

# Conhecimentos essenciais para o autocuidado na reabilitação cardiovascular: revisão integrativa

Helciany Oliveira Alves<sup>1</sup>  Kairo Cardoso da Frota<sup>2</sup>  Rafaela Ribeiro Parente Portela<sup>1</sup>   
Kílvia Maryana Silva de Oliveira<sup>2</sup>  Lúcia de Fátima da Silva<sup>2</sup>  Keila Maria de Azevedo Ponte<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Sobral/CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza/CE, Brasil.

E-mail: kairo.enfer@gmail.com

## Highlights

- O automonitoramento do estado de saúde na RCV é influenciado pelo próprio acompanhamento de sinais vitais, podendo ser subsidiado por tecnologias digitais.
- A compreensão acerca da RCV e da própria doença correlaciona-se diretamente com melhores desfechos clínicos.
- A adesão ao exercício físico supervisionado e não supervisionado exige suportes emocional e educacional.
- A alimentação saudável deve ser adequada ao perfil clínico e socioeconômico da pessoa em RCV.
- A RCV bem-sucedida requer, além do cuidado clínico estruturado, a integração de fatores psicossociais que impactam diretamente na adesão ao tratamento e no autocuidado.

## Resumo Gráfico

Quais os conhecimentos essenciais para o autocuidado abordados pela enfermagem no contexto da Reabilitação Cardiovascular (RCV)?

Revisão Integrativa

5 Bases de dados

146 estudos incluídos

Estudos oriundos de 42 diferentes países

Identificadas 9 categorias de conhecimentos

Automonitoramento do estado de saúde  
Compreensão acerca da RCV e da própria doença  
Exercício físico supervisionado e não supervisionado  
Alimentação saudável  
Compreensão acerca da necessidade de apoio familiar, social e profissional  
Gerenciamento do próprio medicamento  
Controle do estresse  
Cessaçãõ de tabagismo e outras drogas  
Qualidade do sono

## Resumo

O autocuidado na reabilitação cardiovascular (RCV) é um fator essencial para a promoção da autonomia do paciente, sendo fortemente influenciado pelo nível de conhecimento que ele detém. O estudo objetiva identificar os conhecimentos essenciais para o autocuidado abordados pela enfermagem no contexto da RCV. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre abril e setembro de 2024, em seis etapas. A coleta de dados foi realizada em cinco bases de dados por dois pesquisadores independentes. Foram selecionados 146 estudos, oriundos de pesquisas em 42 diferentes países. As condições cardiovasculares mais abordadas nas pesquisas foram insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e doença arterial coronariana. Dentre as categorias identificadas de conhecimentos essenciais citam-se: o automonitoramento do estado de saúde; a compreensão acerca da RCV e da própria doença; o exercício físico supervisionado e não supervisionado; a alimentação saudável; e a compreensão acerca da necessidade de apoio familiar, social e profissional. As informações coletadas poderão subsidiar o desenvolvimento de tecnologias educativas ou de abordagens clínicas para a promoção do autocuidado em RCV, sob a perspectiva da Enfermagem.

**Palavras-chave:** Cardiologia. Enfermagem Cardiovascular. Reabilitação Cardíaca. Autocuidado. Literacia para a Saúde.

**Editor de área:** Edison Barbieri  
Mundo Saúde. 2026,50:e20032026  
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.  
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

**Recebido:** 05 abril 2025.

**Aceito:** 08 junho 2026.

**Publicado:** 26 junho 2026.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis pelas principais causas de óbitos no Brasil. Essas afecções impactam não só na mortalidade e na diminuição da expectativa de vida, como também na qualidade de vida dos pacientes, deixando, por vezes, sequelas e incapacidades, o que provoca redução da produtividade e aumento da dependência para a realização de atividades cotidianas<sup>1</sup>.

Nessa perspectiva, a reabilitação cardiovascular (RCV) consiste em um conjunto de intervenções focadas na adaptação para o novo estilo de vida que as pessoas apresentam após serem acometidas por essas patologias. Sendo assim, a terapêutica reabilitadora busca a melhoria na qualidade de vida com vistas a colaborar para que não ocorram novos eventos cardiovasculares, além de reduzir a mortalidade e a morbidade. Ademais, estimula a reinserção social e reestabelece a independência<sup>2</sup>.

Dentre os elementos essenciais da RCV tem-se o acompanhamento multiprofissional, a disposição de

intervenções multidimensionais e a promoção do autocuidado<sup>3</sup>. Desse modo, ressalta-se a necessidade de investimento em terapêuticas que visem promover a capacidade individual de se realizar ações que busquem a preservação e manutenção da saúde ou de como lidar com a doença e a incapacidade<sup>4</sup>.

Nesse ínterim, compreendendo as implicações das DCV no modo de viver, julgam-se necessários cuidados de enfermagem em RCV para garantir a autonomia da pessoa em reabilitação, sendo o autocuidado uma ferramenta essencial para o alcance desse propósito. Portanto, torna-se relevante elaborar um levantamento bibliográfico na tentativa de reunir evidências para a identificação, análise e sintetização das necessidades de orientações de enfermagem para o autocuidado desses pacientes.

Assim compreendendo, objetivou-se com esse estudo identificar os conhecimentos essenciais para o autocuidado abordados pela enfermagem no contexto da RCV.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de abril a setembro de 2024, em seis etapas<sup>5</sup>. Para nortear a condução da revisão houve a construção de uma questão de pesquisa com utilização do acrônimo População, Interesse e Contexto (PICo), sendo *População* - Pessoas em RCV, *Interesse* - Enfermagem em RCV e *Contexto* - Conhecimento para o autocuidado. Formulou-se, portanto, o seguinte problema de pesquisa: “quais os conhe-

cimentos essenciais para o autocuidado abordados pela enfermagem no contexto da RCV?”

Para a construção da estratégia de busca, foram utilizados os descritores controlados dispostos no Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), com auxílio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. A Tabela 1 apresenta a descrição do processo de elaboração da estratégia de busca<sup>6</sup>.

**Tabela 1** - Elaboração da estratégia de busca.

	P- População	I- Interesse	Co- Contexto
Extração	Pessoas em reabilitação cardiovascular	Enfermagem em Reabilitação Cardiovascular	Conhecimento para o autocuidado
Conversão	<i>Cardiac Rehabilitation</i>	<i>Rehabilitation Nursing</i>	<i>Self Care</i>
Combinação	<i>cardiac rehabilitation</i>	<i>rehabilitation nursing; cardiovascular nursing; cardiovascular diseases; nursing care</i>	<i>Self care</i>
Construção	<i>“cardiac rehabilitation”</i>	<i>“rehabilitation nursing” OR “cardiovascular nursing” OR “cardiovascular diseases” OR “nursing care”</i>	<i>“self care”</i>
Uso	<i>cardiac rehabilitation AND (“rehabilitation nursing” OR “cardiovascular nursing” OR “cardiovascular diseases” OR “nursing care”) AND “self care”</i>		

Fonte: Elaborado conforme as recomendações de Araújo<sup>6</sup>

A busca bibliográfica foi realizada em 18 de abril de 2024, nas seguintes bases de dados, sem restrição temporal ou de idioma: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via PubMed (MEDLINE/PubMed), MEDLINE via Biblioteca Virtual de Saúde (MEDLINE/BVS), *Web of Science*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A estratégia de busca foi personalizada para cada base de dados, considerando suas particularidades de indexação, sintaxe e recuperação da informação, com a utilização dos descritores controlados apresentados na Tabela 1, a fim de garantir a equivalência conceitual da busca e ampliar a identificação de estudos potencialmente relevantes.

Ao aplicar a estratégia de busca nas bases de dados, os documentos foram baixados em formato de arquivo RIS. Em seguida, os arquivos foram transportados para o software Rayyan®, que foi utilizado para gerenciamento das referências, identificação de duplicatas e apoio ao processo de triagem dos estudos<sup>7</sup>.

Após a remoção dos registros duplicados, dois revisores independentes realizaram a leitura dos títulos e resumos para avaliação da elegibilidade dos estudos. Foram incluídos artigos originais provenientes de pesquisas primárias e disponíveis na íntegra em meio eletrônico. Foram excluídos artigos de revisão, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos, protocolos de pesquisa, dissertações, teses, documentos incompletos e estudos que não respondessem à pergunta norteadora.

Em seguida, os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra pelos

mesmos revisores. As divergências entre os revisores foram resolvidas por consenso e, quando necessário, mediante a avaliação de um terceiro pesquisador.

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores e operacionalizado em planilha do Microsoft Excel®. Foram coletadas informações referentes à identificação do estudo (título, autores, ano de publicação e país de realização), características metodológicas (delineamento e tipo de estudo), características da população investigada e principais achados relacionados aos conhecimentos para o autocuidado no contexto da Enfermagem em RCV. Para fins desta revisão, os “principais achados” corresponderam às informações apresentadas pelos autores dos estudos que respondiam à pergunta norteadora.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi apresentado por meio de fluxograma adaptado da declaração PRISMA<sup>8</sup>, utilizado para conferir transparência ao processo de seleção dos estudos.

Os dados extraídos dos estudos incluídos foram submetidos à análise comparativa e agrupados por similaridade temática. A partir desse processo, foram construídas categorias analíticas que sintetizaram os conhecimentos para o autocuidado abordados pela enfermagem no contexto da RCV. Para a concepção de tais categorias foi adotada codificação múltipla dos achados. Dessa forma, um mesmo estudo poderia contribuir para mais de uma categoria temática, uma vez que frequentemente abordava diferentes conhecimentos relacionados ao autocuidado na RCV.

## RESULTADOS

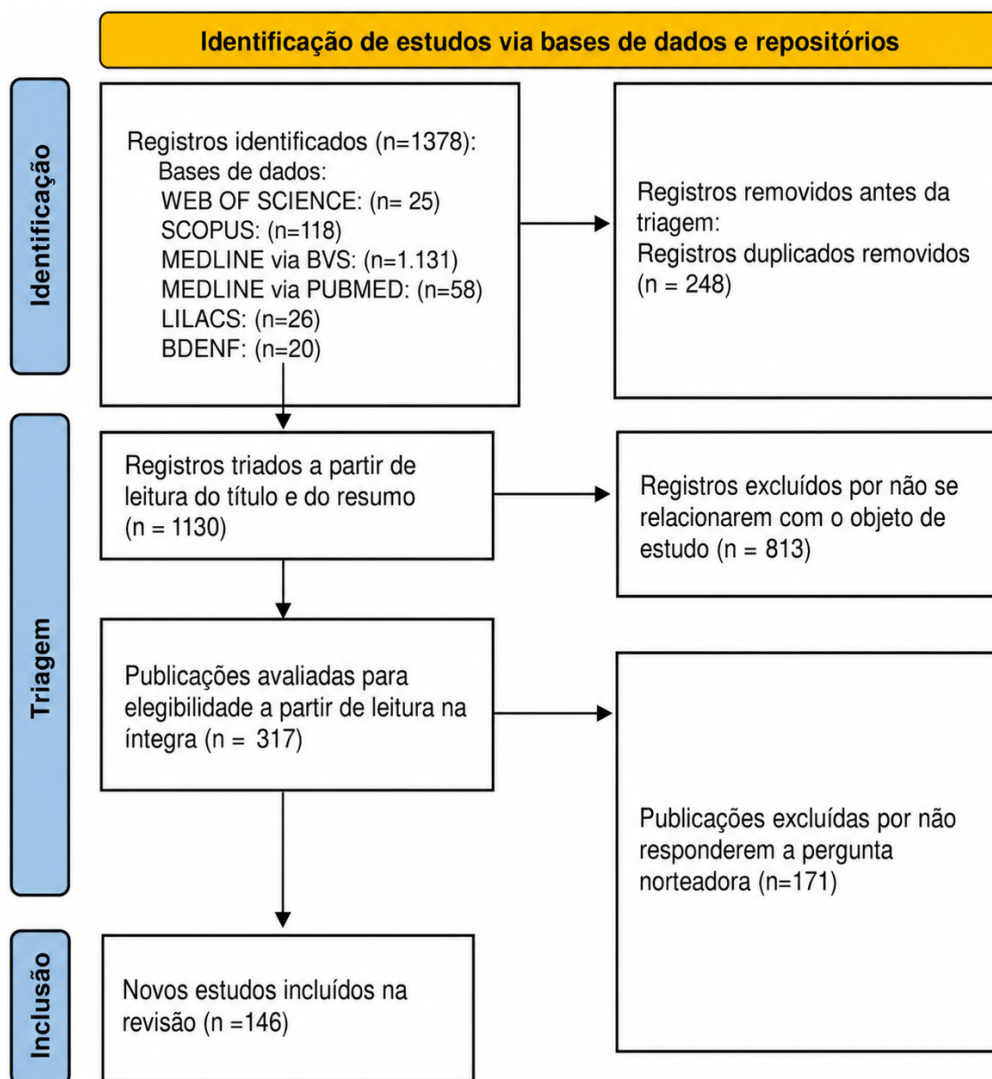
O processo de identificação, triagem e inclusão dos artigos avaliados nesta revisão encontra-se disposto na Figura 1.

Os 146 estudos incluídos foram publicados entre os anos de 2000 e 2024, sendo 8,22% (n= 12) publicados nos primeiros dez anos deste milênio, 25,34% (n=37) entre 2010 e 2014, 33,56% (n=49) entre 2015 e 2019

e 32,19% (n=47) entre os anos de 2020 e 2024.

As publicações foram oriundas de 42 diferentes países. A Figura 2 destaca o quantitativo por continentes, conforme a seguinte categorização: América do Norte, América Central, América do Sul, Europa, Ásia e Oceania. Não foram identificadas pesquisas realizadas no continente africano.





**Figura 1** - Fluxograma PRISMA.



**Figura 2** - Distribuição dos estudos incluídos por continentes.

Quanto ao nível de evidência (NE) das 146 produções analisadas, 12,32% tinham NE I, 36,3% tinham NE II, 5,47% tinham NE III, 11,64% com NE IV, 10,27% com NE V, 21,23% tinham NE VI e 2,73% com NE VII.

As condições cardiovasculares mais abordadas foram insuficiência cardíaca (38,36%; n=56), infarto agudo do miocárdio (11,64%; n=17) e doença arterial coronariana (8,22%; n=12).

Os 146 estudos incluídos resultaram em 435 ocorrências temáticas relacionadas aos conhecimentos essenciais para o autocuidado abordados pela enfermagem no contexto da RCV. Considerando que um mesmo estudo poderia abordar múltiplos conhecimentos, cada artigo foi contabilizado em todas as categorias pertinentes ao seu conteúdo. Dessa forma, emergiram nove temáticas, apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2** - Categorização dos conhecimentos necessários para o autocuidado abordados pela Enfermagem no contexto da RCV. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Categorização dos conhecimentos necessários para o autocuidado em RCV	Número de Pesquisas com o tema	%
Automonitoramento do estado de saúde	110	25,29%
Compreensão acerca da RCV e da própria doença	83	19,08%
Exercício físico supervisionado e não supervisionado	69	15,86%
Alimentação saudável	59	13,86%
Compreensão acerca da necessidade de apoio familiar, social e profissional	43	9,89%
Gerenciamento do próprio medicamento	28	6,44%
Controle do estresse	24	5,52%
Cessaçao de tabagismo e outras drogas	16	3,68%
Qualidade do sono	3	0,69%
<b>Total</b>	<b>435</b>	<b>100%</b>

## DISCUSSÃO

Com base na análise dos estudos incluídos, foi possível identificar um aumento significativo no número de publicações ao longo do tempo, com um crescimento de 391%, quando comparados os primeiros cinco anos do milênio com o período de 2020 a 2024. Esse avanço reflete a priorização da RCV em diretrizes globais e a adoção de tecnologias digitais, como evidenciado por intervenções com suporte remoto e uso de aplicativos móveis para autogerenciamento em RCV<sup>9,10,11</sup>.

Em relação à distribuição geográfica da produção científica, observou-se que há disparidades marcantes, com aproximadamente 86% dos estudos realizados em países com elevado desenvolvimento econômico, enquanto apenas 14% provêm de nações com baixa-média desenvolvimento econômico. Esta assimetria reflete desigualdades no financiamento e na infraestrutura de pesquisas sobre o assunto. Tais achados alertam para a necessidade urgente de iniciativas globais que promovam equidade na geração de conhecimento sobre RCV, tendo em vista que as DCV são responsáveis por aproximadamente 32% dos óbitos globais, com uma carga desproporcionalmente maior nos países em desenvolvimento, onde ocorrem cerca de 80% dos casos<sup>12</sup>.

Foram identificadas nove categorias temáticas de conhecimentos necessários para o autocuidado em RCV, as quais estão alinhadas com as diretrizes globais<sup>13,14</sup>.

A categoria mais predominante nas produções (n=110; 25,29%) diz respeito ao automonitoramento do estado de saúde. O autocontrole de parâmetros fi-

siológicos, como pressão arterial, frequência cardíaca e peso corporal, constitui uma estratégia fundamental na prevenção de descompensações cardiovasculares, viabilizando a identificação precoce de sinais de exacerbação clínica e permitindo intervenções terapêuticas oportunas<sup>15</sup>.

A integração de aplicativos móveis ao automonitoramento também demonstra impacto positivo. O programa PACT-HF (*Personalized Alerting and Contactless Telemonitoring for Heart Failure*), por exemplo, evidenciou um incremento de 40% na adesão ao autocuidado mediante a utilização de dispositivos conectados via *bluetooth* e sistemas de *feedback* personalizado, otimizando a gestão sintomática e terapêutica<sup>16</sup>. Nesse contexto, o telemonitoramento personalizado promoveu melhora significativa na adesão ao autocuidado e na redução de hospitalizações em pacientes com insuficiência cardíaca. Essas tecnologias permitem que os pacientes monitorem sua condição em tempo real e que ajustem seu comportamento de acordo com as suas necessidades específicas<sup>17</sup>.

Resultados ainda mais expressivos foram observados por Kokkonen<sup>18</sup>, em que a incorporação de telemonitoramento ao cuidado convencional reduziu em 70% a proporção de pacientes com  $\geq 1$  hospitalização por insuficiência cardíaca. Esses achados corroboram a premissa de que estratégias de automonitoramento podem mitigar eventos adversos e readmissões hospitalares.

A necessidade de compreensão acerca da RCV e da

própria doença foi a segunda categoria mais evidente nas publicações analisadas. Verificou-se que a literacia em saúde correlaciona-se diretamente com melhores desfechos clínicos. Pacientes que receberam educação estruturada acerca da sua condição clínica tiveram maior retenção de conhecimento, mostrando que intervenções educacionais organizadas e adaptadas, com linguagem simplificada e métodos interativos, potencializam a compreensão e a retenção de informações, essenciais para o autocuidado<sup>19</sup>. Nota-se que investir em educação estruturada e em estratégias para melhorar a literacia em saúde é crucial para otimizar o manejo de cardiopatias. As intervenções educacionais eficazes podem transformar o conhecimento em ação, reduzindo complicações e custos com saúde<sup>19</sup>.

O exercício físico supervisionado e não supervisionado, por sua vez, é uma das intervenções mais estudadas na RCV, sendo a terceira categoria mais discutida nas produções analisadas. Estudos como o HF-ACTION<sup>20</sup> evidenciaram que o treinamento aeróbico supervisionado melhora significativamente o estado funcional e reduz hospitalizações em pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Já programas domiciliares com suporte tecnológico e outras abordagens baseadas em telemonitoramento, demonstraram benefícios similares em termos de capacidade funcional e adesão, sendo alternativas viáveis para pacientes de risco leve a moderado<sup>21</sup>. Além disso, uma meta-análise conduzida por Anderson<sup>22</sup> confirmou que programas domiciliares são eficazes e seguros, quando bem estruturados.

O treinamento físico regular reduz a mortalidade cardiovascular em aproximadamente 20–30%, conforme demonstrado por diversas meta-análises e diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia, que destacam o impacto positivo da reabilitação baseada em exercício sobre desfechos clínicos relevantes<sup>22,23</sup>. Logo, para que haja a adesão do paciente nessas terapêuticas, é imprescindível sua compreensão acerca da relevância, de modo a responsabilizá-lo pela adesão e a continuidade do tratamento.

Nessa perspectiva, a adesão ao exercício físico ainda é um desafio. Pesquisa<sup>24</sup> demonstra que intervenções baseadas em entrevistas motivacionais e suporte psicológico podem aumentar a adesão a programas de exercícios, especialmente em pacientes com insuficiência cardíaca. Isso sugere que, além da prescrição de exercícios, é crucial fornecer suporte emocional e educacional contínuo para garantir a manutenção de hábitos saudáveis.

No contexto da RCV, a alimentação saudável se consolida como um pilar essencial do autocuidado e da prevenção secundária de cardiopatias. Evidências apontam que intervenções nutricionais personalizadas podem impactar positivamente diversos desfechos clínicos. No estudo de Heidenreich<sup>15</sup>, a aplicação de um plano alimentar individualizado, aliado ao monitora-

mento nutricional contínuo, esteve associada à melhora significativa do humor, da função física e da qualidade de vida de idosos hospitalizados com insuficiência cardíaca crônica.

Entre os padrões alimentares recomendados, a dieta mediterrânea tem se destacado por sua robusta associação com a redução de eventos cardiovasculares. Caracterizada por alta ingestão de azeite de oliva, frutas, vegetais, grãos integrais, peixes e oleaginosas, essa abordagem foi avaliada no estudo que demonstrou uma redução de aproximadamente 31% no risco de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e morte cardiovascular<sup>25</sup>.

Outro aspecto relevante na abordagem dietética é a orientação acerca do controle do consumo de sódio. A restrição de sódio tem sido tradicionalmente utilizada como estratégia para mitigar sintomas congestivos e reduzir hospitalizações. Diretrizes recentes e revisões sistemáticas, como as de Heidenreich<sup>15</sup>, reforçam que a restrição moderada pode atenuar edema e sintomas, embora devam ser considerados os riscos de desnutrição em pacientes vulneráveis.

Assim, a orientação dietética no contexto da RCV deve ser adaptada ao perfil clínico, nutricional e socioeconômico do paciente, com foco em padrões alimentares baseados em evidências, como a dieta mediterrânea e o controle criterioso do sódio, sempre acompanhada por profissionais capacitados.

A RCV bem-sucedida requer, além do cuidado clínico estruturado, a integração de fatores psicossociais que impactam diretamente na adesão ao tratamento e no autocuidado. Nesse contexto, o apoio familiar, social e profissional exerce papel determinante na continuidade das práticas saudáveis e no empoderamento do paciente diante da própria condição.

Intervenções estruturadas que incorporam suporte social e estratégias de resolução de problemas mostraram-se eficazes na promoção do autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca. No estudo de Graven<sup>26</sup>, observou-se que o fortalecimento da autopercepção, aliado ao suporte de familiares e à educação contínua, foi determinante para a melhora da adesão ao tratamento e da gestão dos sintomas, evidenciando o papel do apoio social como facilitador essencial na reabilitação cardiovascular.

O envolvimento da família também se mostrou relevante: pacientes que contaram com apoio familiar estruturado mantiveram níveis mais elevados de atividade física após a alta da reabilitação<sup>27</sup>, o que reforça a importância da continuidade do apoio após o término da fase supervisionada da reabilitação.

No que tange ao apoio profissional, o envolvimento qualificado da equipe de saúde, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e outros profissionais, tem sido reconhecido pelos pacientes como essencial para a adesão ao tratamento. Um estudo<sup>28</sup> israelense mostrou

que a presença de uma equipe de reabilitação disponível, empática e clara nas orientações foi decisiva para a permanência dos pacientes nos programas de autocuidado após o infarto do miocárdio.

Além disso, em estudo<sup>29</sup> realizado na Alemanha um programa de cuidados integrados envolvendo profissionais de saúde em equipe demonstrou melhorou de forma significativa os indicadores de autocuidado e controle de fatores de risco em pacientes com doença coronariana e sofrimento psicossocial. A intervenção baseava-se em planos terapêuticos progressivos, suporte digital e acompanhamento contínuo, evidenciando o papel central do gerenciamento colaborativo para a adesão terapêutica.

De forma semelhante, o ensaio clínico conduzido por Spall<sup>30</sup> testou um modelo de cuidados transitórios centrado no paciente com insuficiência cardíaca, coordenado por equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde. Os resultados indicaram melhora na adesão medicamentosa, reconhecimento precoce de sintomas e qualidade de vida. Assim, ambos os estudos demonstram que a atuação coordenada entre diferentes áreas do cuidado é essencial para a otimização dos desfechos clínicos na RCV.

Adicionalmente, o manejo adequado da farmacoterapia constitui um dos pilares fundamentais da RCV, sendo a adesão ao regime medicamentoso fortemente associada à redução de hospitalizações e mortalidade em pacientes com doenças cardíacas. No entanto, evidências demonstram que a presença de sintomas depressivos persistentes compromete significativamente essa adesão<sup>31</sup>.

Pesquisa<sup>31</sup> apontou que pacientes com sintomas depressivos mantidos desde a hospitalização até três meses após a alta apresentaram menor engajamento em comportamentos de prevenção secundária, incluindo cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, participação em programas de reabilitação e, notadamente, uso contínuo de medicamentos. Esses achados ressaltam a importância de se reconhecer e tratar adequadamente a depressão nesse grupo de pacientes, uma vez que o comprometimento da adesão terapêutica pode contribuir de forma decisiva para o aumento da morbimortalidade após eventos cardiovasculares agudos.

Uma revisão sistemática com meta-análise conduzida por Al-Arkee<sup>32</sup> investigou a eficácia de aplicativos móveis de saúde na adesão à medicação em pacientes com DCV. A análise incluiu 16 ensaios clínicos randomizados, dos quais nove demonstraram melhora estatisticamente significativa na adesão medicamentosa entre os pacientes que utilizaram aplicativos, quando comparados ao grupo controle. Além disso, observou-se uma tendência positiva em desfechos clínicos como pressão arterial e níveis de colesterol. A maioria dos aplicativos combinava funcionalidades como lembretes e suporte

educacional, e a usabilidade foi considerada satisfatória pelos participantes.

A educação em saúde voltada à promoção do autocuidado mostrou-se eficaz na melhoria da adesão ao tratamento farmacológico entre pacientes com insuficiência cardíaca<sup>33</sup>. De acordo com os autores, intervenções educativas estruturadas resultaram em aumento significativo dos níveis de autocuidado e maior engajamento com o regime terapêutico prescrito. Esses achados reforçam a relevância de estratégias que capacitem o paciente a compreender e manejar sua condição clínica, favorecendo decisões terapêuticas mais conscientes e sustentadas.

Complementarmente, um programa de educação digital pós-infarto, adaptado culturalmente ao contexto dos pacientes iranianos, demonstrou efeitos positivos na adesão ao tratamento, incluindo o uso adequado de medicamentos<sup>16</sup>. Dessa maneira, a alfabetização em saúde, o conhecimento sobre a doença e a atuação empática dos profissionais são elementos centrais para promover comportamentos sustentáveis no uso de medicamentos<sup>34</sup>.

Estudos<sup>35,36,37</sup> sugerem ainda que o controle do estresse contribui significativamente para a adesão ao tratamento, a melhoria da qualidade de vida e o engajamento contínuo com comportamentos protetores, impactando indiretamente na prevenção de desfechos adversos na RCV. Os estudos analisados apontam que intervenções psicossociais, educação emocional, uso de tecnologia e estratégias centradas no paciente são ferramentas eficazes na mitigação do estresse e na promoção do autocuidado.

Após um infarto agudo do miocárdio, pacientes frequentemente enfrentam estresse crônico relacionado à incerteza sobre o futuro, medo de recorrência e mudanças abruptas no estilo de vida, no entanto a reabilitação baseada em yoga promoveu relaxamento e melhora da autoavaliação de saúde, sendo eficaz na redução de estresse emocional após o IAM<sup>36</sup>.

De forma complementar, o estudo Boyde<sup>38</sup> identificou que a hospitalização por IAM representa um momento crítico de aprendizado, em que os pacientes relataram maior conscientização sobre os fatores de risco e a relação entre estresse emocional e sintomas cardiovasculares, reforçando a importância da educação estruturada no período pós-alta.

Por outro lado, a cessação do tabagismo e do consumo de álcool é uma das metas mais relevantes para o autocuidado em RCV, sendo associada à redução de mortalidade, melhora da função endotelial e menor recorrência de eventos cardiovasculares. Para atingir esses objetivos, intervenções eficazes combinam educação terapêutica, apoio psicossocial, uso de tecnologia e abordagens individualizadas<sup>39,40,41</sup>.

A educação terapêutica estruturada é uma ferramenta essencial para promover a mudança de comporta-

mento, pois melhora o conhecimento dos pacientes sobre os riscos associados ao tabagismo e ao álcool e fornece estratégias práticas para abandono de tais substâncias<sup>39</sup>. Quando implementada de forma sistemática na rotina da unidade de cardiologia, como demonstrado por um programa hospitalar europeu, essa educação facilita a compreensão e a motivação dos pacientes, impactando diretamente a cessação do tabagismo e de outras drogas<sup>40</sup>.

A utilização de tecnologias móveis, como o envio de mensagens de texto personalizadas e educativas, tem se mostrado uma estratégia efetiva para reforçar hábitos saudáveis e apoiar o abandono de substâncias. Pacientes que receberam mensagens motivacionais e informativas pelo celular relataram maior engajamento com comportamentos de prevenção secundária, incluindo a cessação do tabagismo<sup>41</sup>.

A tecnologia também foi eficaz quando associada ao monitoramento do progresso e ao fornecimento de *feedback* personalizado, como visto em uma intervenção com reabilitação digital combinada com apoio presencial, que demonstrou melhora nos hábitos relacionados ao uso de substâncias<sup>11</sup>.

A presença de redes sociais e familiares ativas têm um papel protetor importante, favorecendo a cessação do tabagismo e a manutenção de comportamentos saudáveis. Pacientes com conexões sociais mais fortes apresentaram maior adesão às recomendações de autocuidado, incluindo a interrupção do consumo de tabaco<sup>42</sup>. Por outro lado, a ausência de suporte consistente ou mensagens ambíguas por parte da equipe de saúde pode gerar frustração e desmotivação, especialmente em ambientes com menor estrutura, como programas comunitários rurais<sup>43</sup>.

A saúde mental é outro fator determinante. Pacientes com depressão persistente após eventos cardiovasculares agudos demonstram menor capacidade de aderir a estratégias de cessação de tabagismo, com maior risco de recaída e abandono do programa de RCV. A presença de sintomas depressivos não tratados compromete a motivação, reduz a autoconfiança e dificulta o enfrentamento do estresse relacionado ao abandono de hábitos nocivos<sup>31</sup>.

No que tange à qualidade do sono, este componente é frequentemente negligenciado, porém essencial na RCV. Pacientes submetidos a cirurgias cardíacas apresentam alterações importantes na arquitetura do sono, incluindo episódios de insônia e sonolência excessiva diurna. Tais distúrbios contribuem para piora no estado funcional e nos desfechos cardiovasculares, indicando que a avaliação e o tratamento dos problemas de sono devem ser incorporados à rotina da RCV<sup>44</sup>.

O sono de má qualidade está associado à menor adesão às intervenções comportamentais e ao pior con-

trole de fatores de risco. A utilização de tecnologias de monitoramento contínuo permitiu que os pacientes recebessem *feedback* sobre sua higiene do sono, promovendo maior consciência sobre o impacto do descanso inadequado na saúde cardíaca<sup>35</sup>.

Do ponto de vista do cuidado humanizado e individualizado, o relato de caso de Frota<sup>45</sup> mostrou que distúrbios do sono estão entre as principais vulnerabilidades percebidas por pacientes em RCV. O estudo recomenda que os profissionais de saúde estejam atentos a queixas relacionadas ao sono e incorporem a escuta ativa, orientações sobre higiene do sono e técnicas de relaxamento no plano terapêutico.

Dessa forma, embora as nove categorias temáticas identificadas tenham sido amplamente representadas nos estudos incluídos, observou-se heterogeneidade quanto aos contextos de aplicação, populações investigadas e estratégias utilizadas para promover o autocuidado. Enquanto alguns estudos enfatizaram conhecimentos relacionados ao automonitoramento e ao manejo da doença<sup>15,17,19</sup>, outros concentraram-se em aspectos comportamentais<sup>22,23,39,40,41</sup>, psicossociais<sup>24,26,27,31,35,36,37</sup> ou educativos<sup>16,33</sup>. Essa variabilidade demonstra que o autocuidado em RCV é um fenômeno multifacetado, influenciado por fatores clínicos, sociais e organizacionais, não havendo consenso sobre quais conhecimentos devem ser priorizados em todas as etapas da reabilitação.

Outro aspecto relevante refere-se à predominância de estudos conduzidos em países de alta renda e em serviços estruturados de RCV<sup>22,24,29,30</sup>. Tal característica limita a compreensão sobre a aplicabilidade dos conhecimentos identificados em cenários com menor disponibilidade de recursos, especialmente em países de baixa e média renda. Além disso, verificou-se diversidade metodológica entre os estudos incluídos, abrangendo diferentes delineamentos e objetivos, o que dificulta comparações diretas entre os achados e reforça a necessidade de cautela na generalização dos resultados.

Por fim, os resultados desta revisão evidenciam que o conhecimento para o autocuidado na RCV transcende a simples transmissão de informações, envolvendo a compreensão da doença, do tratamento e das mudanças necessárias para o manejo da condição cardiovascular. Entretanto, permanecem lacunas relacionadas à padronização dos conteúdos educativos, à avaliação da retenção do conhecimento ao longo do tempo e à adaptação das estratégias educativas a diferentes contextos socioculturais. Dessa forma, futuras investigações devem buscar maior aprofundamento sobre quais conhecimentos são mais relevantes para diferentes perfis de pacientes e como podem ser incorporados de forma efetiva às práticas de enfermagem em reabilitação cardiovascular.

## CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa permitiu identificar nove categorias de conhecimentos para o autocuidado abordados pela enfermagem no contexto da RCV: automonitoramento do estado de saúde; compreensão acerca da RCV e da própria doença; exercício físico; alimentação saudável; compreensão acerca do apoio familiar, social e profissional; gerenciamento do próprio medicamento; controle do estresse; cessação do tabagismo e outras drogas; e qualidade do sono. Entre elas, destacaram-se o automonitoramento do estado de saúde e a compreensão da doença e do processo de RCV, por apresentarem maior frequência nos estudos analisados.

Os achados reforçam a importância da educação em saúde como estratégia para apoiar o desenvolvi-

mento de conhecimentos que favoreçam o autocuidado durante a RCV. A Enfermagem, por sua vez, desempenha papel central nesse processo, por meio da identificação das necessidades de aprendizagem dos pacientes e da implementação de intervenções educativas que promovam a autonomia, o engajamento no tratamento e a adoção de comportamentos saudáveis.

Como limitações do estudo, destaca-se a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica das pesquisas incluídas e as restrições inerentes à estratégia de busca adotada. Tais aspectos devem ser considerados na interpretação dos resultados, uma vez que podem influenciar a abrangência dos conhecimentos identificados e a generalização dos achados para diferentes contextos assistenciais.

## Declaração do autor CRediT

Conceituação: Alves, HO; Frota, KC. Metodologia: Alves, HO; Frota, KC. Validação: Frota, KC. Análise estatística: Alves, HO. Análise formal: Alves, HO. Investigação: Alves, HO; Portela, RRP; Oliveira, KMS. Recursos: Alves, HO; Frota, KC. Redação - preparação do rascunho original: Alves, HO; Portela, RRP; Oliveira, KMS. Redação - revisão e edição: Alves, HO; Frota, KC; Silva, LF; Ponte, KMA. Visualização: Alves, HO; Oliveira, KMS. Supervisão: Frota, KC; Silva, LF; Oliveira, KMS. Administração do projeto: Frota, KC.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

## Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira GMM, et al. Estatística cardiovascular – Brasil 2023. *Arq Bras Cardiol.* 2024;121(2):e20240079. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20240079>
2. Cunha HML. O enfermeiro de reabilitação e a educação para a saúde à pessoa com insuficiência cardíaca [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3627> Acesso em: 24 jun. 2026.
3. Frota KC, et al. Construction and Content Validation of the Cardiovascular Rehabilitation Measurement Scale. *Aquichan.* 2025;25(3):e2539. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.3.9>
4. Flores PVP, et al. Efeito da entrevista motivacional no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03634. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013703634>
5. Mendes KDS, Silveira RCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170158. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
6. Araújo WCO. Recuperação da informação em saúde. *ConCI: Convergências em Ciência da Informação.* 2020;3(2):100–34. doi: <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
7. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5:210. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
8. Page MJ, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e112. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>
9. Lawton JS, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79(2):e21-e129. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.09.006>
10. Maddison R, et al. A mobile phone intervention increases physical activity in people with cardiovascular disease: Results from the HEART randomized controlled trial. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22(6):701-9. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487314535076>
11. Su JJ, Yu DS, Chair SY. Technology-assisted cardiac rehabilitation for coronary heart disease patients with central obesity: a randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2024;60(1):95-103. doi: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.08202-3>
12. Taylor RS, et al. Global perspectives on heart disease rehabilitation and secondary prevention: a scientific statement from the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions, European Association of Preventive Cardiology, and International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Prev Cardiol.* 2022;29(1):1–12. doi: <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab142>
13. Visseren FLJ, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227–3337. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
14. World Health Organization. World report on the prevention and control of cardiovascular diseases 2023. Geneva: WHO; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071240> Acesso em: 24 jun. 2026.
15. Heidenreich PA, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A report of the American College of Cardiology/

- American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e895–e1032. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
16. Yoon M, et al. Effectiveness of a Smartphone App-Based Intervention With Bluetooth-Connected Monitoring Devices and a Feedback System in Heart Failure (SMART-HF Trial): Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2024;26:e52075. doi: <https://doi.org/10.2196/52075>
17. Scholte NTB, et al. Telemonitoring for heart failure: a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2023;44(31):2911-2926. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad280>
18. Kokkonen J, et al. Effectiveness of telemonitoring in reducing hospitalization and associated costs for patients with heart failure in Finland: nonrandomized pre-post telemonitoring study. *JMIR mHealth uHealth*. 2024;12:e51841. doi: <https://doi.org/10.2196/51841>
19. Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(2):121-30. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000223>
20. O'Connor CM, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301(14):1439–1450. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.454>
21. Frederix I, Solmi F, Piepoli MF, Dendale P. Cardiac telerehabilitation: A novel cost-efficient care delivery strategy that can induce long-term health benefits. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(16):1708-1717. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487317732274>
22. Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Bridges C, Taylor RS. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD007130. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007130.pub4>
23. Piepoli MF, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-2381. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
24. Jolly K, et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technol Assess*. 2007;11(35):1-118. doi: <https://doi.org/10.3310/hta11350>
25. Estruch R, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa180038>
26. Graven LJ, Gordon G, Keltner JG, Abbott L, Bahorski J. Efficacy of a social support and problem-solving intervention on heart failure self-care: A pilot study. *Patient Educ Couns*. 2018;101(2):266-275. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.008>
27. Aliabad HO, Vafaenasab M, Morowatisharifabad MA, Afshani SA, Firoozabadi MG, Forouzannia SK. Maintenance of physical activity and exercise capacity after rehabilitation in coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Glob J Health Sci*. 2014;6(6):198–206. doi: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p198>
28. Hanna A, Mårtensson J, Bondas T, Schaufelberger M, Östman M. “It’s up to me with a little support” - Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2020;101:103416. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>
29. Herrmann-Lingen C, et al. Efficacy of team-based collaborative care for distressed patients in secondary prevention of chronic coronary heart disease (TEACH): study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020;20(1):520. doi: <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01789-x>
30. Van Spall HGC, et al. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure: The PACT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;321(8):753-761. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0710>
31. Kronish IM, et al. Persistent depression affects adherence to secondary prevention behaviors after acute coronary syndromes. *J Gen Intern Med*. 2006;21(11):1178-83. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00561.x>
32. Al-Arkee S, et al. Mobile Apps to Improve Medication Adherence in Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):e24190. doi: <https://doi.org/10.2196/24190>
33. Świątoniowska-Lonc NA, Sławuta A, Dudek K, Jankowska K, Jankowska-Polańska BK. The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. *Adv Clin Exp Med*. 2020;29(4):481-492. doi: <https://doi.org/10.17219/acem/115082>
34. Greaves CJ, et al. Optimising self-care support for people with heart failure and their caregivers: development of the Rehabilitation Enablement in Chronic Heart Failure (REACH-HF) intervention using intervention mapping. *Pilot Feasibility Stud*. 2016;2:37. doi: <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0079-y>
35. Goevaerts WF, et al. Adherence to a lifestyle monitoring system in patients with heart disease: protocol for the care-on prospective observational trial. *BMC Cardiovasc Disord*. 2023;23(1):196. doi: <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03221-8>
36. Prabhakaran D, et al. Cardiovascular, respiratory, and related disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2018;391(10126):1224–1236. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32471-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32471-6)
37. Pedersen SS, Von Känel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(3\_suppl):108–115. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487317703827>
38. Boyde M, et al. What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Aust Crit Care*. 2015;28(3):134-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.06.002>
39. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehabil Med*. 2012;55(5):322-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.05.002>
40. Naudziunas A, Jankauskiene L, Kalinauskiene E, Pilvinis V. Implementation of the patient education about cardiovascular risk factors into a daily routine of the Cardiology Unit of the hospital. *Prev Med*. 2005;41(2):570-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.11.028>
41. Pfaeffli Dale L, Whittaker R, Jiang Y, Stewart R, Rolleston A, Maddison R. Text Message and Internet Support for Coronary Heart Disease Self-Management: Results From the Text4Heart Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2015;17(10):e237. doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.4921>
42. Tkatch R, Thomas KE, Mitchell EK, Burley MB, Fletcher SM. Social network and health outcomes among African American cardiac rehabilitation patients. *Heart Lung*. 2011;40(3):193-200. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.05.054>
43. Fletcher SM, Burley MB, Thomas KE, Mitchell EK. Feeling supported and abandoned: mixed messages from attendance at a rural community cardiac rehabilitation program in Australia. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2014;34(1):29-33. doi: <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000033>
44. Lorenzoni G, et al. Sleep Quality in Patients Undergoing Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16):8889. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168889>
45. Frota KC, Ponte KMA, Souza FDC, Adriano CKS. Vulnerabilidades em saúde na reabilitação cardiovascular: relato de caso a partir de teoria de enfermagem. *J Nurs Health*. 2023;10(2):1–12. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/18014> Acesso em: 24 jun. 2026.

**Como citar este artigo:** Alves, H.O., Frota, K.C., Portela, R.R.P., Oliveira, K.M.S., Silva, L.F., Ponte, K.M.A. (2026). Conhecimentos essenciais para o autocuidado na reabilitação cardiovascular: revisão integrativa. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e20032026P>. *Mundo Saúde*. 2026,50:e20032026.