admissions for heart failure. *Braz J Implantol Health Sci.* [Internet]. 2024;6(5):1764-1775. doi: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p1764-1775>

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2025/03/10
Revisão: 2026/15/06
Aceite: 2026/23/07
Publicação: 2026/19/08

Editor Chefe ou Científico: José Wicto Pereira Borges
Editor Associado: Antonio Werbert Silva Costa

Autores mantém os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.