



REVISÃO

Capacidade funcional e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: uma scoping review

Capacidad funcional y autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca: una revisión de alcance

Functional status and self-care of patients with heart failure: a scoping review

José Arthur Guimarães dos Santos¹

Juliana Pessoa de Souza²

Danielly Farias Santos de Lima³

Suzana de Oliveira Manguiera⁴

João Victor Batista Cabral⁵

Mailson Marques de Sousa⁶

¹ Enfermeiro, mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

² Enfermeira, estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

³ Enfermeira, estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Enfermeira, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

⁵ Enfermeiro, Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

⁶ Enfermeiro, Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

* Autor correspondente. E-mail: arthurguimaraes60@gmail.com

<https://doi.org/10.6018/eglobal.677601>

elocation-id:e677601

Recebido: 01/09/2025

Aceite: 29/01/2026

RESUMO:

Objetivo: Mapear as evidências científicas sobre a relação entre capacidade funcional e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca.

Métodos: *Scoping review* elaborada conforme o *Joanna Briggs Institute* e orientada pelo PRISMA-ScR. Sete bases de dados eletrônicas e literatura cinzenta foram consultadas. Incluíram-se estudos primários com adultos (idade igual ou superior a 18 anos) diagnosticados com insuficiência cardíaca, publicados em qualquer idioma, com seleção independente e duplo-cega.

Resultados: Dezoito estudos foram incluídos. O autocuidado foi avaliado predominantemente pelo instrumento *Self-Care of Heart Failure Index*. A capacidade funcional foi principalmente avaliada pela

classificação funcional da *New York Heart Association*. A relação entre ambos é complexa e variada, com relações positivas, negativas ou ausentes.

Conclusão: A relação entre capacidade funcional e autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca é heterogênea. A compreensão da relação entre autocuidado e capacidade funcional pode guiar profissionais de saúde na avaliação e no desenvolvimento de intervenções personalizadas (educação, suporte ao exercício, motivação) de pacientes com insuficiência cardíaca.

Palavras-chave: Estado Funcional; Autocuidado; Insuficiência Cardíaca; Revisão de Escopo.

RESUMEN:

Objetivo: Mapear la evidencia científica sobre la relación entre la capacidad funcional y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Revisión de alcance realizada de acuerdo con el Joanna Briggs Institute y guiada por PRISMA-ScR. Se consultaron siete bases de datos electrónicas y literatura gris. Se incluyeron estudios primarios con adultos (de 18 años o más) diagnosticados con insuficiencia cardíaca, publicados en cualquier idioma, con una selección independiente y a doble ciego.

Resultados: Se incluyeron 18 estudios. El autocuidado se evaluó predominantemente utilizando el Self-Care of Heart Failure Index. La capacidad funcional se evaluó principalmente a través de la clasificación funcional de la New York Heart Association. La relación entre ambos es compleja y variada, con correlaciones positivas, negativas o ausentes.

Conclusión: La relación entre la capacidad funcional y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca es heterogénea. La comprensión de la relación entre el autocuidado y la capacidad funcional puede orientar a los profesionales de la salud en la evaluación y el desarrollo de intervenciones personalizadas (educación, apoyo al ejercicio, motivación) para pacientes con insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: Estado Funcional; Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Revisión de Alcance.

ABSTRACT:

Objective: To map the scientific evidence on the relationship between functional capacity and self-care in patients with heart failure.

Methods: Scoping review conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute and guided by PRISMA-ScR. Seven electronic databases and gray literature were consulted. Primary studies with adults (aged 18 years or older) diagnosed with heart failure, published in any language, were included, with independent and double-blind selection.

Results: 18 studies were included. Self-care was predominantly assessed using the Self-Care of Heart Failure Index. Functional capacity was primarily assessed using the New York Heart Association functional classification. The relationship between the two is complex and varied, with positive, negative, or absent correlations.

Conclusion: The relationship between functional capacity and self-care in patients with heart failure is heterogeneous. Understanding the relationship between self-care and functional capacity can guide healthcare professionals in the assessment and development of personalized interventions (education, exercise support, motivation) for patients with heart failure.

Keywords: Functional Status; Self Care; Heart Failure; Scoping Review.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) configuram-se como a principal causa de mortalidade global. Nos últimos anos, os avanços no tratamento das DCVs têm contribuído significativamente para o aumento da longevidade, o que torna essencial a análise da carga de doenças como forma de orientar políticas de saúde voltadas tanto à prevenção de fatores de risco quanto à melhoria da qualidade de vida (QV)⁽¹⁾. Nesse cenário, a insuficiência cardíaca (IC) se destaca como a principal causa de internação hospitalar no Brasil, com elevadas taxas de mortalidade e necessidade de reinternação em curto e longo prazos⁽²⁾.

Aproximadamente 64,3 milhões de pessoas em todo o mundo possuem IC. No Brasil, a prevalência é de cerca de 2 milhões^(3,4). Na população adulta, a prevalência varia de 1% a 3%, sendo mais frequente entre os idosos. Já a incidência varia de 1 a 20 casos por 1.000 pessoas por ano⁽⁴⁾.

A IC é definida como uma síndrome clínica e multifatorial, caracterizada por sinais e sintomas decorrentes de distúrbios cardíacos estruturais ou funcionais. Está associada à baixa capacidade funcional (CF) e à maior necessidade de recursos terapêuticos, o que resulta em elevados custos para o sistema de saúde^(2,4). Por ser uma condição progressiva e debilitante, a IC exige um gerenciamento contínuo ao longo da vida para alcançar o controle do estado funcional⁽⁵⁾.

Sintomas como dispneia, fadiga, retenção de líquidos e edema de membros inferiores estão presentes na IC e podem limitar a tolerância ao exercício e a CF⁽²⁾. Isso contribui para uma diminuição na realização das atividades de vida diária (AVD) e, conseqüentemente, menor QV. Uma revisão sistemática e meta-análise, que avaliou o uso de testes funcionais em pessoas com IC, mostrou que pacientes com baixo desempenho físico, como no Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6), apresentam pior prognóstico para IC, com maior risco de hospitalização e mortalidade⁽⁶⁾. Estudo transversal evidenciou que quanto maior a classe funcional da *New York Heart Association* (NYHA), menor é o desempenho funcional, de forma que os pacientes com NYHA III e IV foram os que apresentaram pior funcionalidade⁽⁷⁾.

Em pacientes com classe funcional II e III da NYHA e fração de ejeção preservada, a CF demonstra ter um impacto direto na gestão do autocuidado (AC), mas não está direta ou indiretamente relacionada à manutenção do AC. Indivíduos com CF limitada podem ter dificuldades em gerir os seus sintomas, mas isso não impede, necessariamente, a sua capacidade de manter rotinas de AC, como seguir uma dieta específica ou fazer uso da medicação prescrita⁽⁸⁾.

A IC influencia a CF, de modo que é fundamental que os pacientes mantenham a estabilidade clínica por meio da adoção eficaz de práticas de AC. Para isso, é necessário incorporar hábitos de monitorização e controle de ingestão de líquidos e sal, seguir uma dieta saudável, aderir à medicação e praticar exercícios físicos regularmente. Essas práticas possibilitam melhor QV e menores índices de desfechos adversos⁽⁹⁾. Em razão disso, o AC dos pacientes com IC contribui para a manutenção da estabilidade clínica e das AVD com maior eficiência⁽¹⁰⁾.

Os resultados encontrados na literatura sobre a relação entre CF e AC são limitados, e os achados não podem ser aplicáveis a todos os pacientes com IC. Portanto, mais pesquisas são necessárias para elucidar melhor essa relação em diferentes contextos e populações. Diante do exposto, objetivou-se mapear as evidências científicas sobre a relação entre CF e AC de pacientes com IC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de uma *scoping review*, elaborada em nove etapas sequenciais, conforme preconizado pelo manual de síntese de evidências do *Joanna Briggs Institute* (JBI): 1)

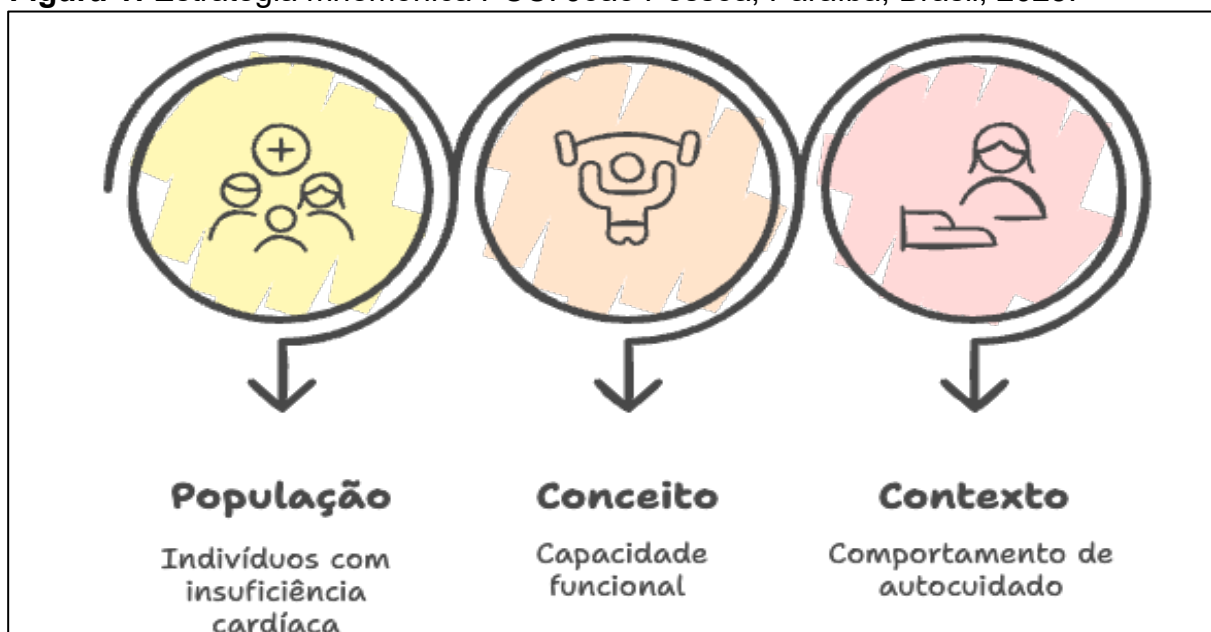
Estruturação do título; 2) Desenvolvimento do título e da pergunta; 3) Escrita da introdução e do objetivo; 4) Desenvolvimento e alinhamento dos critérios de inclusão com o objetivo e a pergunta de pesquisa; 5) Montagem da estratégia de busca de forma a ser o mais abrangente possível; 6) Seleção da fonte de evidência; 7) Processo de extração de dados; 8) Análise das evidências; 9) Apresentação dos resultados⁽¹¹⁾.

Foram seguidas as recomendações metodológicas da extensão do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses for scoping reviews*, o PRISMA-ScR⁽¹²⁾. O protocolo do estudo foi previamente cadastrado na plataforma *Open Science Framework* – OSF (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JRUY3>).

Identificação da questão de pesquisa

A questão de pesquisa foi elaborada com base na estratégia mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto)⁽¹¹⁾, conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1: Estratégia mnemônica PCC. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

Assim, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: Qual a relação entre a capacidade funcional e o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca?

Identificação dos estudos

As fontes de informação consistiram nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed), *Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science* (WoS), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Cochrane Library*, *Embase* e *SCOPUS* via Elsevier. Para a literatura cinzenta, utilizaram-se: Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), *Who Library Database* e *ProQuest Dissertations and Thesis Global*.

As bases de dados foram acessadas por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), mediante o acesso proveniente de uma universidade federal pública. Por fim, foram realizadas buscas nas listas de referências dos estudos que compuseram a amostra desta *scoping review*. As buscas foram realizadas após o registro do protocolo, entre dezembro de 2024 e março de 2025.

As estratégias de busca foram baseadas nos elementos do mnemônico PCC, com o auxílio de termos e descritores em ciências da saúde (DeCS) ou *Medical Subject Headings* (MeSH), em conjunto com os operadores booleanos AND e OR. As estratégias de busca foram definidas a partir de testes iniciais no portal da PubMed e CINAHL, para posteriormente serem aplicadas nas demais bases de dados conforme recomendações⁽¹¹⁾. As estratégias de busca e os resultados obtidos nas respectivas fontes de informação estão dispostos no Quadro 1.

Quadro 1: Estratégias de busca, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

Fontes de informação	Estratégias de busca	Estudos identificados
PubMed	("Heart Failure"[MeSH Terms] OR "Heart Failure"[Title/Abstract]) AND ("Functional Status"[MeSH Terms] OR "Functional Status"[Title/Abstract] OR "Functional Capacity"[Title/Abstract]) AND ("self care"[MeSH Terms] OR "self care"[Title/Abstract] OR "self care"[MeSH Terms] OR "self care"[Title/Abstract])	73
CINAHL	"Heart Failure" AND "Functional Status" OR "Functional Dependence" OR "Functional Independence" AND "Self Care"	1026
WoS	(((((TS=("Heart Failure")) OR TS=("Cardiac Failure")) OR TS=("Heart Decompensation"))) AND TS=("Functional Status")) OR TS=("Functional Dependence")) AND TS=("Self Care")	75
LILACS	("Heart Failure") OR ("Cardiac Failure") OR ("Heart Decompensation") OR ("Congestive Heart Failure") OR ("Insuficiênciã Cardíaca") OR ("Descompensação Cardíaca") OR ("Falência Cardíaca") OR ("Falência Cardíaca Congestiva") OR ("Insuficiênciã Cardíaca Congestiva") OR ("Insuficiencia Cardíaca") OR ("Descompensación Cardíaca") OR ("Falencia Cardíaca") OR ("Fallo Cardíaco Congestivo") OR ("Insuficiencia Cardíaca Congestiva") AND ("Functional Status") OR ("Functional Dependence") OR ("Functional Independence") OR ("Estado Funcional") OR ("Capacidade Funcional") OR ("Dependência Funcional") OR ("Independência Funcional") OR ("Saúde Funcional") OR ("Status Funcional") OR ("Dependencia Funcional") OR ("Estatus Funcional") OR ("Independencia Funcional") AND ("Self Care") OR ("Self-Care") OR (Autocuidado) OR (Autoajuda) OR (Autoayuda)	05
Cochrane Library	"Heart Failure" in Title Abstract Keyword OR "Cardiac Failure" in Title Abstract Keyword AND "Functional Status"	169

Fontes de informação	Estratégias de busca	Estudos identificados
	in Title Abstract Keyword AND "Self Care" in Title Abstract Keyword	
Embase	('heart failure'/exp OR 'cardiac failure' OR 'heart decompensation' OR 'congestive heart failure'/exp OR 'myocardial failure') AND ('functional status'/exp OR 'functional dependence' OR 'functional independence') AND ('self care'/exp OR 'self-care') AND [embase]/lim	181
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ('heart AND failure' OR 'cardiac AND failure' OR 'heart AND decompensation' OR 'congestive AND heart AND failure' OR 'myocardial AND failure') AND ALL ('functional AND status' OR 'functional AND dependence' OR 'functional AND independence') AND ALL ('self AND care' OR 'self-care'))	74
BDTD	"Heart Failure" AND "Functional Status" AND "Self Care"	02
Who Library Database	"Heart Failure" OR "Cardiac Failure" OR "Heart Decompensation" AND "Functional Status" OR "Functional Dependence" OR "Functional Independence" AND "Self Care" OR "Self-Care"	28
ProQuest	"Heart Failure" AND "Functional Status" AND "Self Care"	133

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Nesta revisão, os critérios de inclusão definidos foram: estudos com pessoas adultas (idade ≥ 18 anos) com diagnóstico clínico de IC, publicados em qualquer idioma e sem restrição de tempo. Foram consideradas pesquisas em todos os contextos de saúde (*follow-up*, domiciliar, instituição de longa permanência, atenção primária à saúde e hospitalar), sem restrições quanto à localização geográfica e estudos primários que respondessem à questão norteadora.

Foram excluídos estudos editoriais, resumos em anais de eventos, fases de projeto, protocolos de pesquisa, opiniões de especialistas e estudos que não se relacionassem com o objetivo da revisão. A exclusão foi realizada com base na leitura do título e resumo, temática associada, texto não disponível na íntegra e repetição dos estudos.

As buscas foram exportadas para o gerenciador de referências *Zotero* (versão 7.0.11)⁽¹³⁾, que auxiliou na identificação de estudos duplicados e na organização das referências. A seleção dos estudos foi realizada de forma independente, por pares e em duplo-cego, com uso da plataforma *Rayyan - Intelligent Systematic Review*⁽¹⁴⁾. Os casos de discordâncias entre os revisores foram resolvidos por um terceiro revisor. Todo o processo de seleção está representado no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 2).

Análise dos dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos e inseridos em instrumento próprio, elaborado pelos autores, que contemplava: base de dados; ano e idioma de publicação; periódico; delineamento do estudo; objetivos; local; ambiente ou contexto de saúde;

população e amostra; métodos de avaliação de AC e CF; relação observada entre AC e CF; limitações e desfechos.

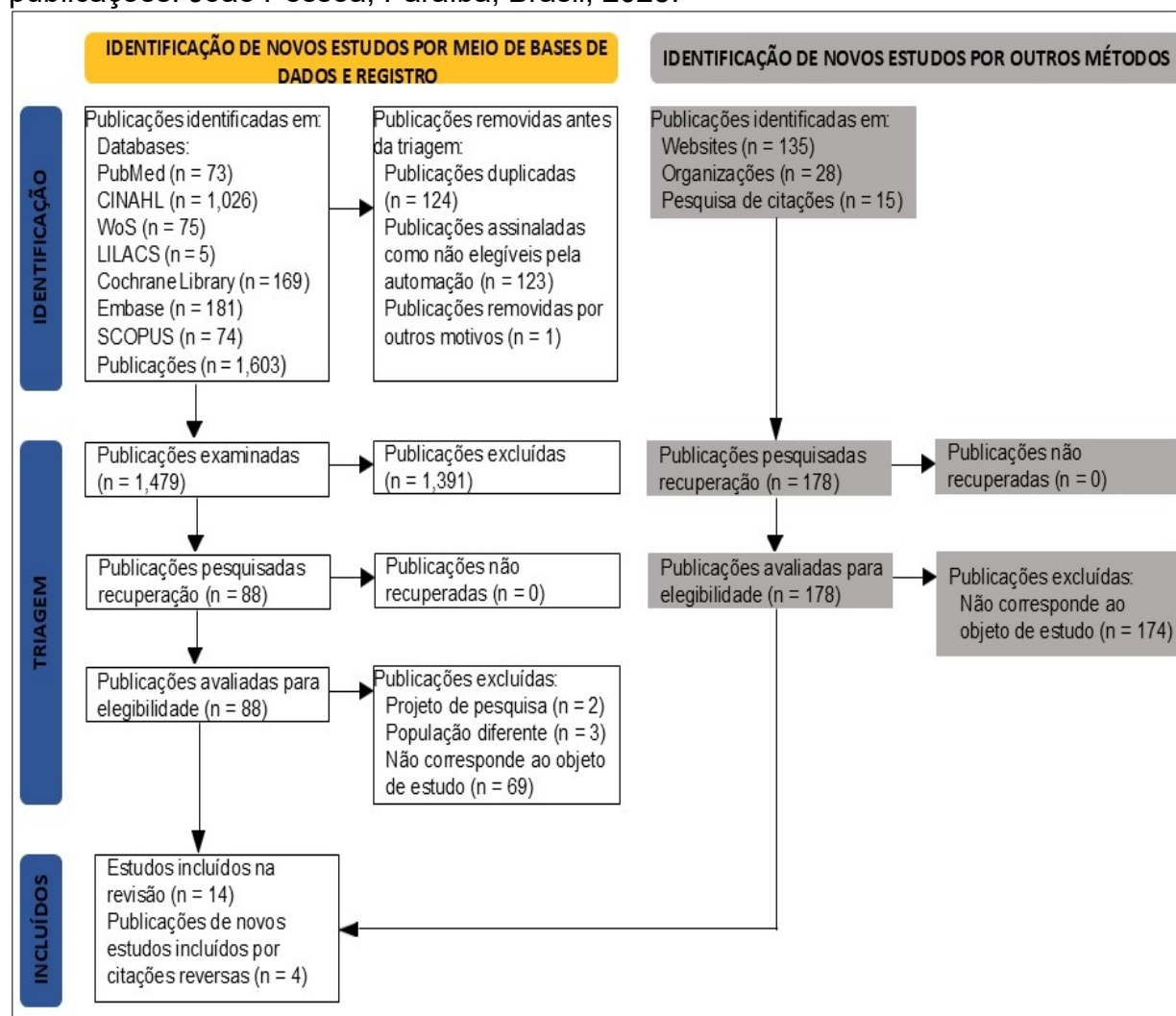
RESULTADOS

Inicialmente, foram identificadas 1.603 publicações nas bases de dados PubMed, CINAHL, WoS, LILACS, Cochrane Library, Embase e SCOPUS. Destas, 124 publicações duplicadas foram removidas (123 assinaladas por automação e 1 excluída manualmente). Após essa triagem inicial, 1.479 publicações foram examinadas, o que resultou na exclusão de 1.391 por não atenderem aos critérios estabelecidos. As 88 publicações restantes foram avaliadas quanto à elegibilidade: 2 foram excluídas por serem projetos de pesquisa, 3 por tratarem de diferentes populações e 69 por não corresponderem ao objeto de estudo, o que totalizou 14 estudos incluídos.

Paralelamente, foram identificadas 163 publicações na literatura cinzenta (135 em websites – BDTD e *Proquest* – e 28 em organizações – *Who Library Database*). Por fim, foram realizadas buscas por citações, onde foram analisados 15 estudos. Desse modo, totalizaram 178 estudos obtidos por outros métodos. Após análises, 174 foram excluídas por não se enquadrarem no foco da revisão, resultando em 4 novos estudos incluídos. Ao final do processo, a revisão contemplou 18 estudos, conforme ilustrado na Figura 2.

Os estudos selecionados foram identificados em quatro bases de dados distintas. A maioria, oito artigos, foram encontrados no PubMed⁽¹⁵⁻²²⁾, cinco na Embase⁽²³⁻²⁷⁾, um na CINAHL⁽²⁸⁾ e quatro por citações reversas⁽²⁹⁻³²⁾.

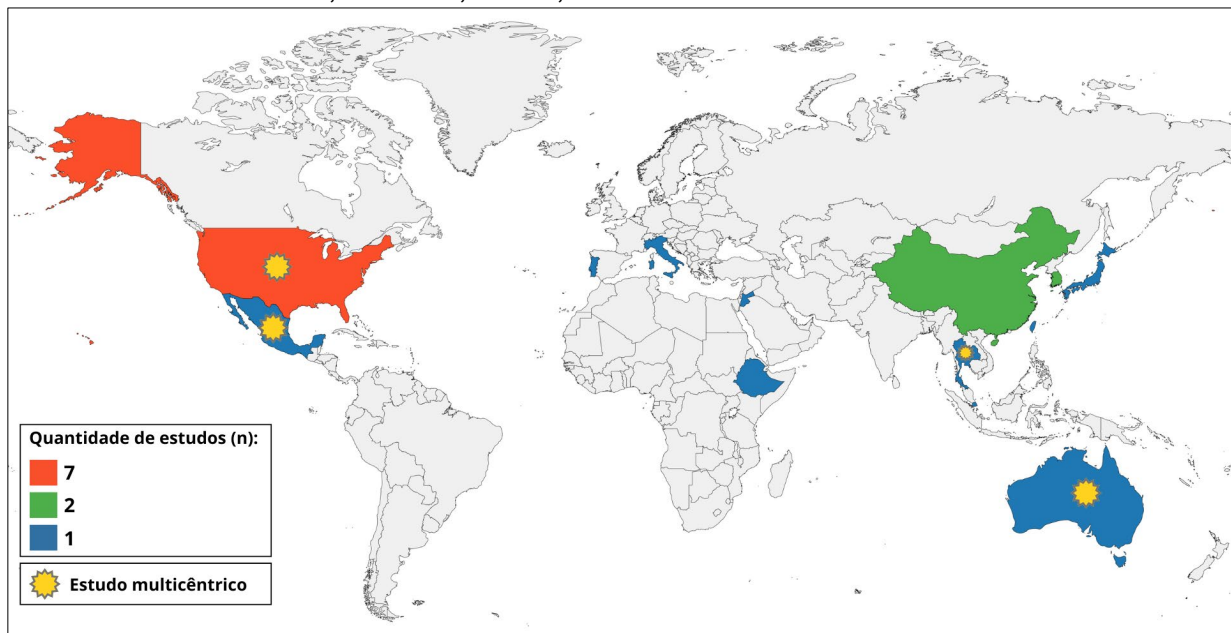
Figura 2: Fluxograma PRISMA-ScR de identificação, seleção e inclusão de publicações. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.



Fonte: Adaptado⁽¹²⁾.

Os estudos selecionados foram conduzidos, em sua maioria, nos Estados Unidos^(15-18,20,23,29), com sete estudos, seguido da Coreia do Sul^(29,31) e da China com dois^(19,24). Um único estudo foi realizado em cada um dos seguintes países: Austrália⁽²³⁾, Etiópia⁽³²⁾, Itália⁽³⁰⁾, Japão⁽²⁵⁾, Jordânia⁽²⁷⁾, México⁽²³⁾, Portugal⁽²¹⁾, Singapura⁽²⁶⁾, Taiwan⁽²²⁾ e Tailândia⁽²³⁾. Houve, ainda, um estudo multicêntrico⁽²³⁾ que envolveu Estados Unidos, Austrália, Tailândia e México. O mapa temático apresentado na Figura 3 fornece uma representação coroplética dos artigos, considerando os países em que os estudos foram desenvolvidos.

Figura 3: Distribuição geográfica dos artigos publicados de acordo com a frequência absoluta. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O Quadro 2 apresenta uma síntese narrativa das características gerais dos estudos incluídos e as relações encontradas entre CF e AC em pacientes com IC.

Quadro 2: Caracterização dos estudos incluídos e principais desfechos encontrados, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

AUTORES (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO E CONTEXTO	RELAÇÃO ENTRE AC E CF
Jean M. Rockwell e Barbara Riegel (2001) ²⁹	Testar um modelo de características individuais do paciente, abrangendo a gravidade dos sintomas, comorbidade, apoio social, escolaridade, idade, nível socioeconômico e gênero, derivado do Modelo de AC de Connolly em Doença Crônica como preditores de AC na IC.	Estudo transversal e correlacional	209 pacientes diagnosticados com IC, em ambiente hospitalar.	Pacientes com sintomas mais graves apresentaram maiores escores de AC, ou seja, aqueles que eram mais sintomáticos e funcionalmente prejudicados eram mais bem informados sobre os sintomas que necessitam de AC e tinham tendência a adotar comportamentos de AC.
Seongkum Heo et al. (2008) ¹⁵	Identificar os fatores relacionados aos comportamentos de AC em pacientes com IC.	Estudo transversal e correlacional	122 pacientes com IC, com idade média de 60 anos, acompanhados em ambulatorios.	Para mulheres, pior CF previu melhores comportamentos de AC, sugerindo que o comprometimento funcional facilitou o AC. Embora homens

AUTORES (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO E CONTEXTO	RELAÇÃO ENTRE AC E CF
				e mulheres apresentassem níveis iniciais semelhantes de conhecimento, status psicológico e comportamentos de AC, os homens exibiam melhor estado funcional. Por fim, fatores distintos afetaram o AC de cada gênero.
Barbara Riegel et al. (2009) ²³	Descrever e comparar o AC em dois países desenvolvidos — EUA e Austrália — e dois países em desenvolvimento — Tailândia e México.	Estudo descritivo e comparativo	2082 pacientes com IC, em diversos ambientes de saúde (hospitais, clínicas, ambulatorios e domicílios).	A classe NYHA foi um determinante significativo na manutenção do AC, e o estado funcional foi associado à confiança no AC. O ensino superior, a experiência com o diagnóstico, a classe da NYHA e o país foram determinantes na manutenção do AC; a manutenção do AC foi mais alta na Austrália e mais baixa na Tailândia; o gerenciamento do AC foi mais alto nos Estados Unidos e mais baixo na Tailândia; a confiança no AC foi mais alta no México e mais baixa na Tailândia.
Catherine N. Marti et al. (2012) ¹⁶	Avaliar de forma abrangente a adesão relatada pelo paciente a 8 recomendações de AC para IC, preditores de adesão e sua associação com desfechos.	Estudo de coorte prospectivo	308 pacientes ambulatoriais com IC, recrutados em 3 hospitais.	Não houve associação significativa entre a adesão ao AC e a CF medida pelo teste de caminhada de 6 minutos. Também não houve associação entre adesão e eventos clínicos ou CF.

AUTORES (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO E CONTEXTO	RELAÇÃO ENTRE AC E CF
Angela P. Clark et al. (2015) ¹⁷	Examinar os efeitos de uma intervenção de apoio educacional realizada no ambiente doméstico, usando estratégias para melhorar o estado de saúde e o AC em adultos/idosos com IC classe I-III.	Estudo prospectivo, randomizado e controlado	50 pacientes não hospitalizados diagnosticados com IC classe I-III da NYHA, com idade ≥ 45 anos. Estudo realizado de forma remota.	Houve relação entre CF e AC, pois houve melhora nas pontuações do estado funcional no grupo de intervenção, e esses resultados demonstraram um impacto positivo no estado de saúde dos participantes, com destaque para o componente de autoeficácia presente na avaliação do AC que aumentou 20 pontos, indicando um aumento nos níveis de AC após a melhora do estado funcional.
Antonello Cocchier et al. (2015) ³⁰	Descrever a manutenção do AC, o manejo do AC e a confiança no AC em adultos italianos com IC.	Estudo transversal descritivo	1192 adultos com IC acompanhados em centros cardiovasculares.	Uma classe funcional NYHA mais alta previu um pior AC. Pacientes com limitações físicas mais significativas tenderam a apresentar menor capacidade de reconhecer e interpretar os sintomas de exacerbação da IC, implementar tratamentos para aliviá-los e avaliar a eficácia desses tratamentos.
Jin Shil Kim et al. (2015) ³¹	Examinar a associação da função cognitiva com a adesão ao AC em pacientes coreanos com IC.	Estudo prospectivo	86 pacientes ambulatoriais com IC, com idade > 30 anos, diagnosticados com IC há pelo menos 6 meses.	Pacientes com $\geq$ NYHA II apresentaram níveis de AC significativamente inferiores em comparação com pacientes NYHA I. Aqueles com mais limitação funcional demonstraram pior

AUTORES (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO E CONTEXTO	RELAÇÃO ENTRE AC E CF
				função cognitiva e pior confiança no AC. É importante ressaltar que a perda de memória foi um preditor significativo da confiança no AC.
Jong Sun Ok e Heejung Choi (2015) ²⁸	Avaliar o conhecimento sobre IC e a adesão aos comportamentos de AC em pacientes coreanos com IC. Identificar fatores que afetam a adesão aos comportamentos de AC nesses pacientes.	Estudo correlacional	280 pacientes ambulatoriais com IC.	Pacientes com pior CF foram mais propensos a aderir aos comportamentos de AC. Especificamente, a CF foi uma variável independente significativa na análise de regressão múltipla, com um coeficiente beta de 0.19 e $p=0.036$.
McCarthy, Margaret et al. (2016) ¹⁸	Avaliar a viabilidade de uma intervenção de aconselhamento sobre exercícios para adultos, de diversas raças/etnias com IC. Avaliar o potencial da intervenção para melhorar a atividade física geral, a CF e o AC da IC.	Estudo quase-experimental prospectivo	15 adultos com diagnóstico de IC estável, acompanhados em clínica.	A intervenção levou a melhorias tanto na CF quanto na manutenção AC. Uma intervenção breve liderada por enfermeiros pode ser uma abordagem possível para melhorar o AC em pacientes com IC. O aconselhamento sobre exercícios usando entrevistas motivacionais pode ser uma opção para promover a atividade física e melhorar a CF.
Huijing Zou et al. (2017) ¹⁹	Explorar fatores associados aos comportamentos de AC e examinar o papel mediador da confiança no AC.	Estudo transversal	321 pacientes com IC recrutados em três unidades cardiovasculares hospitalares.	Houve associação da CF com o gerenciamento do AC, mas não com a manutenção do AC.
Xiaoling Lei e Minsui Cai (2018) ²⁴	Descrever as habilidades de AC e fatores associados em pacientes com IC.	Estudo transversal	91 pacientes com IC internados em	O estudo encontrou uma relação negativa entre a NYHA e a capacidade de AC.

AUTORES (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO E CONTEXTO	RELAÇÃO ENTRE AC E CF
			ambiente hospitalar.	Pacientes com NYHA IV apresentaram menor capacidade de AC. Pacientes com NYHA II apresentaram melhor capacidade de AC. O conhecimento sobre a doença também influencia a capacidade de AC, sendo que pacientes com maior compreensão da IC tendem a ter melhor capacidade de AC. A mobilidade dos pacientes também foi relacionada com o conhecimento da doença e a classificação funcional cardíaca.
Bruno Delgado et al. (2021) ²¹	Compreender a relação do gênero e das características fisiopatológicas com o comportamento de AC.	Estudo transversal multicêntrico	225 pacientes internados com IC de oito hospitais.	Pacientes na classe NYHA II apresentaram um nível pior de autogestão e autoconfiança em comparação com pacientes nas classes III e IV.
Kazushi Sakane et al. (2021) ²⁵	Descrever um caso de IC avançada com fração de ejeção reduzida em que a entrevista motivacional leva à estabilização da condição do paciente.	Relato de caso	1 paciente com IC e fração de ejeção reduzida interno em ambiente hospitalar.	Após a entrevista motivacional, houve uma melhora no AC e também na CF do paciente, demonstrada pela redução da frequência cardíaca após o esforço e pela melhora na classe funcional da NYHA. Houve uma relação positiva entre o AC e a CF após a intervenção.

AUTORES (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO E CONTEXTO	RELAÇÃO ENTRE AC E CF
Enu Sitotaw et al. (2022) ³²	Compreender as práticas de AC e seus fatores associados entre pacientes com IC no sul da Etiópia.	Estudo transversal	229 pacientes com IC internados em ambiente hospitalar	Os participantes das classes NYHA III e IV tinham duas vezes mais chances de ter bons comportamentos de AC em comparação com os das classes I e II. Apenas 34% dos participantes apresentaram bons escores de AC.
Rebecca A. Gary et al. (2022) ²⁰	Avaliar a eficácia de um programa de 12 semanas de exercício aeróbico domiciliar combinado com treinamento cognitivo computadorizado (EX/CCT) nos comportamentos de AC na IC, QV específica da doença e CF, em comparação com exercício sozinho (EX) ou um programa de alongamento e flexibilidade de atenção usual.	Estudo randomizado controlado de três grupos, com avaliações pré e pós-intervenção	69 participantes com idades entre 40 e 75 anos, com fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) $\geq 10\%$, classe II-III da NYHA, acompanhados em clínicas de IC.	Foi observado que a intervenção combinada resultou em melhorias significativas tanto no AC quanto na CF. A combinação de exercício e treinamento cognitivo pode melhorar o AC, a QV e a CF em pessoas com IC. O CCT pode ser uma estratégia de intervenção mais eficaz do que o EX.
Chetna Malhotra et al. (2024) ²⁶	Avaliar o padrão de readmissões hospitalares entre pacientes com sintomas IC avançada.	Estudo de coorte prospectivo	250 pacientes com IC recrutados em dois hospitais públicos.	Pacientes com pior estado funcional e comportamentos de AC inadequados apresentaram maior risco de readmissão hospitalar. O estudo identificou que pacientes com força de preensão manual fraca e pior estado funcional apresentaram maior risco de readmissão hospitalar.
Loai Issa Tawalbeh (2024) ²⁷	Identificar os preditores de comportamentos de AC entre pacientes com IC na Jordânia.	Estudo transversal correlacional	254 pacientes com IC recrutados em três ambulatorios	A classe funcional da NYHA, foi um preditor significativo dos aspectos de gerenciamento e

AUTORES (ANO)	OBJETIVOS	MÉTODO	POPULAÇÃO E CONTEXTO	RELAÇÃO ENTRE AC E CF
				confiança do AC, uma vez que um melhor estado funcional NYHA foi correlacionado com melhores atividades de gerenciamento do AC e melhor confiança no AC.
Chih-Wen Chen et al. (2025) ²²	Avaliar os efeitos de um modelo de cuidados de saúde colaborativo liderado por enfermeiros na autogestão, estado funcional, re-hospitalização e custos médicos de pacientes com IC.	Ensaio clínico randomizado de dois grupos	100 pacientes diagnosticados com IC, com idade ≥ 20 anos do departamento de cardiologia de um hospital.	A intervenção melhorou significativamente tanto o AC quanto o estado funcional ao longo do tempo, indicando uma relação positiva entre os dois. O estado funcional melhorou significativamente com um aumento de pacientes na classe I da NYHA e uma diminuição na classe III.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Para avaliar o AC e a CF foram utilizados diversos instrumentos e abordagens. O AC foi majoritariamente avaliado por meio da *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI), em suas diferentes versões e adaptações culturais para diversos países^(15,17-21,23,26,27,30,31). Duas publicações utilizaram a *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*^(22,28) e uma utilizou ferramenta similar, como a *European Self-care Behaviour Practice Tool*, para medir o AC⁽³²⁾.

Outras avaliações de AC incluíram a subescala *Self-Management of Heart Failure Instrument* (SMHF)⁽²⁹⁾, o questionário *Medical Outcomes Study Specific Adherence Scale* (MOS-SAS)⁽¹⁶⁾, o *CHF patient comprehensive self-care ability evaluation scale questionnaire* (MCHFCSQ)⁽²⁴⁾ e, em um relato de caso, a observação dos comportamentos do paciente e adesão às recomendações médicas ocorreram por meio de entrevista motivacional⁽²⁵⁾.

A CF, por sua vez, foi avaliada predominantemente pela classificação funcional da NYHA em treze estudos^(15,17,21-28,30,31-32). O *Duke Activity Status Index* (DASI) foi utilizado em quatro estudos^(15,18-19,28), enquanto o teste de caminhada de 6 minutos (6MWT) foi empregado em três investigações^(16,18,20). Avaliações adicionais da CF incluíram a *Specific Activity Scale* (SAS)⁽²⁹⁾, o *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ) para limitações físicas⁽¹⁷⁾, a escala de *London Chest Activities of Daily Living* (LCADL) o Índice de *Barthel* (BI)⁽²¹⁾, e o teste de esforço em esteira de *Balke* modificado⁽²⁰⁾.

DISCUSSÃO

A distribuição geográfica dos estudos incluídos revelou predomínio de publicações originadas dos Estados Unidos. A análise também abrangeu países com diferentes níveis socioeconômicos, como Etiópia, México e Tailândia. Observam-se lacunas geográficas evidentes e a ausência de estudos conduzidos na América do Sul, o que justifica a relevância de novas pesquisas.

Para avaliar o AC, o instrumento predominante foi o *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI) em suas diversas versões. Esse instrumento é fundamentado na *The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care*, publicada pela primeira vez em 2008⁽³³⁾ e atualizada em 2016⁽³⁴⁾.

Os autores definem o AC como um processo de tomada de decisão naturalística que envolve a escolha de comportamentos para manter a estabilidade fisiológica e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem. O instrumento avalia três dimensões: Manutenção do AC: Refere-se aos comportamentos realizados proativamente para manter a estabilidade fisiológica; Percepção de Sintomas: Adicionado à teoria em 2016, é uma forma específica de monitoramento do AC na IC; e Gerenciamento do AC: Envolve uma resposta reativa aos sintomas, ou seja, o manejo dos sintomas quando eles ocorrem⁽³⁴⁾.

A SCHFI versão 6.2 foi adaptada para o Brasil^(35,36), apresenta evidências de validade adequadas e destaca-se como instrumento de grande relevância para a prática clínica em diversos contextos internacionais^(37,38).

Nesta revisão, a classificação funcional da NYHA foi a medida mais comum para avaliação da CF. Desenvolvida originalmente nos Estados Unidos, a NYHA é amplamente utilizada na prática clínica e na pesquisa como um sistema padronizado para estratificar a gravidade dos sintomas da IC. Essa classificação permite estimar a limitação funcional percebida pelos pacientes durante a realização de atividades físicas, oferecendo uma medida subjetiva, porém clinicamente significativa, da progressão da doença. Sua aplicação rotineira contribui para a tomada de decisões terapêuticas, o prognóstico e a compreensão da CF^(2,39).

A NYHA categoriza o paciente em quatro níveis: I: Pacientes assintomáticos; II: Pacientes apresentam sintomas leves, que ocorrem durante atividades físicas habituais; III: Sintomas moderados, nos quais atividades físicas menos intensas causam sintomas. Há uma limitação importante, porém o paciente permanece confortável em repouso; e IV: Sintomas graves, o paciente é incapaz de realizar qualquer atividade física sem desconforto, e os sintomas podem estar presentes mesmo em repouso⁽²⁾.

A classe da NYHA foi um determinante significativo na manutenção do AC, e o estado funcional foi associado à confiança no AC. Portanto, a sintomatologia apresentada pelos pacientes está diretamente associada à capacidade de realizar comportamentos para manter a estabilidade fisiológica que envolve o conceito de manutenção do AC, e o estado funcional associado à confiança (autoeficácia) para realizar ações de AC associadas ao seu estado funcional^(33,34). Investigação demonstrou associação da CF com o gerenciamento do AC, mas não com a manutenção do AC⁽¹⁹⁾. De acordo com a

teoria, as habilidades de realizar AVD envolvem a CF e se associam com a capacidade de resposta aos sintomas diante de uma decisão de AC^(33,34).

O uso da NYHA reflete sua longa tradição e facilidade de uso na prática clínica; entretanto, sua natureza subjetiva e limitação inerente têm sido progressivamente reconhecidas, abrindo oportunidades para avaliações mais acuradas. Paralelamente, o DASI e a SAS são exemplos de outras medidas alternativas utilizadas. O DASI oferece uma avaliação padronizada, além de uma melhor correlação com marcadores objetivos como o consumo máximo de oxigênio^(40,41). Embora o teste de exercício cardiopulmonar (TECP) permaneça o padrão-ouro, sua complexidade e custo limitam o uso na prática clínica. O uso combinado do DASI com outros instrumentos e com o TECP, como ferramenta de triagem para pacientes com IC, pode aprimorar substancialmente a avaliação clínica e o acompanhamento dessa população, permitindo decisões terapêuticas mais precisas e personalizadas⁽⁴⁰⁾.

A SAS avalia a classe funcional cardiovascular baseada nos custos metabólicos (METs) de atividades pessoais, domésticas e recreativas. Utiliza um questionário rápido para determinar a atividade mais extenuante realizada pelo paciente, classificando-o conforme a carga metabólica atingida, independentemente de sintomas ou motivos para a não realização⁽⁴²⁾. Pesquisadores compararam a classificação funcional utilizando a NYHA e a SAS com o TCPE em pacientes ambulatoriais com IC e concluíram que a SAS possui capacidade de reclassificar pacientes inicialmente categorizados como assintomáticos pela NYHA⁽⁴³⁾.

Nesta revisão, identificaram-se estudos heterogêneos sobre a relação entre CF e AC. Alguns indicaram que melhor estado funcional se associa a melhor AC^(17,20,22,25). Outros relataram que pior CF correlaciona-se a pior AC^(15,24,26-27,30-31). Em contraste, alguns estudos observaram que pacientes com pior CF eram mais propensos a aderir aos comportamentos de AC^(28,29,32). Um estudo não identificou associação significativa entre a adesão ao AC e a CF⁽¹⁶⁾. A heterogeneidade dos métodos de avaliação e dos contextos clínicos, que abrange desde pacientes ambulatoriais mais estáveis até hospitalizados com maior sobrecarga de sintomas e limitações funcionais, pode explicar a divergência dos achados.

Observou-se, de modo geral, que a classe funcional da NYHA III foi a mais prevalente, o que indica sintomas moderados e significativa limitação nas atividades. Neste sentido, estudos indicam que a NYHA mais elevada representa um fator de risco importante para desfechos clínicos desfavoráveis durante a hospitalização de pacientes com IC^(39,46).

O AC é fundamental no manejo de longo prazo da IC, o que impacta positivamente a QV, a mortalidade e as taxas de readmissão de desfechos clínicos. Diante disso, a atividade física regular e o treinamento de exercícios são recomendados, pois melhoram a CF e a QV, além de reduzir as hospitalizações⁽⁹⁾.

A adesão a comportamentos de AC relacionados ao exercício físico em pacientes com IC demonstra variabilidade em diferentes estudos. Em uma análise, a adesão a exercícios regulares foi relatada como "boa" por apenas 26,3% dos pacientes investigados⁽¹⁶⁾. Um estudo na Etiópia constatou que apenas 34,1% dos participantes apresentaram boa prática de AC⁽³²⁾. Resultados de pacientes coreanos indicaram uma boa adesão de 41,7% a exercícios regulares⁽²⁸⁾, embora a adesão a comportamentos

de AC em geral e o conhecimento sobre IC fossem menores do que o relatado em estudos anteriores⁽²⁸⁾. Em contraste, um estudo italiano revelou que apenas 13,3% dos pacientes se exercitavam frequentemente ou sempre/diariamente por 30 minutos⁽³⁰⁾.

Parte dos resultados obtidos foram similares com estudo realizado no sul da Índia com pacientes com IC, em que apenas 32,3% dos participantes praticavam exercícios físicos e apresentavam um comportamento de AC insatisfatório⁽⁴⁴⁾. Além disso, um estudo multicêntrico realizado na Turquia que avaliou a percepção, conhecimento e adaptação do paciente no tratamento da IC, identificou que apenas 27% dos participantes praticavam exercícios físicos, o que sugere que eles receberam poucas orientações sobre essa estratégia não farmacológica⁽⁴⁵⁾.

A variabilidade observada na adesão a comportamentos de AC e, especificamente, ao exercício físico, em pacientes com IC é uma preocupação consistente frequentemente atribuída a uma combinação de fatores, incluindo barreiras na adaptação a mudanças no estilo de vida, restrições dietéticas e dificuldade em reconhecer sintomas. Ademais, o baixo letramento em saúde e a não adesão aos planos de tratamento contribuem significativamente para elevadas taxas de readmissão e desfechos clínicos desfavoráveis⁽⁴⁶⁾.

Observaram-se resultados divergentes na relação entre CF e AC^(15,24,26-27,30-31). Em alguns estudos, pacientes com pior CF apresentaram maior adesão a comportamentos de AC^(28-29,32). Esses achados podem ser compreendidos à luz dos desafios e barreiras ao AC, refletindo a natureza multidimensional do processo, influenciado por fatores cognitivos, emocionais e físicos interdependentes. Declínio cognitivo, sintomas depressivos, fragilidade, distúrbios do sono e baixa adesão à terapêutica medicamentosa são condições associadas à IC que repercutem tanto no comportamento de AC quanto na CF⁽⁹⁾. Tais fatores podem atuar isoladamente ou em combinação, ora dificultando a implementação de práticas de AC, ora motivando especialmente os pacientes com maior comprometimento funcional a adotá-las⁽⁴⁷⁾.

A avaliação do AC em pacientes com IC frequentemente revela disparidades entre os sexos, embora a natureza e a extensão dessas diferenças possam apresentar variações contextuais e culturais⁽⁴⁸⁾. Em coorte chinesa, o AC foi frequentemente inadequado em ambos os sexos, com pontuações abaixo do ideal⁽⁴⁹⁾. Uma coorte italiana demonstrou que homens apresentavam um risco quatro vezes maior de AC inadequado em comparação com mulheres, embora tivessem, aproximadamente, 60% mais probabilidade de apresentar autoconfiança adequada no AC do que as mulheres⁽⁴⁸⁾.

Nesta revisão, identificou-se que as mulheres apresentaram maior média no conceito de manutenção de AC em comparação aos homens. Contudo, os homens demonstraram maiores médias nos componentes de gestão e confiança no AC. No entanto, não foi encontrada nenhuma diferença entre os sexos no comportamento de AC, o qual se mostrou inadequado em ambos os grupos⁽²¹⁾. Independentemente do sexo, as pontuações de AC foram inferiores a 70 pontos, o que evidencia lacunas e desafios para a efetivação dos comportamentos de AC dessa população⁽¹⁵⁾.

As intervenções educacionais e programas de suporte mostraram-se eficazes na melhoria do AC e da CF. Intervenções de aconselhamento sobre exercícios lideradas por enfermeiros melhoraram tanto a CF quanto o AC⁽¹⁸⁾. Um modelo de cuidados de saúde colaborativo liderado por enfermeiros também melhorou significativamente o AC

e o estado funcional⁽²²⁾. O uso da técnica de entrevista motivacional contribuiu para a estabilização da condição do paciente, melhora do AC e da CF⁽²⁵⁾. Outro exemplo de sucesso encontrado foi o uso do apoio educacional na melhora no estado funcional e aumento da autoeficácia no AC⁽¹⁷⁾.

Com isso, sugere-se que intervenções educacionais sobre AC na IC resultam em níveis adequados de habilidades de AC e mudanças clinicamente relevantes na manutenção do AC, percepção de sintomas e manejo do AC⁽⁵⁰⁾.

Aponta-se que a natureza exploratória do estudo não aprofunda na avaliação crítica da qualidade metodológica dos artigos, o que pode comprometer a robustez das evidências apresentadas. Sugere-se que mais estudos com desenhos longitudinais sejam conduzidos a fim de estabelecer a causalidade entre CF e AC, e a efetividade de intervenções terapêuticas a longo prazo. Portanto, os resultados desta scoping review devem ser interpretados com cautela.

Implicações para a prática

Dada a complexidade da relação entre CF e AC e a influência de múltiplos fatores, este estudo contribui para orientar profissionais da equipe multiprofissional, especialmente enfermeiros, na avaliação de CF e AC, tanto na prática clínica quanto na pesquisa. Recomenda-se, portanto, desenvolver novas investigações e implementar intervenções personalizadas, com foco em educação, suporte ao exercício, estratégias de motivação e cuidado centrado no paciente. Tais ações visam otimizar o AC e melhorar a CF em diferentes contextos assistenciais, regiões geográficas e populações.

CONCLUSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão indicam que a relação entre CF e AC em pacientes com IC é complexa, com achados heterogêneos independentemente do contexto assistencial. Em algumas pesquisas, melhor estado funcional associa-se a melhor AC; em outras, a pior. A avaliação do AC foi predominantemente realizada pelo SCHFI, enquanto a CF foi majoritariamente estratificada pela classe funcional da NYHA.

Observou-se ainda uma predominância de estudos conduzidos nos Estados Unidos, evidenciando lacunas geográficas, inclusive a ausência de pesquisas na América do Sul. Verificaram-se disparidades entre os sexos na avaliação do AC; contudo, o nível de AC mostrou-se inadequado em ambos os grupos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declara-se a ausência de quaisquer conflitos de interesse dos autores.

FINANCIAMENTO

Não houve quaisquer fontes de financiamento para esta *scoping review*.

REFERÊNCIAS

1. Vollset SE, Ababneh Hs, Abate YH, Abbafati C, Abbasgholizadeh R, Abbasian M, et al. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the global burden of disease study 2021. *Lancet* [Internet]. 2024;403(10440):2204–56. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00685-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00685-8)
2. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018;111(3):436–539. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>
3. Cestari VRF, Garces TS, Sousa GJB, Maranhão TA, Souza JD, Pereira MLD, et al. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996–2017. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021;:41–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20201325>
4. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJs. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* [Internet]. 2022;118(17):3272–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/cvr/cvac013>
5. Chamberlain AM, Hade EM, Haller IV, Horne BD, Benziger CP, Lampert BC, et al. A large, multi-center survey assessing health, social support, literacy, and self-management resources in patients with heart failure. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24(1):1141. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-024-18533-7>
6. Fuentes-Abolafio IJ, Stubbs B, Pérez-Belmonte LM, Bernal-López MR, Gómez-Huelgas R, Cuesta-Vargas AI. Physical functional performance and prognosis in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2020;20(1):512–512. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-020-01725-5>
7. Kurogi EM, Butcher RdCG e Silva, Salvetti MdG. Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(4):20190123. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0123>
8. Zou H, et al. Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2017;16(6):530–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515117695722>
9. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, Larocca H-PB, 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* [Internet]. 2021;23(1):157–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ehf.2008>
10. Aghajanloo A, Negarandeh R, Janani L, Tanha K, Hoseini-Esfidarjani S-S. Self-care status in patients with heart failure: systematic review and meta-analysis. *Nursing Open* [Internet]. 2021;8(5):2235–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.805>
11. Peters MD, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. *JBIM Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. 2024;160–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.46658/jbimes-24-09>
12. Tricco AC, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018;169(7):467–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/m18-0850>

13. Zotero. Your Personal Research Assistant [Internet]. Corporation for Digital Scholarship. Available from: <https://www.zotero.org/>
14. Ouzzani M, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016;5(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
15. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(12):1807-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008>
16. Marti CN, Georgiopoulou VV, Giamouzis G, Cole RT, Deka A, Tang WH, et al. Patient-reported selective adherence to heart failure self-care recommendations: a prospective cohort study: the Atlanta Cardiomyopathy Consortium. *Congest Heart Fail*. 2013;19(1):16-24. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7133.2012.00308.x>
17. Clark AP, McDougall G, Riegel B, Joiner-Rogers G, Innerarity S, Meraviglia M, et al. Health Status and Self-care Outcomes After an Education-Support Intervention for People With Chronic Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(4Supl 1):S3-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000169>
18. McCarthy MM, Dickson VV, Katz SD, Chyun DA. An Exercise Counseling Intervention in Minority Adults With Heart Failure. *Rehabil Nurs*. 2017;42(3):146-156. doi: <https://doi.org/10.1002/rnj.265>
19. Zou H, Chen Y, Fang W, Zhang Y, Fan X. Identification of factors associated with self-care behaviors using the COM-B model in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(6):530-538. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515117695722>
20. Gary RA, Paul S, Corwin E, Butts B, Miller AH, Hepburn K, et al. Exercise and Cognitive Training Intervention Improves Self-Care, Quality of Life and Functional Capacity in Persons With Heart Failure. *J Appl Gerontol*. 2020;41(2): 486-495. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464820964338>
21. Delgado B, Lopes I, Mendes T, Lopes P, Sousa L, López-Espuela F, et al. Self-Care in Heart Failure Inpatients: What Is the Role of Gender and Pathophysiological Characteristics? A Cross-Sectional Multicentre Study. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(4):434. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare9040434>
22. Chen CW, Wang TJ, Liu CY, Chuang YH, Su CC, Wu SV. Effectiveness of a nurse practitioner-led collaborative health care model on self-care, functional status, rehospitalization and medical costs in heart failure patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2025;162:104980. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104980>
23. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart failure self-care in developed and developing countries. *J Card Fail*. 2009;15(6):508-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.01.009>
24. Lei X, Cai M. Self-care ability and influencing factors in chronic heart failure patients. *Biomed Res*. 2018;29(3): 595-601. doi: <https://doi.org/10.4066/biomedicalresearch.29-17-3205>
25. Sakane K, Kanzaki Y, Ito T, Hoshiga M. Motivational interviewing as a new approach to improve outcome through self-care behavioural changes in advanced heart failure patient: a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2021;5(10):395. doi: <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytab395>
26. Malhotra C, Chaudhry I, Keong YK, Sim KLD. Multifactorial risk factors for hospital readmissions among patients with symptoms of advanced heart failure. *ESC Heart Fail*. 2024;11(2):1144-1152. doi: <https://doi.org/10.1002/ehf2.14670>

27. Tawalbeh LI. The relationship between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Curr Psychol*. 2024;43:19775–85. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05793-0>
28. Ok JS, Choi H. Factors Affecting Adherence to Self-care Behaviors among Outpatients with Heart Failure in Korea. *Korean J Adult Nurs*. 2015;27(2):242-250. doi: <https://doi.org/10.7475/kjan.2015.27.2.242>
29. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung*. 2001;30(1):18-25. doi: <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.112503>
30. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(2):126-36. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515113518443>
31. Kim JS, Hwang SY, Shim JL, Jeong MH. Cognitive Function and Self-Care in Patients with Chronic Heart Failure. *Korean Circ J*. 2015;45(4):310-6. doi: <https://doi.org/10.4070/kcj.2015.45.4.310>
32. Sitotaw E, Tsige Y, Boka A. Practice of self-care behaviours and associated factors among patients with heart failure. *Br J Card Nurs*. 2022; 17(1). doi: <https://doi.org/10.12968/bjca.2021.0121>
33. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):190-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
34. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(3):226-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>
35. 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. doi: <https://doi.org/10.1155/2013/178976>
36. Cruz DALMD, Wilson AMMM, Melo MN, Conceição APD, Diaz LJR. SCHFI 6.2 Self-Care Confidence Scale - Brazilian version: psychometric analysis using the Rasch model. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3313. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3378.3313>
37. Qiu C, Yu DS, Li PW, Riegel B. Psychometric Evaluation of the Traditional Chinese Version of the Self-Care of Heart Failure Index Version 7.2. *J Cardiovasc Nurs*. 2025;40(4):304-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000001089>
38. Kim J, Kim KH, Lim YH, Heo S, Moon K, Oh MS, et al. Validity and Reliability of the Korean Version of the Revised Self-Care of Heart Failure Index v7.2. *Clin Nurs Res*. 2022;31(7):1296-1307. doi: <https://doi.org/10.1177/10547738221106590>
39. B, Coats AJ, Tsutsui H, Abdelhamid M, Adamopoulos S, Albert N, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure. *J Card Fail*. 2021:S1071-9164(21)00050-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.01.022>
40. Louyot C, Portran P, Schweizer R, Glerant JC, Thivolet S, Brassart O, et al. Elaboration of a French version of the Duke Activity Status Index questionnaire and performance to predict functional capacity. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2023;42(3):101199. doi: <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101199>
41. Coutinho-Myrrha MA, Dias RC, Fernandes AA, Araújo CG, Hlatky MA, Pereira DG, et al. *Duke Activity Status Index* em Doenças Cardiovasculares: Validação de

- Tradução em Português. Arq Bras Cardiol. 2014;102(4):383-90. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20140031>
42. Goldman L, Hashimoto B, Cook EF, Loscalzo A. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale. *Circulation*. 1981;64(6):1227-34. doi: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.64.6.1227>
 43. Azevedo ER, Crescencio JC, Cunha DCP, Schmidt A, Tanaka DM, Oliveira LFL, et al. Escala de atividade específica melhora a detecção de pacientes com insuficiência cardíaca crônica sintomática. *ABC Heart Insuficiência Cardiomyop* 2023;3(3):e20230046. doi: <https://doi.org/10.36660/abchf.20230046>
 44. D'Souza PJJ, George LS, Paramasivam G, Devasia T, George A, Nayak BS, et al. Knowledge and self-care behavior among heart failure patients in South India. *J Educ Health Promot*. 2024;13:384. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1956_23
 45. Murat S, Çavuşoğlu Y, Yılmaz MB, Yıldırım Türk Ö, Ülvan N, Çelik A, et al. Patient Perception, Knowledge and Adaptation in The Management of Heart Failure: A Multicenter, Cross-Sectional, Observational, Questionnaire-Based Study: ADAPTATION HF. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2024;52(1):18-26. English. doi: <https://doi.org/10.5543/tkda.2023.53574>. PMID: 38221834.
 46. Rizzuto N, Charles G, Knobf MT. Decreasing 30-Day Readmission Rates in Patients With Heart Failure. *Crit Care Nurse*. 2022;42(4):13-19. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2022417>. Erratum in: *Crit Care Nurse*. 2022;42(5):7. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2022699>
 47. Riegel B, Dickson VV, Vellone E. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care: An Update on the Problem, Person, and Environmental Factors Influencing Heart Failure Self-care. *J Cardiovasc Nurs*. 2022;37(6):515-529. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000919>
 48. Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, Conte G, Magon A, Caruso R. Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(9):e021966. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021966>
 49. Mei J, Tian Y, Chai X, Fan X. Gender differences in self-care maintenance and its associations among patients with chronic heart failure. *Int J Nurs Sci*. 2018;6(1):58-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.008>
 50. Hernandez M, Barker C, La Rosa DC. Educational Interventions to Improve Heart Failure Self-Care. *J Nurse Pract*. 2022;18(7):765-768. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.04.018>