

Nível de conhecimento como preditor de autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca

Knowledge level as a predictor of self-care in patients with heart failure

Bruno Rabite Dornelas^{1,2} ; Letícia Rocha Mussel¹ ; Raiane Costa Mendes¹ ; Lays Augusto da Silva de Castro Lima¹ ; Manuella Bennaton Cardoso Vieira Rehfeld³ ; Ana Flávia Ferreira^{4,5} ; Anne Caroline Andrade Oliveira^{4,5} ; Patricia Fernandes Trevizan^{4,5} ; Ana Paula Ferreira^{5*} 

Resumo

Introdução: A educação em saúde é componente essencial dos programas de reabilitação cardiovascular (RCV), sobretudo no manejo da insuficiência cardíaca (IC), cuja prevalência crescente impõe desafios significativos aos sistemas de saúde. Estratégias educativas que promovem maior conhecimento favorecem o autocuidado e estão associadas à redução de complicações e hospitalizações. **Objetivo:** Analisar a associação entre o nível de conhecimento sobre a condição de saúde e os comportamentos de autocuidado em pessoas com IC e verificar se esse conhecimento é preditor independente do autocuidado.

Métodos: Estudo transversal realizado com 30 pacientes com diagnóstico de IC, vinculados a programas de RCV de um serviço público e privado. Foram aplicados dois instrumentos validados: Questionário de Conhecimento da Doença para Pacientes com Insuficiência Cardíaca e o Instrumento de Avaliação de Autocuidado para Pessoas com Insuficiência Cardíaca. Para análise dos dados foram utilizadas a correlação de *Pearson* e a regressão linear múltipla, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Observou-se uma correlação moderada e significativa entre conhecimento e autocuidado ($r=0,56$; $p=0,0014$), embora o nível de autocuidado tenha sido considerado adequado em apenas 16,7% da amostra. A análise multivariada mostrou que o conhecimento parece contribuir para a explicação desses comportamentos, mesmo após o ajuste por idade e escolaridade ($p=0,0501$). **Conclusão:** O nível de conhecimento apresentou correlação positiva e significativa com o autocuidado. Além disso, o conhecimento parece exercer um papel relevante na predição desse comportamento, independentemente da idade ou escolaridade, reforçando a educação em saúde como componente estratégico e essencial nos programas de RCV.

Palavras-chave: Autocuidado; Educação em Saúde; Insuficiência Cardíaca; Reabilitação Cardíaca.

Abstract

Background: Health education is an essential component of cardiovascular rehabilitation programs (CRP), particularly in the management of heart failure (HF), whose growing prevalence poses significant challenges to healthcare systems. Educational strategies that enhance knowledge and self-care may contribute to reducing complications and hospitalizations. **Aims:** To analyze the association between the level of knowledge about health conditions and self-care behaviors in people with heart failure, and to verify if this knowledge is an independent predictor of self-care. **Methods:** This cross-sectional study was conducted with 30 patients with a clinical diagnosis of heart failure (HF), enrolled in CRP at a public and private facility. Two validated instruments were used: Heart Failure Patient Disease Knowledge Questionnaire and Heart Failure Self-Care Assessment Instrument. Statistical analyses included Pearson correlation and multiple linear regression, adopting a significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results:** A moderate and significant correlation was observed between knowledge and self-care ($r=0.56$; $p=0.0014$), although the level of self-care was considered adequate in only 16.7% of the sample. Multivariate analysis showed that knowledge appears to contribute to explaining these behaviors, even after adjusting for age and education ($p=0.0501$). **Conclusion:** The level of knowledge showed a positive and significant correlation with self-care. Furthermore, knowledge appears to play a relevant

¹Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF-SUPREMA), Juiz de Fora, MG, Brasil

²Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), Juiz de Fora, MG, Brasil

³Attiv Centro de Bem-estar, Sete Lagoas, MG, Brasil

⁴Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte, MG, Brasil

Apresentação dos dados em evento:

80º Congresso Brasileiro de Cardiologia, realizado de 18 a 20 de setembro de 2025, no Distrito Anhembi, em São Paulo - Brasil.

Como citar: Dornelas BR, Mussel LR, Mendes RC, Lima LASC, Rehfeld MBCV, Ferreira AF, et al. Nível de conhecimento como preditor de autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca. *Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy*. 2026;17:e00702025. <https://doi.org/10.47066/2966-4837.e00702025pt>

Submissão em: Setembro 12, 2025

Aceito em: Fevereiro 23, 2026

Estudo realizado em: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), Juiz de Fora, MG, Brasil e Attiv Centro de Bem-estar, Sete Lagoas, MG, Brasil.

Aprovação ética: 82933624.5.0000.5103; Número do Parecer: 7.103.846.

***Autor correspondente:**

Ana Paula Ferreira.

E-mail: anaferreira.ufmg@gmail.com

Editoras-Chefe: Adriana Claudia Lunardi, Fernanda de Cordoba Lanza, Karina Couto Furlanetto



Copyright© 2026 Os autores. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



role in predicting this behavior, regardless of age or education level, reinforcing health education as a strategic and essential component in CRP.

Keywords: Self Care; Health Education; Heart Failure; Cardiac Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é considerada um problema de saúde pública de grandes proporções, representando uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, além de gerar significativo impacto nos sistemas de saúde em função do alto custo com hospitalizações e tratamento prolongado¹.

Clinicamente, a IC é definida como uma síndrome complexa, caracterizada pela incapacidade do coração em fornecer suprimento sanguíneo suficiente para atender às demandas metabólicas dos tecidos, sendo necessário, em muitos casos, o aumento das pressões de enchimento para manter o débito adequado². A presença da IC compromete diretamente a qualidade de vida (QV) dos pacientes, sendo fatores como classe funcional avançada (NYHA III e IV), histórico de internações e sintomas emocionais, especialmente ansiedade, importantes preditores de pior QV³.

Nesse contexto, a educação em saúde constitui uma prática fundamental para o fortalecimento da autonomia no cuidado com a saúde, sendo reconhecida como uma ferramenta estratégica para aumentar a literacia em saúde especialmente em condições crônicas como a IC. Trata-se de um processo contínuo, dialógico e centrado nas necessidades dos pacientes, que busca promover o entendimento sobre a condição de saúde, seus fatores de risco e as formas de manejo no cotidiano. Assim, ultrapassa a mera transmissão de informações, assumindo um papel transformador ao favorecer mudanças sustentadas de comportamento e o autocuidado.

Intervenções educativas, demonstram impacto positivo tanto em indicadores clínicos quanto na qualidade de vida. Além disso, o envolvimento de profissionais de diferentes áreas favorece abordagens interdisciplinares, fortalecendo o vínculo terapêutico e a corresponsabilização do paciente no processo de cuidado.

Outro componente essencial no manejo da IC é o autocuidado, que abrange comportamentos rotineiros como monitoramento do peso, restrição de sal, adesão à medicação, prática de exercício físico e comparecimento às consultas médicas⁴. A eficácia dessas práticas está diretamente associada à capacidade do paciente de compreender sua condição clínica, o que reforça a importância da educação em saúde como estratégia de intervenção^{5,6}. Programas de Reabilitação Cardiovascular (RCV), conduzidos por equipes multiprofissionais, têm se mostrado eficazes não apenas na recuperação clínica e funcional do paciente, mas também na promoção de conhecimento e adesão ao tratamento⁷.

A aplicação de instrumentos validados para avaliação do conhecimento sobre a doença e do nível de autocuidado tem se mostrado eficaz em contextos clínicos e educativos, permitindo intervenções direcionadas que promovam mudanças significativas no comportamento desse perfil de pacientes^{8,9}. Diante disso, considerando o papel fundamental da educação em saúde na IC, o presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre o nível de conhecimento sobre a condição de saúde e os comportamentos de autocuidado em pessoas com IC e verificar se esse conhecimento é preditor independente do autocuidado.

MÉTODOS

Amostra

Foram recrutados por conveniência participantes com diagnóstico clínico de IC, provenientes de dois diferentes serviços de atenção em saúde: um ambulatório de RCV de um hospital de ensino localizado na cidade de Juiz de Fora – MG e uma clínica privada de RCV situada na cidade de Sete Lagoas – MG, no período de agosto a dezembro de 2024. Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 18 anos que estivessem inseridos nos programas há, no mínimo, um mês e no máximo três meses.

O diagnóstico clínico de IC foi previamente estabelecido por médico cardiologista, com base em avaliação clínica, exames complementares e prontuário médico. Foram excluídos indivíduos que, por limitações sensoriais (como deficiência visual severa) ou por analfabetismo, não apresentassem condições de compreender ou responder adequadamente aos instrumentos de avaliação utilizados e que tivessem participado previamente de programas estruturados de educação em saúde voltados especificamente para a insuficiência cardíaca.

Todos os participantes que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos e possíveis riscos do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF - SUPREMA), Juiz de Fora, MG, Brasil, CAAE 82933624.5.00000.5103.

Instrumentos e medidas

Inicialmente, os participantes foram submetidos a uma anamnese estruturada, para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos em instrumento desenvolvido pelos pesquisadores. Após, os participantes responderam a dois instrumentos destinados à avaliação do nível de conhecimento sobre a doença e dos comportamentos de autocuidado relacionados à IC. A aplicação dos instrumentos foi realizada por avaliadores previamente



treinados, por meio de entrevista, sendo designado um único avaliador para cada serviço.

Questionário de conhecimento da doença para pacientes com insuficiência cardíaca

O questionário de Conhecimentos da Doença para Pacientes com Insuficiência Cardíaca foi desenvolvido e validado em 2014⁸. É composto por 19 itens, divididos em dez áreas consideradas fundamentais para a educação do paciente com IC. Os itens abrangem os seguintes conteúdos: fisiopatologia da síndrome, conceito da síndrome, fatores de risco, sinais e sintomas, hábitos de vida, diagnóstico, medicamentos, tratamento, autocuidado e exercício físico. Cada questão apresenta quatro alternativas de múltipla escolha, classificadas como: “correta”, “incompleta”, “errada” e “não sei”. A pontuação atribuída às respostas é a seguinte: correta = 3; incompleta = 1; errada = 0; não sei = 0. A soma dos escores determina o nível total de conhecimento do paciente, sendo 57 pontos a pontuação máxima possível. Quanto maior a pontuação, maior o conhecimento demonstrado pelo paciente. Para análise dos escores, os resultados foram categorizados em cinco faixas de conhecimento, conforme proposto pelo instrumento: conhecimento ótimo (51 a 57 pontos), bom (44 a 50 pontos), aceitável (38 a 43 pontos), pouco conhecimento (30 a 37 pontos) e conhecimento insuficiente (abaixo de 30 pontos). Essa classificação possibilita uma avaliação qualitativa do nível de conhecimento apresentado pelos participantes.

Questionário de autocuidado para pessoas com Insuficiência cardíaca (EAC-IC)

O Questionário de Autocuidado para Pessoas com Insuficiência Cardíaca (EAC-IC) foi desenvolvido em 2003, e validado para o português em 2013⁹. O instrumento é composto por três seções: Seção A: contém 10 perguntas que avaliam a frequência com que o paciente segue as orientações recebidas sobre IC. As respostas são dicotômicas (“sim” ou “não”), não havendo opção “não sei”; Seção B: apresenta três perguntas-chave sobre a presença de sinais e sintomas da doença. Caso o paciente responda “sim”, ele deve indicar como reagiu aos sintomas, sendo as respostas pontuadas em uma escala de *Likert* de 1 (não reconheci) a 4 (reconheci imediatamente); Seção C: aborda a confiança do paciente em relação ao seu conhecimento sobre a doença, manejo de sintomas e adesão ao tratamento medicamentoso, também utilizando uma escala de *Likert*. A pontuação total obtida nas três seções reflete o nível de autocuidado do paciente, sendo considerado adequado quando o escore total do EAC-IC é igual ou superior a 70.

Análise estatística

Inicialmente, a normalidade das variáveis contínuas foi testada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. Estatísticas

descritivas foram utilizadas para caracterização da amostra, incluindo médias, desvios padrão e frequências absolutas e relativas. A correlação de Pearson foi empregada para verificar a associação entre os níveis de conhecimento e de autocuidado dos participantes. Para interpretação da magnitude das correlações, foram considerados os seguintes pontos de corte: $r < 0,30$ (baixa), entre 0,30 e 0,69 (moderada), e $\geq 0,70$ (alta). Posteriormente, foi ajustado um modelo de regressão linear múltipla, tendo o escore de autocuidado como variável dependente. As variáveis independentes incluídas foram: escore de conhecimento, idade e escolaridade (em níveis categóricos), com o objetivo de identificar os preditores independentes do autocuidado em pacientes com IC. O modelo foi avaliado por meio do valor de R^2 ajustado, teste F, coeficientes padronizados e respectivos valores de p. As análises foram realizadas no *software R* (versão 4.3.1, R Core Team, Viena, Áustria), e o nível de significância adotado foi 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 30 indivíduos com diagnóstico clínico de IC. Todos os participantes inicialmente incluídos no estudo completaram as etapas do protocolo de pesquisa, não havendo perdas de seguimento, recusas ou exclusões. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes (n=30).

Variáveis	Valores
Sexo n (%)	
Masculino	46,7
Feminino	53,3
Idade (anos)	61,3 ± 13,1
Massa Corporal (kg)	82,6 ± 16,4
Estatura (m)	1,65 ± 0,1
IMC (kg/m²)	30,2 ± 6,6
Escolaridade n (%)	
Ensino fundamental incompleto	15 (50%)
Ensino fundamental completo	1 (3,3%)
Ensino médio incompleto	1 (3,3%)
Ensino médio completo	8 (26,7%)
Ensino superior incompleto	0
Ensino superior completo	5 (16,7%)

IMC: Índice de Massa Corpórea.

Fonte: Elaboração própria.



Tabela 2. Resultados dos escores do nível de conhecimento e autocuidado na IC (n=30).

Nível de Conhecimento	Valores
Ótimo	5 (16,7%)
Bom	6 (20%)
Aceitável	7 (23,3%)
Pouco conhecimento	5 (16,7%)
Conhecimento insuficiente	7 (23,3%)
Nível de Autocuidado	Valores
Autocuidado adequado (EAC-IC \geq 70)	5 (16,7%)
Autocuidado inadequado (EAC-IC < 70)	25 (83,3%)

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 2 são apresentados os escores obtidos por meio dos questionários relativos ao nível de conhecimento e autocuidado, respectivamente. 16,7% dos participantes atingiram o valor considerado ótimo (51-57 pontos) em relação ao nível de conhecimento e 83,3% dos participantes não atingiram a pontuação ideal para se ter um autocuidado considerado adequado.

A Figura 1 apresenta a correlação entre os escores de conhecimento e autocuidado dos participantes do estudo. Observa-se tendência linear positiva entre as variáveis, evidenciada pela linha de tendência. A análise de correlação de *Pearson* demonstrou uma associação moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,56$; $p = 0,0014$), sugerindo que maiores níveis de conhecimento estão relacionados a melhores comportamentos de autocuidado em pacientes com IC.

Um modelo de regressão linear múltipla foi ajustado para avaliar se o conhecimento poderia prever o autocuidado (Tabela 3), controlando as variáveis idade e escolaridade (em múltiplos níveis). O escore de conhecimento demonstrou associação limítrofe com o autocuidado (coef. = 0,35; $p = 0,0501$), mesmo após ajuste pelas demais variáveis, reforçando a importância de estratégias educativas no contexto da RCV tendo em vista que pode existir uma influência direta do conhecimento sobre os comportamentos de autocuidado em pacientes com IC.

DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo foi a presença de uma correlação significativa entre os escores de conhecimento e de autocuidado em indivíduos com IC, indicando que maiores níveis de conhecimento sobre a condição de saúde estão associados a comportamentos mais adequados e menores complicações. Esses achados reforçam evidências da literatura que apontam que o conhecimento sobre a condição de saúde pode contribuir para melhores práticas de autocuidado, embora estudos

indiquem que esse conhecimento, isoladamente, nem sempre se traduz em mudança comportamental¹⁰.

Observou-se que 63,3% dos participantes apresentaram nível de conhecimento inferior ao considerado adequado, percentual semelhante ao descrito por Bonin et al.⁸, que identificaram conhecimento insuficiente em 55,2% dos indivíduos com IC. É importante destacar que, no presente estudo, os participantes estavam inseridos nos programas de RCV há um período relativamente curto, o que pode ter influenciado negativamente os escores observados. Estudos longitudinais demonstram que intervenções educativas sistematizadas ao longo de programas de RCV podem promover melhorias significativas no conhecimento dos pacientes após 8 a 12 semanas de acompanhamento¹¹. Assim, os resultados aqui apresentados evidenciam uma lacuna inicial na educação em saúde voltada para pacientes com IC, reforçando a importância de estratégias continuadas ao longo dos programas para promover ganhos sustentáveis no conhecimento.

Em relação ao autocuidado, observou-se que apenas 16,7% dos participantes atingiram escore considerado adequado, corroborando os achados de outras investigações conduzidas com pacientes ambulatoriais e hospitalizados¹⁰⁻¹². Essa baixa adesão às práticas de autocuidado é preocupante, uma vez que está associada ao aumento das taxas de rehospitalização, pior qualidade de vida e maior risco de mortalidade¹³.

Dentre os possíveis fatores que limitam o autocuidado em pacientes com IC, destacam-se o baixo nível de conhecimento em saúde, o comprometimento cognitivo, a presença de sintomas depressivos e o número elevado de comorbidades¹⁴⁻¹⁶. Além disso, estudos indicam que o menor conhecimento sobre a doença está associado à menor adesão medicamentosa, pior qualidade de vida e dificuldade em reconhecer sinais de descompensação¹⁷.

Além da análise de correlação o modelo de regressão proposto apresentou valor de $p = 0,0501$, sugerindo que o conhecimento pode ter um papel relevante na explicação dos comportamentos de autocuidado. Embora idade e escolaridade não tenham demonstrado associação estatisticamente significativa com o desfecho, sua inclusão no modelo foi metodologicamente relevante para considerar possíveis influências desses fatores no contexto do manejo da IC.

Um dos pontos fortes deste estudo é a aplicação de instrumentos validados e culturalmente adaptados para a população brasileira, o que garante maior precisão e confiabilidade nos dados obtidos. Além disso, a investigação foi realizada em dois diferentes contextos assistenciais (público e privado), o que contribui para a diversidade da amostra e aumenta a aplicabilidade dos achados a diferentes cenários de cuidado em saúde. Adicionalmente, é importante considerar que, em países de baixa e média renda, como o Brasil, estudos demonstram níveis mais baixos de conhecimento sobre insuficiência cardíaca e menor engajamento em práticas

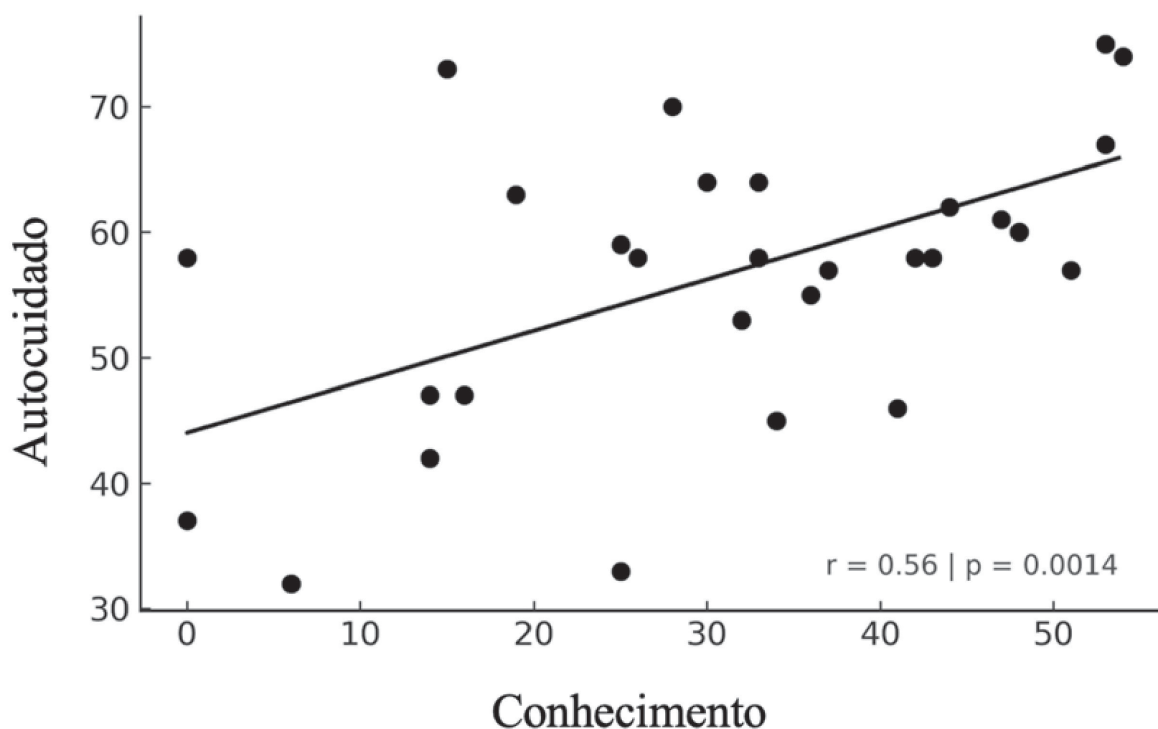


Figura 1. Correlação entre o escore do conhecimento da doença (0–57 pontos) e o escore de autocuidado (EAC-IC, 0–100 pontos) em indivíduos com insuficiência cardíaca (n=30).

Tabela 3. Modelo de regressão linear múltipla para avaliar se o conhecimento pode prever o autocuidado (n=30).

Variável	Coefficiente	Erro Padrão	t	Valor de p
Constante	66.2837	14.5096	4.57	0.0002
Conhecimento	0.3459	0.1668	2.07	0.0501
Idade	-0.3088	0.2037	-1.52	0.1437
Fundamental incompleto (vs. Fund. completo)	-9.3750	14.9304	-0.63	0.5365
Médio completo (vs. Fund. completo)	-8.0831	15.5944	-0.52	0.6094
Médio incompleto (vs. Fund. completo)	-8.6307	14.7335	-0.59	0.5640
Superior completo (vs. Fund. completo)	-5.2115	13.2118	-0.39	0.6970

Fonte: Elaboração própria.

de autocuidado, frequentemente associados à limitação de recursos, menor escolaridade e desafios estruturais dos serviços de saúde¹⁸. Isso reforça a importância da aplicação de instrumentos validados e estratégias educativas adaptadas ao contexto sociocultural local.

A relevância dessa investigação reside na necessidade crescente de promover estratégias de cuidado centradas no paciente¹³, que integrem a educação em saúde como ferramenta fundamental para melhorar desfechos clínicos em condições crônicas como a IC, uma vez que a síndrome clínica configura-se como uma condição de alta prevalência, associada a elevada morbimortalidade e altos custos para os sistemas de saúde. Neste contexto, compreender os fatores que influenciam o comportamento dos pacientes frente à doença é essencial para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o tamanho da amostra, o que pode ter limitado a potência estatística e a generalização dos resultados. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas. A ausência de avaliação do tempo de diagnóstico da IC ou da duração da participação nos programas de RCV também constitui uma limitação, uma vez que esses fatores poderiam influenciar diretamente o nível de conhecimento e os comportamentos de autocuidado dos pacientes.

Apesar das limitações, os achados reforçam a importância da educação em saúde como componente estratégico no cuidado de pacientes com IC¹⁹⁻²¹. Programas de RCV devem incorporar, de forma sistemática, intervenções educativas individualizadas e contínuas, promovendo maior conhecimento sobre a doença e



incentivando o autogerenciamento da doença. Futuras pesquisas, com amostras mais amplas e metodologias longitudinais, poderão esclarecer melhor o impacto do conhecimento sobre desfechos clínicos objetivos, como hospitalizações, adesão ao tratamento e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre a IC e os comportamentos de autocuidado, evidenciando que o maior entendimento sobre a condição de saúde favorece práticas de autocuidado mais adequadas. Em relação ao modelo de predição, o escore conhecimento apresentou uma tendência de preditor independente do autocuidado, mostrando que essa variável parece contribuir para a explicação de tais comportamentos independentemente da idade ou escolaridade dos participantes. Embora o resultado da regressão tenha caráter limítrofe, possivelmente devido ao tamanho reduzido da amostra, a consistência dos achados reforça a educação em saúde como componente estratégico e essencial nos programas de RCV para promover a autogestão e auxiliar na melhoria dos desfechos clínicos nesta população.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nada a declarar.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS DA PESQUISA

Os dados de pesquisa estão disponíveis somente mediante solicitação.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Não houve uso de IA em nenhuma etapa da produção do manuscrito.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Bruno Rabite Dornelas: Conceituação; Metodologia; Análise formal; Curadoria de dados; Redação, rascunho original; Supervisão. Letícia Rocha Mussel: Investigação; Curadoria de dados; Redação, revisão e edição. Raiane Costa Mendes: Investigação; Curadoria de dados; Redação, revisão e edição. Lays Augusto da Silva de Castro Lima: Investigação; Curadoria de dados; Redação, revisão e edição. Manuella Bennaton Cardoso Vieira Rehfeld: Investigação; Curadoria de dados; Redação, revisão e edição. Ana Flávia Ferreira: Investigação; Curadoria de dados; Redação, revisão e edição.

Anne Caroline Andrade Oliveira: Investigação; Curadoria de dados; Redação, revisão e edição. Patricia Fernandes Trevizan: Metodologia; Análise formal; Redação, revisão e edição. Ana Paula Ferreira: Análise formal; Metodologia estatística; Redação, revisão e edição; Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Cestari VRF, Garces TS, Sousa GJB, Maranhão TA, Souza Neto JD, Pereira MLD, et al. Spatial distribution of mortality for heart failure in Brazil, 1996-2017. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(1):41-51. PMID:35195207.
2. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Epidemiological, clinical and therapeutic profile of heart failure in a tertiary hospital. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(3):392-8. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000102>. PMID:20949226.
3. Gomes BR, Bocchi EA. Quality of life in heart failure: an important goal in treatment. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(1):33-4. PMID:32049167.
4. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2021;23(1):157-74. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>. PMID:32945600.
5. Luz JL, Kuczynski PF, Moraes MA, Rodrigues JA, Saffi MAL, Ruschel KB. Insuficiência cardíaca: avaliação e comparação do conhecimento da doença em pacientes ambulatoriais x hospitalizados. *Rev Enferm UFSM.* 2020;10:1-16. <https://doi.org/10.5902/2179769233504>.
6. Silva AVC, Carvalho BL, Guedes MVC. Orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. *Rev Enferm Contemp.* 2020;9(1):109-17. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2592>.
7. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira ADD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Brazilian Cardiovascular Rehabilitation Guideline - 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(5):943-87. <https://doi.org/10.36660/abc.20200407>. PMID:32491079.
8. Bonin CD, Santos RZ, Ghisi GL, Vieira AM, Amboni R, Benetti M. Construction and validation of a questionnaire about heart failure patients' knowledge of their disease. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(4):364-73. <https://doi.org/10.5935/abc.20140032>. PMID:24652054.
9. Avila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LC, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the brazilian version of the self-care of heart failure index version 6.2. *Nurs Res Pract.* 2013;2013:178976. <https://doi.org/10.1155/2013/178976>. PMID:24163765.
10. Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Health literacy influences heart failure knowledge attainment but not self-efficacy for self-care or adherence to self-care over time. *Nurs Res Pract.* 2013;2013:353290. <https://doi.org/10.1155/2013/353290>. PMID:23984058.
11. Kommuri NV, Johnson ML, Koelling TM. Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2012;86(2):233-8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.019>. PMID:21705170.
12. Linn AC, Azollin K, Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):500-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690312i>. PMID:27355299.



13. Megiati HM, Grisante DL, D'Agostino F, Santos VB, Lopes CT. Relationship between perceived social support and self-care of patients with heart failure. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE01296. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO012966>.
14. Rêgo MLM, Cabral DAR, Fontes EB. Cognitive deficit in heart failure and the benefits of aerobic physical activity. *Arq Bras Cardiol.* 2018;110(1):91-4. PMID:29538528.
15. Arruda CS, Pereira JMV, Figueiredo LDS, Scofano BDS, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Effect of an orientation group for patients with chronic heart failure: randomized controlled trial. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;25:e2982. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2167.2982>. PMID:29319747.
16. Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health literacy and heart failure: a systematic review. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(2):121-30. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000229>. PMID:25569150.
17. Grif Alspach J. Heart failure and low health literacy: mitigating this lethal combination. *Crit Care Nurse.* 2015;35(5):10-4. <https://doi.org/10.4037/ccn2015734>. PMID:26427971.
18. Callender T, Woodward M, Roth G, Farzadfar F, Lemarie JC, Gicquel S, et al. Heart failure care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2014;11(8):e1001699. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001699>. PMID:25117081.
19. García-Conejo C, Roldán-Jiménez C, Ramirez-Pérez L, Díaz-Balboa E, Cuesta-Vargas A. Self-care education during Cardiac Rehabilitation programs for patients with Heart Failure with preserved Ejection Fraction: a Delphi Study. *Aten Primaria.* 2024;56(12):103030. PMID:39018719.
20. Eimer S, Mahmoodi-Shan GR, Abdollahi AA. The effect of self-care education on adherence to treatment in elderly patients with heart failure: a randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2023;28(5):610-5. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_315_20. PMID:37869700.
21. Ahmadizadeh Z, Shanbehzadeh S, Kessler D, Taghavi S, Khaleghparast S, Akbarfahimi M. Occupational performance coaching for adults with heart failure: randomized controlled trial protocol. *Can J Occup Ther.* 2023;90(1):15-24. <https://doi.org/10.1177/00084174221130167>. PMID:36266930.