

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI

**CONHECIMENTO, BARREIRAS E ATITUDES EM RELAÇÃO AO SÓDIO NA
DIETA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA**

Porto Alegre

2015

SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI

**CONHECIMENTO, BARREIRAS E ATITUDES EM RELAÇÃO AO SÓDIO NA
DIETA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Barilli, Sofia Louise Santin
Conhecimento, barreiras e atitudes em relação ao
sódio na dieta de pacientes com insuficiência cardíaca
descompensada / Sofia Louise Santin Barilli. -- 2015.
80 f.

Orientadora: Eneida Rejane Rabelo da Silva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Insuficiência cardíaca. 2. Cloreto de sódio na
dieta. 3. Cooperação do paciente. 4. Questionários.
I. Silva, Eneida Rejane Rabelo da , orient. II.
Título.

SOFIA LOUISE SANTIN BARILI

Conhecimento, barreiras, atitudes em relação ao sódio na dieta e adesão de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 23 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Presidente da Banca – Orientadora

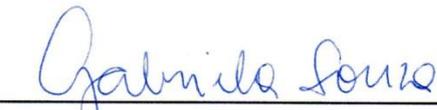
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Graziella Badin Aliti

Membro da banca

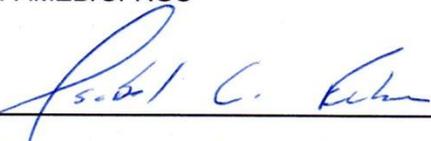
EENF/UFRGS



Profa. Dra. Gabriela Corrêa Souza

Membro da banca

FAMED/UFRGS



Profa. Dra. Isabel Cristina Echer

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo suporte para a realização deste trabalho.

Aos bolsistas do GEPECADI pelo *screening* diário de pacientes, fundamental para a realização desta pesquisa.

Ao enfermeiro Márcio Santos, do Hospital Nossa Senhora da Conceição e à Enfermeira Lurdes Busin, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por terem acolhido o projeto deste trabalho nas suas respectivas Unidades de Emergência.

Aos pacientes do Hospital Nossa Senhora da Conceição e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que, mesmo muitas vezes debilitados, participaram desta pesquisa. Agradeço pela paciência e pela perseverança na busca de melhores resultados para o tratamento da sua doença.

À nutricionista Karina D'Almeida, pela disponibilidade e colaboração ilimitadas no auxílio à realização deste trabalho, e à enfermeira Melina Trojahn, pela cooperação nas atividades deste e de outros projetos.

À minha orientadora Prof^{ra} Dra. Eneida Rabelo – em quem sempre busco me espelhar – pelo esforço incansável, pelo incentivo, por acreditar no meu potencial e por todos os momentos que compartilhamos durante a realização deste trabalho.

À chefia de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Nára Azeredo e Adriana Santos – pela confiança e compreensão em meio a tantas trocas de turno e de plantão, além do estímulo para seguir em frente.

À minha amiga e colega Andréia Specht, por dividir comigo todos os momentos do Mestrado desde o início, sempre com muita alegria e afeto.

À minha amiga e colega Susi Carmona, pelo incentivo e otimismo, pelo carinho e pela amizade em todos os momentos.

Aos meus colegas enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição, por entenderem e auxiliarem nas dificuldades em conciliar as atividades do Mestrado e as assistenciais. Agradecimento especial às colegas e amigas: Graziela de Moraes, Lisiane Souza, Shana Marques, Thieli Souza e Raquel Lazzari.

À minha primeira e inesquecível orientadora Prof^a Dra. Tatiana Montanari, por quem serei sempre grata, por ter dado início à minha motivação para pesquisa científica e por ter me passado as bases iniciais do conhecimento.

À minha família, pela compreensão aos períodos de ausência, por me incentivarem sempre a buscar o meu melhor. Agradecimento especial à minha tia Dalva, pela colaboração com o resumo em espanhol.

Aos meus amigos, pelos momentos de descontração e alegria.

À minha dinda Inês, pelo “colinho” e incentivo nas horas difíceis.

À minha irmãzinha do coração Bárbara Calegari, por me escutar em todos os momentos e por todo o seu afeto.

Aos meus pais – Lourdes e Neudi – grandes incentivadores, pelo auxílio, por sempre terem acreditado no meu esforço, por terem me ensinado a humildade e a honestidade, e por terem me dado condições de chegar até aqui.

Ao meu namorado Guilherme, por entender meus anseios, pelo carinho e conforto em todas as horas.

*“Se consegui enxergar mais longe,
é porque procurei ver
acima dos ombros dos gigantes”.*

Isaac Newton

RESUMO

BARILLI, Sofia Louise Santin. **Conhecimento, barreiras e atitudes em relação ao sódio na dieta de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada**. 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

A restrição de sódio é a medida não farmacológica mais recomendada a pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Apesar dos esforços recorrentes dos profissionais da saúde em orientá-la, tal medida possui baixa prevalência e tem sido identificada entre os principais fatores precipitantes de descompensação e internações. Nesse contexto, o conhecimento das barreiras e atitudes que interferem na adesão a essa medida é um desafio para a equipe de saúde e merece ser explorado. O Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (QRSN) – baseado na Teoria do Comportamento Planejado, recentemente validado para o português do Brasil – possibilita essa avaliação. A partir deste instrumento, este estudo objetivou verificar o conhecimento, as barreiras e as atitudes de pacientes admitidos por IC descompensada em relação ao sódio na dieta; também foram objetivos desse estudo: identificar as causas de descompensação da IC; comparar as variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e os escores do questionário entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e por não adesão à medicação e à dieta e aqueles descompensados por outras causas. Trata-se de estudo transversal, desenvolvido nas duas maiores Unidades de Emergência do Rio Grande do Sul, entre outubro de 2013 e outubro de 2014. Foram incluídos pacientes adultos, admitidos por IC descompensada (com fração de ejeção do ventrículo esquerdo – FEVE – reduzida ou preservada). Conforme a causa de descompensação, os pacientes foram divididos em dois grupos: a) não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta; b) outras causas. O projeto foi aprovado quanto aos aspectos éticos e metodológicos nas duas instituições. Entre os dois centros, foram incluídos 225 pacientes. Predominaram o sexo masculino, a etiologia isquêmica e a classe funcional III da New York Heart Association. Para 203 pacientes, já havia sido prescrito dieta pobre em sódio. O conhecimento desses pacientes sobre os benefícios e riscos da restrição de sódio é elevado, e a opinião dos familiares e profissionais da saúde influencia positivamente o comportamento de adesão. As principais barreiras incluem o gosto dos alimentos com pouco sal e as preferências alimentares dos pacientes. Situações de tomada de decisão fora de casa parecem não influenciar de maneira significativa a adesão. As principais causas de descompensação foram infecção, hipertensão não controlada e a combinação de não adesão à medicação e não adesão à dieta. Quando comparadas as variáveis clínicas e sociodemográficas entre os dois grupos, houve diferença apenas na FEVE – significativamente menor nos pacientes admitidos por não adesão. Internações por causas preveníveis em pacientes graves também pioram prognóstico e a equipe deve estar atenta a essas taxas visando reduzi-las. Em relação aos escores do questionário, houve diferença significativa na subescala de controle comportamental percebido, indicando que os pacientes cuja causa de descompensação foi a não adesão possuem mais fatores e barreiras que impedem a realização do comportamento. Intervenções para esta população poderiam incluir pacientes e familiares, e se relacionarem a maneiras de acostumar gradualmente o paladar aos alimentos com pouco sal e ao ensino de preparações com temperos alternativos ao sal.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Cloreto de sódio na dieta. Cooperação do paciente. Questionários.

ABSTRACT

BARILLI, Sofia Louise Santin. **Knowledge, barriers, and attitudes toward dietary sodium in patients with decompensated heart failure**. 2015. 80 f. Dissertation (Master in Nursing)- School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

Sodium restriction is the most non-pharmacological intervention recommended for patients with heart failure (HF). Despite the recurring efforts of health professionals to counsel it, adherence is low and this has been identified among the most common precipitating factors of decompensation and hospitalization. In this context, to understand the barriers and attitudes that influence on adherence to this intervention is as a challenge for the health team and need to be explored. The Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ) – based on the Theory of Planned Behavior, recently validated for use in Brazil – enables this evaluation. Through this instrument, this study aimed to verify the knowledge, barriers and attitudes related to dietary sodium of patients admitted for decompensated HF; it also were objectives: to identify the causes of decompensation of HF; to compare sociodemographic and clinical variables, as well as questionnaire scores among patients hospitalized for nonadherence to diet and nonadherence to medication and diet and those decompensated for other causes. This is a cross-sectional study, conducted in the two largest Emergency units of Rio Grande do Sul, between October 2013 and October 2014. Adult patients, admitted for decompensated HF (reduced or preserved left ventricular fraction ejection – LVEF) were included. According to cause of decompensation, patients were divided into two groups: a) nonadherence to diet and nonadherence to medication and diet; b) other causes. The project was approved on both institutions. In both centers, 225 patients were included, predominantly male, ischemic etiology and New York Heart Association functional class III at the time of interview. To 203 patients, a low-sodium diet had been prescribed. Patients' knowledge related to benefits and risks of sodium restriction is high, and the opinion of family members and health professionals influences adherence behavior positively. The principal barriers include the taste of low-salt food and patients' food preferences. Outside home situations do not seem to influence adherence significantly. The main causes of decompensation were infection, uncontrolled hypertension and the combination of nonadherence to medication and nonadherence to the diet. When comparing clinical and sociodemographic variables between the two groups, difference only was found in LVEF – significantly lower in patients admitted for nonadherence. Hospitalizations for preventable causes in critically ill patients also results in worsening prognosis and the health team must be aware of these rates in order to reduce them. In the questionnaire scores, there was significant difference in perceived behavioral control subscale, indicating that patients whose cause of decompensation was nonadherence have more factors and barriers that difficult behavior. Interventions for this population could include patients and family members, explaining forms to get used to low-salt foods gradually and teaching preparations with alternative sauce. It is expected that DSRQ can be applied in other situations and scenarios.

Keywords: Heart failure. Sodium chloride, dietary. Patient compliance. Questionnaires.

RESUMEN

BARILLI, Sofia Louise Santin. **Conocimiento, barreras y actitudes con respecto al sodio en la dieta de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada**. 2015. 80 f. Tesina (Maestría em Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

La restricción de sodio es la medida no farmacológica más recomendada para pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). A pesar de los esfuerzos recurrentes de profesionales de la salud para orientarla, tiene baja prevalencia y está entre los principales factores desencadenantes de la descompensación y hospitalización. En este contexto, el conocimiento de las barreras y actitudes que influyen en la adherencia a esta medida es un desafío para el equipo de salud y merece ser explorado. Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ) – basado en la Teoría del Comportamiento Planificado, recientemente validada para el portugués del Brasil – permite esta evaluación. A partir de este instrumento, este estudio tuvo como objetivo verificar los conocimientos, las barreras y las actitudes de los pacientes ingresados por IC descompensada con respecto al sodio en la dieta; fueron también objetivos del estudio: identificar las causas de la descompensación de la IC; comparar las variables sociodemográficas, variables clínicas y las puntuaciones del cuestionario entre los pacientes ingresados por no adherencia a la dieta y no adherencia a la medicación y a la dieta y aquellos descompensados por otras causas. Es un estudio transversal, realizado en las dos mayores Unidades de Emergencia del Río Grande do Sul, entre octubre 2013 y octubre 2014. Se incluyeron pacientes adultos ingresados por IC descompensada (con fracción de eyección del ventrículo izquierdo – FEVI – reducida o preservada). Conforme la causa de la descompensación, los pacientes fueron divididos en dos grupos: a) no adherencia a la dieta y no adherencia a la medicación y a la dieta; b) otras causas. El proyecto fue aprobado en los aspectos éticos y metodológicos en las dos instituciones. Entre los dos centros, se incluyeron 225 pacientes. Hubo predominio del sexo masculino, de la etiología isquémica y la clase funcional III de la New York Heart Association. Para 203 pacientes, había sido prescrito dieta baja en sodio. El conocimiento de estos pacientes con respecto a beneficios y riesgos de la restricción de sodio es alto, y las opiniones de los miembros de la familia y de los profesionales de la salud influye positivamente en el comportamiento de adherencia. Los principales obstáculos son el sabor de los alimentos con poca sal y las preferencias alimentarias de los pacientes. Decisiones fuera de casa no parecen influir significativamente la adherencia. Las principales causas de descompensación fueron infección, hipertensión no controlada y la combinación de no adherencia a la medicación y a la dieta. Al comparar las variables clínicas y sociodemográficas entre los dos grupos, hubo diferencia solo en la FEVI – significativamente menor en los pacientes ingresados por no adherencia. Hospitalizaciones por causas prevenibles en pacientes críticamente enfermos también empeoran el pronóstico y el equipo debe ser consciente de estas tasas con el fin de reducirlas. Con respecto a las puntuaciones del cuestionario, diferencias significativas en la subescala de control conductual percibido, lo que indica que los pacientes cuya causa de descompensación fue no adherencia tienen más factores y barreras que impiden la realización del comportamiento. Intervenciones para esta población podrían incluir los pacientes y las familias, y relacionar las formas de acostumbrarse gradualmente al gusto de los alimentos con poca sal y preparados con condimentos alternativos.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Cloruro de sodio dietético. Cooperación del paciente. Cuestionarios.

LISTA DE SIGLAS

IC – Insuficiência cardíaca

mg – miligramas

g – gramas

mL – mililitro

mmol – milimol

DSRQ – *Dietary Sodium Restriction Questionnaire*

QRSD – Questionário de Restrição de Sódio na Dieta

SUS – Sistema Único de Saúde

DCV – Doenças cardiovasculares

EUA – Estados Unidos da América

AHA – *American Heart Association*

NYHA – *New York Heart Association*

VE – Ventrículo esquerdo

FEVE – Fração de ejeção do ventrículo esquerdo

ECR – Ensaio clínico randomizado

TCP – Teoria do Comportamento Planejado

TRA – Teoria da Ação Racional

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

SCA – Síndrome coronariana aguda

AINEs – anti-inflamatórios não esteroides

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Associação entre as classificações da insuficiência cardíaca propostas pela <i>American Heart Association</i> e pela <i>New York Heart Association</i>	21
Quadro 2 - Principais recomendações em relação à quantidade de sódio a ser ingerida segundo diretrizes internacionais e nacional para pacientes com insuficiência cardíaca..	27
Quadro 3 - Estudos de intervenção envolvendo sódio e insuficiência cardíaca.....	28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre os construtos da Teoria do Comportamento Planejado.....	36
Figura 2 - Fluxograma de inclusão de pacientes do estudo.....	46
Figura 3 - Relato dos pacientes com e sem prescrição sobre frequência de seguimento da dieta de restrição de sódio.....	50
Figura 4 - Nível de dificuldade dos pacientes com e sem prescrição em seguir a dieta de restrição de sódio.....	50
Figura 5 - Análise dos escores do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta, dividido em suas três subescalas.....	53
Figura 6 - Causas de descompensação apresentadas pelos pacientes com insuficiência cardíaca.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Porto Alegre (RS), 2015.....	48
Tabela 2 - Orientações provenientes de profissionais da saúde sobre a dieta de restrição de sódio. Porto Alegre (RS), 2015.....	49
Tabela 3 - Conhecimento, barreiras e atitudes de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada em seguir uma dieta de restrição de sódio. Porto Alegre (RS), 2015.....	52
Tabela 4 - Comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta e aqueles admitidos por outras causas Porto Alegre (RS), 2015.....	55

UNIDADES DE CONVERSÃO DE SÓDIO

- 1g sódio = 1000mg sódio
- 1 mmol sódio = 23mg sódio
- 1g sal = 400mg sódio
- 1g sal = 17,1mmol sódio
- 1 colher (chá) sal ~ 2000mg sódio

Fonte: Adaptado de Arcand J, 2011⁽⁹³⁾.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	Insuficiência cardíaca	20
3.1.1	Insuficiência cardíaca aguda.....	22
3.2	O papel do sódio na insuficiência cardíaca	24
3.3	Evidências em relação à restrição ou não de sódio	26
3.4	Adesão e Instrumentos de Medida	30
3.5	O papel da Enfermagem na adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca	33
3.6	Teoria do Comportamento Planejado	34
3.7	Questionário de Restrição de Sódio na Dieta	37
4	MÉTODO	39
4.1	Tipo de estudo	39
4.2	Locais de pesquisa e período do estudo	39
4.3	População e Amostra	39
4.4	Variáveis	40
4.4.1	Dados clínicos e sóciodemográficos.....	40
4.4.2	Dados do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta.....	42
4.5	Coleta de dados e logística do estudo	43
4.6	Análise dos dados	43
4.7	Considerações éticas	45

5	RESULTADOS	46
5.1	Características da amostra	47
5.2	Seção I do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta	49
5.2.1	Orientações de profissionais da saúde em relação à dieta com pouco sal.....	49
5.2.2	Seguimento da dieta de restrição de sódio entre os pacientes com e sem prescrição.....	49
5.2.3	Dificuldade em seguir a dieta de restrição de sódio entre os pacientes com e sem prescrição.....	50
5.3	Seção II do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta	51
5.4	Causas de descompensação	53
5.5	Comparação entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta e os admitidos por outras causas	54
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÕES	61
8	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	62
9	PERSPECTIVAS FUTURAS	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados do estudo	72
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
	ANEXO A – Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (QRSD)	75
	ANEXO B – Aprovação do projeto após qualificação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	78
	ANEXO C – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	79
	ANEXO D – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição	80

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa, associada a altas taxas de morbidade, mortalidade e admissão hospitalar⁽¹⁾. Apesar das taxas de mortalidade por IC fora do ambiente hospitalar terem diminuído nos últimos anos, principalmente devido a avanços na terapia farmacológica, estas aumentam sobremaneira quando esses pacientes são readmitidos⁽²⁻³⁾.

Os principais motivos para as reinternações são relacionados à instabilidade clínica, especialmente devido a estados congestivos⁽⁴⁾. Em relação aos sinais e sintomas de congestão apresentados na admissão, dispneia é o principal marcador – apesar da pequena especificidade, além de dispneia paroxística noturna, edema periférico, ortopneia e distensão venosa jugular⁽⁵⁻⁶⁾.

A baixa ou não adesão ao tratamento tem sido identificada entre os principais fatores precipitantes de descompensação da IC⁽⁷⁻¹⁰⁾. A manutenção de dieta adequada e o uso regular das medicações prescritas são imprescindíveis para o sucesso no tratamento. O não cumprimento de tais medidas tem sido associado a piores desfechos⁽¹¹⁻¹²⁾, inclusive risco duas vezes maior de hospitalizações e mortalidade⁽¹³⁾.

Uma vez que o consumo excessivo de sal está associado à retenção de fluidos, e quadros congestivos é a principal apresentação dos pacientes em Unidades de Emergência, a restrição de sódio é a medida de autocuidado mais recomendada para pacientes com IC^(8,14-15). Apesar de as diretrizes para o manejo adequado da doença endossarem tal orientação, o papel que o sódio desempenha nesses pacientes ainda não está totalmente esclarecido.

Estudos epidemiológicos clássicos realizados na Europa e na Itália indicam que o consumo médio de sódio é de cerca de 3500mg/dia (8,7g sal)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Levando em consideração esse parâmetro, desde 2008, um grupo de pesquisadores italianos tem se proposto a investigar

o efeito de uma dieta considerada mais permissiva em relação ao sódio em pacientes com IC. Buscando verificar a relação entre consumo de sódio e readmissões, desenvolveram um estudo com pacientes recentemente internados por descompensação da IC, mas clinicamente estáveis no momento da alta. Nos períodos de 30 dias e seis meses após saírem do hospital, os pacientes que receberam uma dieta com ingestão de 2800mg de sódio (7g sal), acompanhada de restrição de líquidos e altas doses de diurético, tiveram significativamente menos readmissão hospitalar do que aqueles que receberam a mesma abordagem, porém com uma dieta com menor quantidade de sódio: 1800mg (4,5g sal)⁽¹⁸⁾. Posteriormente, em outro estudo, no qual utilizaram o mesmo método, concluíram que os pacientes que ingeriram menos sódio apresentaram resultados piores quanto à resposta neuro-hormonal⁽¹⁹⁾.

Em contrapartida, um grupo de pesquisadores canadenses demonstrou que pacientes com IC estáveis, atendidos ambulatorialmente que consumiram maiores quantidades de sódio ($\geq 2800\text{mg}/\text{dia}$ sódio = $\geq 7\text{g}$ sal) apresentaram maior risco de descompensação e também de mortalidade⁽⁷⁾. Confirmando esses achados, um estudo americano que avaliou também pacientes com IC ambulatoriais, estratificados por classe funcional, evidenciou que a dieta com menor ingestão de sódio ($< 3000\text{mg}$ sódio = $< 7,5\text{g}$ sal) gerou mais benefícios aos pacientes, particularmente aos mais severos⁽²⁰⁾.

Evidências a parte, quando orientada a pacientes com IC, a adesão à restrição de sódio possui baixa prevalência^(11,21-22). Ao longo dos anos, pesquisadores da área têm demonstrado que o conhecimento desses pacientes sobre as medidas não farmacológicas – dentre estas a alimentação pobre em sódio – por si só, não parece ser suficiente para assegurar o seguimento dessas orientações; entretanto, é um importante determinante da adesão^(12,23-24).

Com o objetivo de entender melhor quais fatores interferem na adesão a essa medida, pesquisadores americanos desenvolveram o *Dietary Sodium Restriction Questionnaire* (DSRQ)⁽²⁵⁾. Esse instrumento foi recentemente adaptado transculturalmente⁽²⁶⁾ e validado para

a língua portuguesa do Brasil, em uma amostra de pacientes ambulatoriais e denominado Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (QRS_D)⁽²⁷⁾ (ANEXO A).

É nesse cenário, que considera a baixa adesão dos pacientes a essa orientação e o consumo de sódio elevado como um dos principais fatores de descompensação da IC, que este estudo pretende verificar o conhecimento, as barreiras e as atitudes de pacientes com IC descompensada em relação ao sódio na dieta. Somado a isso, também busca comparar as características sociodemográficas e clínicas de pacientes admitidos por descompensação da IC. O conhecimento desse comportamento e das características associadas à descompensação da doença em dois cenários distintos do Sistema Único de Saúde (SUS) fornecerá importantes subsídios para a equipe assistencial sobre os fatores que interferem na baixa ou não adesão à essa medida não farmacológica. Os resultados desse estudo também fornecerão dados relacionados às causas mais frequentes de descompensação da IC, visando preparar a equipe para atuar de maneira conjunta e compartilhada com paciente e família na conscientização do seguimento de uma medida que ainda é de baixa prevalência, apesar de evitável.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar o conhecimento, as barreiras e as atitudes de pacientes admitidos por IC descompensada em relação ao sódio na dieta.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as causas de descompensação da IC;
- Comparar as variáveis sociodemográficas e clínicas entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e por não adesão à medicação e à dieta e aqueles descompensados por outras causas;
- Comparar os escores do conhecimento, das barreiras e das atitudes em relação ao sódio na dieta entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e por não adesão à medicação e à dieta e aqueles descompensados por outras causas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Insuficiência cardíaca

A IC é uma síndrome clínica de caráter sistêmico, que decorre de uma alteração estrutural ou funcional, tornando o coração incapaz de garantir adequado suprimento sanguíneo para satisfazer as demandas metabólicas⁽²⁸⁻²⁹⁾. Por ser a via final comum da maior parte das doenças cardiovasculares (DCV), representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade, acometendo mais de 23 milhões de pessoas em todo o mundo^(3,30).

Em 2010, a IC foi a principal causa de hospitalização e morte nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa⁽¹⁾. Em 2013, os custos diretos e indiretos relacionados à IC nos EUA excederam 30 bilhões de dólares⁽³¹⁾.

No Brasil, entre os anos de 2008 e 2011, a IC foi a principal causa de internações relacionadas às doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 3% do total de internações gerais e a 23% das internações por DCV⁽³²⁾. Em 2014, mais de um milhão de pessoas internaram devido a DCV, sendo a IC responsável por 19,7% destas admissões. No mesmo ano, as DCV representaram a segunda maior causa de óbitos no Brasil (79.417 pessoas), sendo que 25% destes foram por IC⁽³³⁾.

Com a evolução do conhecimento, houve a necessidade de caracterizar a IC, uma medida simples, que possibilita avaliar a evolução da doença, bem como determinar prioridades e condutas de tratamento⁽²⁹⁾. Classicamente, dois sistemas têm sido amplamente utilizados: conforme a evolução da doença – proposto pela *American Heart Association* (AHA); de acordo com a severidade dos sintomas – sugerido pela *New York Heart Association* (NYHA). Ambos são usuais e complementares; podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Associação entre as classificações da insuficiência cardíaca propostas pela *American Heart Association* e pela *New York Heart Association*

Estágios (ACC/AHA)	Classes funcionais (NYHA)
A Ausência de anormalidades cardíacas ou sintomas relacionados à IC; risco elevado de desenvolver a doença devido a condições associadas.	Nenhuma.
B Lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas.	I Ausência de sintomas durante a realização de atividades físicas; limitação para esforços semelhante à de indivíduos saudáveis.
C Lesão estrutural cardíaca e sintomas associados (atuais ou progressos); uma vez que tenham experimentado esses sintomas, os pacientes permanecem nesse estágio, mesmo se melhora clínica.	I Ausência de sintomas durante a realização de atividades físicas; limitação para esforços semelhante à de indivíduos saudáveis. II Sintomas desencadeados pela realização de atividades físicas. III Sintomas desencadeados pela realização de atividades físicas menos intensas ou por pequenos esforços. IV Sintomas mesmo em repouso; incapacidade de realizar qualquer atividade física sem desconforto.
D Lesão estrutural cardíaca em progressão avançada, refratária ao tratamento; sintomas mesmo em repouso.	IV Sintomas mesmo em repouso; incapacidade de realizar qualquer atividade física sem desconforto.

Fonte: Adaptado de Yanci CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013⁽³⁴⁾.

Por incluir indivíduos com potencial risco para o desenvolvimento de IC, a classificação que considera a progressão da doença, proposta pela AHA, evidencia a importância de preveni-la, já que seu início é evitável⁽³⁵⁾. Nesse sistema, uma vez que o paciente evolua para um estágio mais avançado, não há regressão. Segundo as diretrizes vigentes, essa abordagem determina as medidas farmacológicas e não farmacológicas que

poderão ser utilizadas para o melhor manejo da doença: preventivas (estágios A e B), terapêuticas (estágio C), procedimentos especializados e paliativos (estágio D)^(34,36).

A classificação de acordo com a severidade da doença, proposta pela NYHA, considera os sintomas relatados pelos pacientes durante a realização de atividades físicas. Ao contrário da anterior, nesta classificação, a partir da instituição de terapia apropriada e possível melhora dos sintomas, os pacientes podem retornar à classe a qual pertenciam previamente⁽²⁹⁾. Além de propiciar uma caracterização funcional – essencial para o planejamento de atividades a serem realizadas pelos pacientes⁽³⁷⁾ – este sistema permite avaliar a qualidade de vida de acordo com as limitações impostas pela doença e determinar prognóstico. Quando utilizada no exame inicial do paciente, permite avaliar resposta terapêutica e contribui para reconhecer o melhor momento para a realização de intervenções⁽²⁹⁾.

A despeito do aumento de sobrevida da IC após o diagnóstico observado nos últimos anos⁽³⁸⁾ – principalmente devido a avanços na terapia farmacológica – as taxas de mortalidade permanecem elevadas: cerca de 50% dos pacientes com IC morrerão em cinco anos⁽³¹⁾. As etapas da doença são progressivas e invioláveis: havendo evolução para estágio superior, não ocorre regressão⁽³⁴⁾. Todo esse panorama configura a IC como um problema de saúde pública, impactando negativamente sobre a qualidade de vida, custos da saúde e longevidade⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

A IC aguda, condição clínica estudada nesta pesquisa, será revisada com maiores detalhes a seguir.

3.1.1 Insuficiência cardíaca aguda

A IC aguda é o agravamento súbito ou progressivo dos sinais e sintomas de IC, gerando necessidade de hospitalização e terapias urgentes⁽⁴¹⁾. Pode ser desconhecida, ou seja,

não ter diagnóstico prévio, ou resultante da exacerbação aguda de uma condição pré-existente (IC crônica descompensada), podendo apresentar-se de forma persistente e até refratária⁽⁴⁾.

A IC aguda acomete principalmente homens, com idade média ≥ 60 anos, com história pregressa de IC crônica, sendo que 75% dos casos têm como antecedente a hipertensão arterial sistêmica (HAS)^(31,39).

Esta síndrome clínica pode estar associada a diversos tipos de alterações funcionais do ventrículo esquerdo (VE), sendo que, na maioria dos pacientes, coexistem as disfunções de contração (sístole) e relaxamento (diástole). A caracterização da doença de acordo com a fração de ejeção do VE (FEVE) é fundamental, principalmente devido à resposta terapêutica e ao prognóstico⁽³⁴⁾. Diz-se que os pacientes podem ter FEVE reduzida (variando de $\leq 35\%$, $< 40\%$ a $\leq 40\%$ na literatura^(40,42-43) – também denominada IC sistólica; ou preservada (variando de $> 40\%$, $> 45\%$, $> 50\%$ a $> 55\%$). Como alguns desses pacientes apresentam anormalidades na FEVE, mas sem redução significativa na função sistólica, o termo preservada foi adotado⁽³⁴⁾. Essa divisão clássica da IC tem sido questionada por alguns autores, que sustentam a ideia de que se trata da mesma patologia com fenótipos distintos⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. Contudo, aspectos demográficos, epidemiológicos, estruturais, cardíacos e relacionados à terapia corroboram a existência das duas apresentações⁽²⁹⁾.

A hospitalização decorrente da agudização da IC, devido à necessidade de terapia urgente, sinaliza uma alteração no curso natural de progressão da doença e está associada a piores resultados⁽⁵⁾. No ano seguinte à hospitalização, as taxas de mortalidade dos pacientes que internaram são superiores às dos que não internaram. Além disso, o fato de ter internado por si só gera mais hospitalização, pois cerca de 50% dos pacientes são readmitidos dentro dos 12 meses após a alta⁽⁴⁾.

A sobrecarga de volume é o um dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos nos episódios de descompensação aguda e progressão da síndrome. Além disso, está associada a

piores prognósticos, pois representa o principal fator responsável pelas elevadas taxas de readmissão observadas nestes pacientes⁽⁴⁶⁾. Devido à associação existente entre consumo excessivo de sódio e retenção de fluidos, sua restrição é frequentemente recomendada aos pacientes⁽¹⁴⁾. Entretanto, estudos recentes têm questionado o papel do sódio na fisiopatologia da IC^(18,19,47-48).

Devido à importância nos quadros de descompensação, na seção seguinte, será revisado o papel do sódio em pacientes com IC.

3.2 O papel do sódio na insuficiência cardíaca

O sódio, principal cátion extracelular, atua na distribuição da água corporal e na manutenção da pressão osmótica do líquido extracelular. A concentração de sódio contida neste espaço auxilia o sistema renal na regulação da água corporal (níveis diminuídos promovem excreção de água, enquanto níveis aumentados provocam retenção). O organismo geralmente ajusta este balanço por meio da aldosterona, que inibe a excreção de sódio e promove sua reabsorção – junto à água – a fim de manter o equilíbrio⁽²⁸⁾.

Na fisiopatologia da IC, a homeostase do sódio é alterada devido a diversos mecanismos compensatórios que ocorrem com a progressão natural da doença⁽¹⁴⁾.

Pacientes com IC apresentam diminuição do débito cardíaco. Essa incapacidade de suprir as demandas de oxigênio adequadamente resulta em diminuição da perfusão renal, com consequente ativação excessiva do sistema renina-angiotensina-aldosterona, promovendo a reabsorção de sal e água pelos túbulos renais. Desta forma, a perda de sódio e água pela diurese fica diminuída, favorecendo o acúmulo no sangue e líquidos intersticiais do organismo⁽²⁸⁾.

No curso da doença, também são observados níveis aumentados de vasopressina – também denominada hormônio anti-diurético – responsável pela promoção de retenção hídrica, outro fator que favorece a ocorrência de estados hipervolêmicos^(14,49).

Em resposta à hipervolemia, no organismo saudável, ocorre a ativação do sistema peptídeo natriurético, com a finalidade de manter a homeostase hídrica. Na IC, por uma série de fatores, esse sistema encontra-se incapaz de controlar esses estímulos, o que acarreta a prevalência de fatores que promovem a reabsorção de água e sódio, apesar da necessidade de excreção⁽¹⁴⁾.

A retenção progressiva de sódio e água leva à expansão do volume intravascular, que se manifesta clinicamente como distensão venosa jugular. Após, a partir do aumento do volume extravascular, surge o edema em membros inferiores⁽²⁸⁾.

Dados da literatura e da prática clínica sugerem uma associação entre ingestão de sódio na dieta, acúmulo de fluidos e exacerbação dos sintomas, gerando descompensação e necessidade de hospitalização^(7,34). Por esse motivo, a restrição de sódio é a medida não farmacológica mais prescrita para pacientes com IC⁽⁸⁾, endossada pelas diretrizes de manejo adequado da doença^(14,34).

Contudo, alguns estudos demonstraram associação entre quantidades inferiores de sódio e aumento da resposta neuro-hormonal, com consequente ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em retenção de sódio e água⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A alteração da homeostase do sódio resultante da IC talvez possa explicar essas tendências, pois uma dieta pobre em sódio pode produzir efeitos distintos nesses pacientes, relacionando-se tanto à compensação, quanto à descompensação. Quantidades menores de sódio podem contribuir para a redução dos quadros congestivos e ter como resultado a diminuição do uso de diuréticos. Em contrapartida, também podem resultar em um ciclo

vicioso, decorrente da ativação do sistema neuro-hormonal e consequente aumento da sobrecarga hídrica^(14,50).

Tais aspectos justificam a dificuldade de se estabelecer uma quantidade específica de sódio a ser ingerido diariamente por esses pacientes e se esta deve variar conforme tipo e severidade da doença, comorbidades ou outras características⁽³⁴⁾. Na seção seguinte, serão apresentados dados relativos às diretrizes e aos principais estudos realizados nas últimas décadas em relação a diferentes quantidades de sódio utilizadas em pacientes com IC.

3.3 Evidências em relação à restrição ou não de sódio

Apesar de frequentemente orientada a pacientes com IC, a dieta com restrição de sódio ainda é um assunto controverso, principalmente devido à falta de consenso em relação à quantidade adequada de sódio a ser ingerida⁽⁵¹⁾. No Quadro 2, em ordem cronológica, encontram-se as publicações dos principais órgãos em relação à quantidade de sódio recomendada para pacientes com IC.

Quadro 2 - Principais recomendações em relação à quantidade de sódio a ser ingerida segundo diretrizes internacionais e nacional para pacientes com insuficiência cardíaca

Documento/Órgão	Ano	Quantidade recomendada
<i>Heart Failure Guideline – American College of Cardiology; Foundation/ American Heart Association</i> ^{(34)*}	2013	1500mg/dia de sódio (3,7g de sal/dia) para pacientes estágios A e B (AHA) e <3000mg/dia de sódio (<7,5g sal/dia) de para estágios C e D (AHA).
<i>Guidelines for Heart Failure – European Society of Cardiology</i> ^{(43)*}	2012	Não determina quantidade, somente refere que restrição de sódio pode auxiliar no controle dos sinais e sintomas de congestão em pacientes com classes funcionais III/IV (NYHA).
Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – Sociedade Brasileira de Cardiologia ^{(36)†}	2012	Até 2400mg/dia de sódio (até 6g/dia sal), individualizada conforme as características do paciente.
<i>Comprehensive Heart Failure Practice Guideline – Heart Failure Society of America</i> ^{(42)‡}	2010	2000 a 3000mg/dia sódio (5 a 7,5g/dia de sal) para pacientes com IC; 2000mg/dia sódio (5g sal/dia) em casos moderados e severos – classes funcionais III/IV (NYHA).
<i>Comprehensive Heart Failure Practice Guideline – Heart Failure Society of America</i> ^{(42)‡}	2010	2000mg/dia sódio (5g/dia sal) para a maioria dos pacientes hospitalizados; para pacientes com sobrecarga hídrica recorrente ou refratária, sugere restrição mais rigorosa, mas não especifica quantidade.
Diretriz Brasileira de IC Aguda- Sociedade Brasileira de Cardiologia ^{(4)‡}	2009	Não menciona dieta de restrição de sódio.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Insuficiência cardíaca aguda e crônica; †Insuficiência cardíaca crônica; ‡Insuficiência cardíaca aguda.

A fim de apresentar de maneira didática a evolução do conhecimento em relação ao sódio na dieta de pacientes com IC, no Quadro 3, são apresentadas evidências de estudos de intervenção realizados a partir de 1993, com seus principais achados.

Quadro 3 - Estudos de intervenção envolvendo sódio e insuficiência cardíaca

Autor/país Revista/ano	Objetivo	Amostra	Método	Principais achados
Aliti et al. ⁽⁴⁸⁾ (Brasil) JAMA Intern Med 2013	Comparar os efeitos da restrição combinada de sódio e líquidos sobre perda de peso e estabilidade clínica	75 pacientes descompensados por IC	Ensaio clínico randomizado (ECR) 38 pacientes – líquidos 800mL + 800mg sódio/dia 37 pacientes – líquidos 2500mL + 1200 a 2000mg sódio/dia 3 dias	Perda de peso, estado congestivo e readmissões foram similares em ambos os grupos; grupo com restrição apresentou mais sede durante hospitalização.
Lennie et al. ⁽²⁰⁾ (EUA) J Card Fail 2011	Associar diferenças na ingestão de sódio com sobrevida livre de eventos cardiovasculares	302 pacientes estáveis IC com FEVE reduzida e preservada (NYHA I-IV)	Coorte prospectiva Consumo de sódio: < 3000mg/dia ou > 3000mg/dia; estratificados (NYHA I/II versus III/IV) 12 meses	Restrição de sódio (próximo a 3000mg/dia) gerou mais benefícios para os pacientes severos (NYHA III/IV) que, quando comparados aos que ingeriram menor quantidade de sódio, apresentaram 2,5 vezes mais chance de hospitalização e morte.
Arcand et al. ⁽⁷⁾ (EUA) Am J Clin Nutr 2011	Avaliar a relação entre o consumo de sódio e descompensação da IC; avaliar causas de hospitalização e mortalidade	123 pacientes estáveis FEVE < 35% (NYHA I-IV)	Coorte prospectiva Tercis de consumo de sódio: ≤ 1900mg/dia; 2 a 2700mg/dia; ≥ 2800mg/dia 2003-2007	Episódios de descompensação diretamente proporcionais à quantidade de sódio ingerida; além disso, pacientes que consumiram mais sódio apresentaram 2,5 vezes maior risco de descompensação e 3,5 vezes de mortalidade.
Nakasato et al. ⁽⁵²⁾ (Brasil) Arq Bras Cardiol 2010	Estudar efeitos agudos de uma dieta hipossódica em pacientes com IC	50 pacientes estáveis FEVE ≤ 40% (NYHA I-III)	ECR Fase 1: todos – 800mg sódio/dia (7 dias) Fase 2: randomização – 800mg ou 2400mg (7 dias) Líquidos 1000mL 14 dias	Dieta com 800mg sódio/dia reduziu índice de massa corporal, sódio plasmático e urinário, aumentou norepinefrina e aldosterona, resultando em aumento da ativação neuro-hormonal.
Parrinello et al. ⁽¹⁹⁾ (Itália) J Card Fail 2009	Verificar os efeitos de dois tipos de dieta sobre a resposta neuro-hormonal, hidratação corporal e desfechos clínicos	173 pacientes estáveis (NYHA II) recentemente hospitalizados por descompensação da IC	ECR; dois grupos: 86 pacientes – 2800mg sódio/dia 87 pacientes – 1800mg sódio/dia Furosemida 250-500mg 2x/dia Líquidos 1000ml 12 meses	Grupo que 1800mg apresentou ativação significativa de neuro-hormônios e citocinas, além de piora na hidratação.

Autor/país Revista/ano	Objetivo	Amostra	Método	Principais achados
Paterna et al. ⁽⁴⁷⁾ (Itália) Am J Cardiol 2009	Avaliar os efeitos de dietas com diferentes níveis de sódio associadas a diferentes doses de diurético e líquido sobre readmissões e alterações neuro-hormonais	410 pacientes estáveis FEVE < 35% (NYHA II-IV)	ECR; 8 grupos: 1800mg ou 2800mg sódio/dia Diferentes doses de Furosemida Líquidos 1000mL ou 2000mL 30 e 180 dias	Combinação de dieta com 2800mg sódio, restrição hídrica e altas doses de diurético ocasionou redução nas readmissões, na ativação da resposta neuro-hormonal e na disfunção renal.
Paterna et al. ⁽¹⁸⁾ (Itália) Clin Sci 2008	Avaliar efeitos da dieta de restrição de sódio sobre readmissões por IC	232 pacientes estáveis FEVE < 35% (NYHA II-IV)	ECR 118 pacientes – 2800mg sódio/dia 114 pacientes – 1,800mg sódio/dia Furosemida 250-500mg 2x/dia Líquidos 1000ml 30 e 180 dias	Grupo que ingeriu 2800mg apresentou menos readmissões, além de diminuição dos níveis de peptídeo natriurético tipo B, atividade plasmática da renina e aldosterona.
Damgaard et al. ⁽⁵³⁾ (Dinamarca) Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2006	Determinar respostas hemodinâmicas e neuro-endócrinas a dois tipos de dieta	24 pacientes (12 IC estáveis + 12 controle) FEVE < 40% (NYHA II-III)	ECR 1600mg sódio/dia – 1 semana 5750mg sódio/dia – 1 semana Líquidos livres	Dieta com maior quantidade de sódio melhorou o desempenho cardíaco, induziu à vasodilatação periférica e suprimiu a liberação de hormônios vasoconstritores.
Alvelos et al. ⁽⁵⁴⁾ (Portugal) Eur J Heart Fail 2004	Avaliar o efeito da dieta pobre em sódio sobre parâmetros clínicos, neuro-humorais e atividade do sistema dopaminérgico de pacientes com IC	24 pacientes IC estáveis FEVE < 40%	ECR 12 pacientes – dieta usual 12 pacientes – 2300mg sódio (15 dias)	Menor quantidade de sódio resultou em redução de peso e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.
Volpe et al. ⁽⁵⁵⁾ (Itália) Hypertension 1997	Investigar o manejo renal de sódio em IC leve e moderada	20 pacientes (10 IC estáveis + 10 controles) FEVE < 50% (NYHA I-II)	Coorte prospectiva Drogas pausadas por 3 semanas 6 dias – 920mg sódio 8 dias – 2300mg sódio Líquidos 1500 a 1800ml	Pacientes com IC leve e moderada apresentaram alterações na reabsorção de sódio, resultando em retenção.
Volpe et al. ⁽⁵⁶⁾ (Itália) Circulation 1993	Avaliar a habilidade de excreção de sódio em pacientes com IC assintomática ou leve; identificar anormalidades hormonais e/ou hemodinâmicas	24 pacientes (12 IC estáveis + 12 controles) FE < 50% (NYHA I-II)	Coorte prospectiva Drogas pausadas por 2 semanas 5 dias – 920mg sódio 6 dias – 2300mg sódio Líquidos 1500 a 1800mL	Pacientes com IC leve que ingeriram mais sal apresentaram redução na capacidade de excreção de sódio e alterações precoces hemodinâmicas e cardíacas.

A combinação das evidências atuais sugere que para pacientes com IC clinicamente estáveis, dietas contendo 2500 a 3000mg de sódio (5 a 7,5g de sal) estão associadas a melhores resultados, sendo que parecem causar maiores benefícios aos pacientes severos⁽¹¹⁾.

Devido à estimativa de consumo médio de sódio na Europa ser de cerca de 3500mg/dia (8,7g de sal)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, a maior parte dos estudos considera quantidades próximas a essas como normais. No Brasil, o consumo médio de sódio é de cerca de 4500mg/dia, o que corresponde a 11,2g de sal⁽⁵⁷⁾, quantidade seguramente inadequada.

Embora não haja dados consistentes e as orientações em relação à quantidade segura de sódio a ser ingerido continuem ambíguas, sabe-se que muitos pacientes com IC consomem diariamente quantidades de sal que extrapolam qualquer recomendação. A dificuldade de adesão ao tratamento, incluindo às medidas não farmacológicas, constitui-se em um dos principais fatores impeditivos à busca de melhores desfechos. Na seção seguinte, serão apresentados dados relativos à adesão e instrumentos de medida voltados a pacientes com IC.

3.4 Adesão e Instrumentos de Medida

A Organização Mundial da Saúde define adesão terapêutica como o grau com que o indivíduo se compromete em cumprir as recomendações acordadas com a equipe de saúde – seja ao seguir corretamente a prescrição medicamentosa ou ao implementar mudanças na alimentação ou no estilo de vida⁽⁵⁸⁾.

No cenário da IC, a adesão é considerada um componente essencial para o sucesso do autocuidado e para a prevenção de complicações, incluindo readmissões hospitalares⁽⁵⁹⁾. No entanto, seja por fatores que envolvem pacientes, equipes assistenciais ou serviços de saúde, as taxas de adesão às medidas – tanto farmacológicas quanto não farmacológicas – têm sido inferiores às esperadas⁽⁵¹⁾.

Estudos realizados com pacientes admitidos por exacerbação da IC demonstram que o uso inadequado das medicações e a manutenção de dieta inadequada estão entre os principais fatores precipitantes de descompensação^(8,11,13).

Taxas de adesão à prescrição medicamentosa iguais ou superiores a 88% demonstraram associação positiva com sobrevida livre de eventos em pacientes com IC⁽⁶⁰⁾. Contudo, as evidências na literatura indicam índices que variam de 25 a 60%^(21,61). Fatores como idade avançada, comorbidades coexistentes⁽⁶²⁾ e regimes medicamentosos volumosos e de alto custo⁽⁶³⁾ podem influenciar negativamente, tornando esta população mais propensa a não adesão.

Em relação ao tratamento não farmacológico, a dieta de restrição de sódio é amplamente recomendada a esses pacientes. No entanto, sua adesão demonstra baixa prevalência, conforme evidenciado em estudo realizado em centros universitários dos EUA e da Austrália, no qual 75% dos pacientes relataram seguir adequadamente a dieta, mas somente 25% demonstraram ser efetivamente aderentes quando foi avaliado o consumo de sódio por meio da excreção urinária de 24 horas⁽²¹⁾. Um dos motivos apontados na literatura que parece influenciar os baixos índices é a falta de consistência em relação à quantidade de sódio recomendada a pacientes com IC⁽⁵¹⁾. Além disso, fatores inerentes ao pacientes, como barreiras sociais e/ou de estilo de vida, restrita variedade alimentar, maior custo dos alimentos pobres em sódio, palatabilidade e complexidade em seguir a restrição também devem ser considerados⁽⁷⁾.

A identificação dos fatores influenciadores e a avaliação do comportamento de adesão são necessárias para o planejamento de tratamentos efetivos. Contudo, não há padrão-ouro para mensurar comportamento de adesão de maneira acurada e o uso de várias estratégias tem sido retratado na literatura⁽⁶⁴⁾.

A utilização de escalas psicométricas tem sido proposta na literatura com a finalidade de mensurar comportamentos relacionados à adesão e desta forma auxiliar no planejamento de intervenções educativas eficientes. No cenário da IC, alguns instrumentos estão disponíveis.

O instrumento *Beliefs about Dietary Compliance* utiliza dois construtos do Modelo de Crenças em Saúde: benefícios percebidos e barreiras em seguir o comportamento. É composto por 12 itens, que devem ser pontuados por meio de escala do tipo Likert de cinco categorias. Este instrumento foi testado e validado para pacientes com IC⁽⁶⁵⁾. Posteriormente, foi adaptado transculturalmente para a língua portuguesa do Brasil⁽⁶⁶⁾. No entanto, poucos estudos foram conduzidos utilizando o instrumento após a adaptação. Em 2011, foi utilizado em pacientes renais crônicos⁽⁶⁷⁾ e, em 2014, a autora da adaptação e colaboradoras tiveram como objetivo avaliar as crenças relativas à adesão ao automonitoramento diário do peso/edema em pacientes com IC⁽²³⁾.

O DSRQ fundamenta-se na Teoria do Comportamento Planejado (TCP) e considera três construtos: atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido. É composto por 27 itens, incluindo questões de múltipla escolha, descritivas e ainda escala do tipo Likert de cinco pontos, divididas em três subescalas e que avaliam conhecimento, barreiras e atitudes relacionadas ao comportamento. Assim como o primeiro instrumento, também foi testado e validado para pacientes com IC⁽²⁵⁾.

O DSRQ pode ser utilizado na prática clínica como subsídio no desenvolvimento de intervenções educativas por diferentes profissionais da saúde que integram a equipe multiprofissional, dentre eles enfermeiros. A ação destes profissionais é essencial na melhora do comportamento de adesão e será explorada com maior clareza na próxima seção.

3.5 O papel da Enfermagem na adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca

A educação relacionada à IC e aos aspectos que abrangem seu complexo tratamento é essencial para o envolvimento do paciente no seu autocuidado, incluindo o comportamento de adesão. A Enfermagem desempenha importante papel neste contexto, tanto em abordagens desenvolvidas no cenário hospitalar, quanto no ambiente domiciliar⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

O período de internação por IC descompensada – caracterizado por instabilidade e limitação física – torna o paciente mais suscetível para a conscientização sobre a importância do autocuidado, configurando o ambiente hospitalar como o cenário mais apropriado para dar início ao processo de educação sobre a IC e autocuidado^(42,68,71). Por outro lado, quando realizadas no domicílio, o planejamento e as orientações são passíveis de acordos com a equipe de saúde, considerando o contexto e as condições reais dos pacientes⁽⁷⁰⁾.

Melhora significativa no conhecimento sobre IC e no autocuidado foi demonstrada em um ECR brasileiro, em que dois grupos de pacientes receberam orientação educativa de Enfermagem sobre a doença e o tratamento durante a internação devido à descompensação. Após a alta, um dos grupos recebeu telemonitorização durante três meses. Ao final desse período, a intervenção educativa proporcionou aumento no conhecimento da doença e no autocuidado, independente do contato telefônico após a alta hospitalar⁽⁷¹⁾.

Resultados semelhantes foram observados em ECR latino-americano, que buscou avaliar a efetividade de um programa de Enfermagem com combinação de intervenções: encontros educativos, visitas domiciliares, acompanhamento telefônico e cartilha de orientações sobre o autocuidado. No período de nove meses, o grupo que recebeu as intervenções obteve aumento de 20% na escala de comportamento de autocuidado, corroborando os resultados positivos dessa abordagem⁽⁷²⁾.

Com o objetivo de verificar o efeito de uma intervenção educativa de Enfermagem – que incluiu visita domiciliar e contato telefônico – em pacientes com internação recente por IC descompensada – sobre o conhecimento da doença, nas habilidades para o autocuidado e na adesão ao tratamento, foi realizado um ECR. Ao final do período de seis meses, o grupo intervenção demonstrou melhora significativa no conhecimento, no autocuidado e na adesão ao tratamento⁽⁷⁰⁾.

Avançando no conhecimento, o mesmo grupo de pesquisadores avaliou esta estratégia e seus efeitos em desfechos clínicos de visitas à Emergência, readmissões e mortalidade. Ao final do estudo, a combinação desses desfechos foi 27% menor no grupo intervenção⁽⁷³⁾.

Recente ECR americano teve como objetivo examinar a efetividade de uma intervenção educativa de Enfermagem baseada na TCP – incluindo telemonitorização e visitas domiciliares – na redução da ingestão de sódio em pacientes com IC. O DSRQ foi utilizado durante os encontros para identificar fatores interferentes na dieta. O grupo que recebeu a intervenção educativa mostrou atitudes mais positivas em relação ao seguimento da dieta e, aos seis meses, menor ingestão de sódio quando comparado ao grupo que não recebeu as orientações. A utilização da TCP como guia para a criação de estratégias individualizadas, considerando os fatores relacionados ao comportamento de cada paciente, demonstrou ser adequada quando se deseja buscar a restrição de sódio. Na seção seguinte, essa teoria – que deu origem ao DSRQ – será discutida em maior profundidade⁽⁷⁴⁾.

3.6 Teoria do Comportamento Planejado

A *Theory of Planned Behavior* ou TCP foi proposta pelo psicólogo social Icek Azjen em 1985, a partir da Teoria da Ação Racional (TRA), desenvolvida pelo mesmo autor e colaboradores anteriormente⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾.

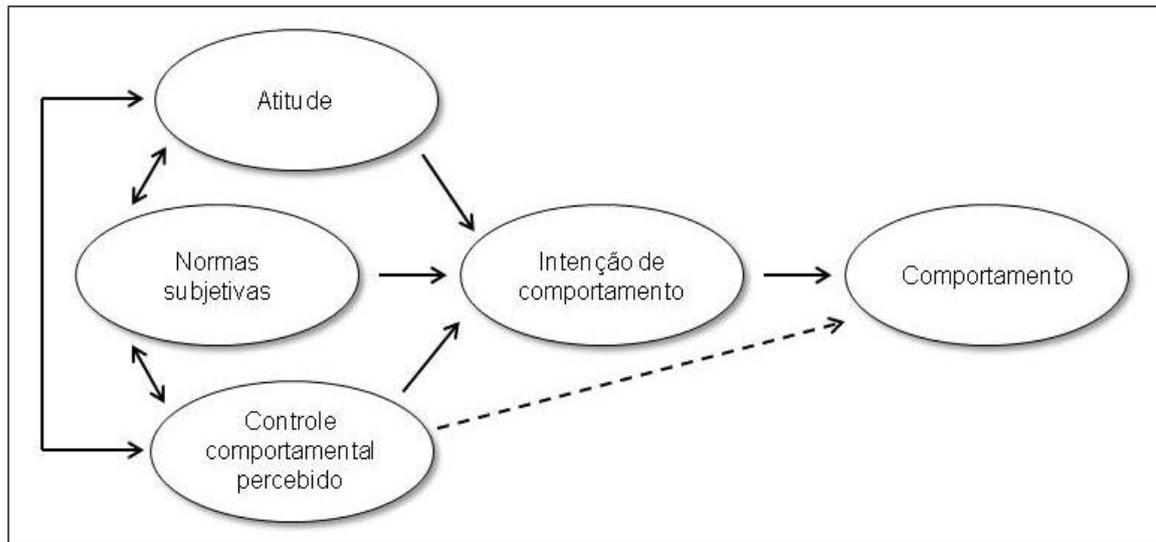
Segundo a TRA, o comportamento do indivíduo depende da intenção de comportamento; esta, por sua vez, é dependente das atitudes e das normas subjetivas que permeiam os indivíduos. Contudo, a TRA apresentou algumas limitações, principalmente por considerar que a intenção de comportamento seria ilimitada, sendo que existem barreiras e hábitos que interferem na intenção e geram impacto sobre o comportamento⁽⁷⁷⁾.

Buscando aperfeiçoar tais aspectos da TRA e assim determinar com maior poder o comportamento, foi incorporado o conceito de controle comportamental percebido, que diz respeito à crença do indivíduo sobre fatores que possam facilitar ou dificultar determinado comportamento. Desta forma, surge a TCP, profundamente fundamentada na psicologia social⁽⁷⁸⁾, e que presume que o comportamento do indivíduo é determinado por três componentes:

- a) Atitudes relacionadas ao comportamento: envolvem avaliações positivas ou negativas quanto à realização de algum comportamento; são determinadas de acordo com as crenças em relação às consequências de realizar o comportamento e seguidas por um julgamento quanto ao desejo de sofrer ou não tais consequências^(77,79).
- b) Normas subjetivas: referem-se à percepção do indivíduo em relação à opinião de pessoas importantes na aprovação ou desaprovação do comportamento^(77,79).
- c) Controle comportamental percebido: diz respeito às crenças sobre fatores que possam facilitar ou impedir o desempenho do comportamento^(77,79).

Tais construtos são diretamente proporcionais à intenção de comportamento, ou seja, quanto mais favoráveis forem as atitudes e as normas subjetivas, e quanto maior for o controle comportamental percebido, mais intensa será a intenção de comportamento⁽⁷⁷⁾. A Figura 1 representa o modelo conceitual da TCP.

Figura 1 - Relação entre os construtos da Teoria do Comportamento Planejado



Fonte: Ajzen I, Brown TC, Carvajal F; 2004⁽⁸⁰⁾.

A TCP tem sido utilizada para identificar intenções e padrões de comportamento humano em diversos estudos e áreas do conhecimento⁽⁸¹⁾. Sua ampla utilização justifica-se pela simplicidade e objetividade de seus princípios.

Qualquer ação de autocuidado, para ser incorporada definitivamente à rotina do paciente, depende diretamente do comportamento. Em relação à dieta pobre em sódio, fatores como a palatabilidade, a limitada variedade alimentar e a influência da restrição na socialização têm sido relacionados à baixa adesão⁽⁷⁾. Crenças em relação ao sucesso do tratamento, opiniões familiares ou de profissionais da saúde, além de aspectos socioeconômicos e culturais também podem ser considerados barreiras para o seguimento adequado. O DSRQ foi desenvolvido⁽²⁵⁾, adaptado para o português do Brasil⁽²⁶⁾ e posteriormente validado para pacientes com IC⁽²⁷⁾ com vistas a habilitar os profissionais de saúde a identificar quais são os principais aspectos relacionados à não adesão a essa medida; será abordado com maior clareza na próxima seção.

3.7 Questionário de Restrição de Sódio na Dieta

A fim de compreender melhor os fatores relacionados à baixa adesão à dieta de restrição de sódio, um grupo de pesquisadores americanos *experts* em cuidado e terapias não farmacológicas preconizadas a pacientes com IC desenvolveu o DSRQ^(21,25).

Os itens que compõem o instrumento foram baseados em expertise clínica, revisão extensiva da literatura e em estudo qualitativo⁽⁸²⁾. No início do instrumento, há 11 questões – de múltipla escolha e descritivas. Nesta seção, o paciente informa se segue a dieta de restrição de sódio, qual o profissional que a prescreveu ou se segue por outra razão; também nesta seção é questionado sobre a frequência e o grau de dificuldade de segui-la; e o quanto ele acredita que isso tem auxiliado no controle de sua condição cardíaca. Após, seguem-se 15 questões divididas em três subescalas, que correspondem aos três maiores componentes da TCP: atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido⁽²⁵⁾.

A fidedignidade e a validade do DSRQ foram testadas em estudo realizado em 2009 com 174 pacientes com IC, provenientes de quatro centros acadêmicos de Medicina e hospitais comunitários dos EUA⁽²⁵⁾.

Em 2012, o DSRQ foi traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa do Brasil. A versão final com objetivo de pré-teste foi aplicada a 44 pacientes ambulatoriais. Após, foi avaliada a concordância interobservador em outra amostra de 40 pacientes. O instrumento foi denominado de Questionário de Restrição de Sódio na Dieta⁽²⁶⁾.

As modificações em relação ao instrumento original envolveram alterações de termos ou expressões para facilitar a compreensão dos itens, bem como para garantir a equivalência cultural. A partir da avaliação do comitê de especialistas, um item – questão 21 – sofreu modificação maior. Houve necessidade de explicação adicional, a fim de facilitar o entendimento na aplicação do instrumento⁽²⁶⁾.

Para avaliação da consistência interna, foi utilizado o alfa de Cronbach. Os valores obtidos mostraram-se inferiores aos do instrumento original nas duas primeiras subescalas (0,88 e 0,62) e superior na terceira (0,76). O alfa obtido para o total do instrumento foi de 0,77 no pré-teste, e assim nenhum item do instrumento foi excluído. Todos os coeficientes de consistência interna foram considerados adequados⁽²⁶⁾.

Em relação à homogeneidade do instrumento, avaliada a partir da correlação item-total, a maioria dos itens obteve coeficiente superior a 0,3, evidenciando que estão correlacionados entre si e que mensuram o mesmo atributo⁽²⁶⁾.

Para avaliar a concordância interobservador, utilizou-se o teste Kappa, que mede o grau de concordância além do que seria esperado e tem como valor máximo 1. No QRSD, todos os itens do instrumento tiveram valores superiores a 0,6 (0,62 – 1,00), demonstrando a confiabilidade do questionário e a reprodutibilidade dos resultados⁽²⁶⁾.

Neste processo de adaptação transcultural e validação, embora os itens tenham demonstrado elevada correlação, sua distribuição tornou-se diferente da apresentada no instrumento original. As questões 18 a 20, referentes à influência de pessoas importantes sobre o comportamento, passaram a pertencer à primeira subescala, intitulada atitude e norma subjetiva. Além disso, os itens 23 a 25, referentes a situações de tomada de decisão, passaram a pertencer a uma nova subescala: controle comportamental dependente. Essas alterações não alteram o propósito das subescalas e podem ter sido causadas pelas diversidades demográficas e culturais observadas entre as duas diferentes populações⁽²⁷⁾.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal. Neste tipo de delineamento, todas as medições são realizadas em um único momento. É indicado quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados⁽⁸³⁾.

4.2 Locais de pesquisa

O estudo foi desenvolvido em dois centros em Porto Alegre: Unidade de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) – pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – e Unidade de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O HNSC presta assistência ambulatorial e hospitalar, dispondo da maior unidade de Emergência do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 350 atendimentos ao dia destinados exclusivamente a usuários do SUS.

O HCPA, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, presta assistência ambulatorial e hospitalar, realizando cerca de 90 atendimentos ao dia na Unidade de Emergência, voltados principalmente a pacientes do SUS, podendo estender-se a pacientes conveniados.

4.3 População e Amostra

Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos na Emergência de ambos os hospitais do estudo devido à descompensação da IC (com FEVE reduzida ou preservada), confirmada pela pontuação dos critérios de Boston quando igual ou maior a oito⁽⁸⁴⁾.

Foram excluídos pacientes com qualquer distúrbio cognitivo ou barreira (por exemplo: diminuição da acuidade auditiva, seqüela neurológica) que pudesse dificultar o preenchimento do questionário.

Os pacientes foram incluídos por meio de uma amostra de conveniência em ambas as instituições. Estimando-se uma prevalência de adesão à restrição de sódio de 30%⁽⁶¹⁾, com um índice de confiança de 95% e margem de erro de 6%, foram incluídos 225 pacientes.

4.4 Variáveis

4.4.1 Dados clínicos e sociodemográficos

Foram coletados por meio de uma ficha clínica (APÊNDICE A), com a finalidade de caracterizar a amostra do estudo.

Critérios de Boston: utilizados para a confirmação de descompensação da IC e consequente elegibilidade no estudo. Na pontuação, são considerados dados relacionados à história do paciente, ao exame físico e à radiografia de tórax. São permitidos no máximo quatro pontos para cada categoria, tendo como valor máximo 12 pontos. O diagnóstico de IC

pode ser classificado como: improvável (menor ou igual a quatro pontos), possível (de cinco a sete pontos) ou definitivo (de oito a 12 pontos)⁽⁸⁴⁾.

Classe funcional, de acordo com a NYHA⁽³⁷⁾: mensurada pela pesquisadora no momento da inclusão do paciente no estudo, a partir do efeito sintomático da doença cardíaca referido pelo indivíduo em:

- a) Classe I: ausência de sintomas durante a realização de atividades físicas; limitação para esforços semelhante à esperada em indivíduos saudáveis;
- b) Classe II: os sintomas são desencadeados pela realização de atividades físicas;
- c) Classe III: os sintomas são desencadeados pela realização de atividades físicas menos intensas ou por pequenos esforços;
- d) Classe IV: os sintomas ocorrem mesmo em repouso, resultando em incapacidade de realizar qualquer atividade física sem desconforto.

Etiologia da IC: conforme dados registrados em prontuário, geralmente oriundos de acompanhamento em consultas ambulatoriais. Causas possíveis incluem: isquêmica, hipertensiva, alcoólica, valvar, miocardiopatia dilatada, chagásica, quimiotóxica⁽³⁴⁾.

Causas de descompensação: relativas à ocasião da admissão e coletadas conforme dados registrados em prontuário. Incluem: infecção, arritmia, HAS não controlada, anemia, angina/síndrome coronariana aguda (SCA), uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), não adesão à medicação e não adesão à dieta⁽¹³⁾. Para estas duas últimas causas, considerou-se também o relato dos pacientes.

Comorbidades mais prevalentes: conforme dados registrados em prontuário, oriundos tanto de internações anteriores, quanto de acompanhamento em consultas ambulatoriais.

Uso de medicações previamente à admissão: dado coletado pela pesquisadora concomitante à aplicação do questionário, a partir da prescrição medicamentosa trazida pelo paciente ou familiar ao hospital, ou conforme dados registrados na última consulta de acompanhamento ambulatorial.

FEVE: dado obtido por meio de ecocardiografia, a partir dos métodos de Teichholz ou de Simpson. Foi considerado o exame prévio mais próximo à data de inclusão no estudo (até seis meses). Independente de evidenciar FEVE reduzida ou preservada, a ecocardiografia foi utilizada – juntamente aos dados clínicos registrados em prontuário – para confirmação do diagnóstico⁽³⁴⁾.

4.4.2 Dados do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta

O instrumento é constituído por 27 afirmações, divididas em três subescalas: Atitude e Norma Subjetiva – avalia as crenças do paciente em relação aos resultados de realizar uma dieta de restrição de sódio e a importância de outras pessoas aprovarem ou reprovarem tal conduta; Controle Comportamental Percebido – avalia a capacidade do paciente na identificação de facilitadores e barreiras referentes à restrição de sódio na dieta; Controle Comportamental Dependente – avalia a presença ou ausência de recursos e impedimentos para seguir uma dieta de restrição de sódio⁽²⁵⁾. Esse questionário foi adaptado transculturalmente⁽²⁶⁾ e recentemente validado para uso na língua portuguesa do Brasil⁽²⁷⁾.

Os dados do QRSD foram obtidos pela pesquisadora em entrevista com os participantes. As questões descritivas e de múltipla escolha foram registradas conforme o relato fiel dos pacientes. Para a pontuação das subescalas, foi explicado e solicitado que respondessem de acordo com escala Likert de cinco pontos. Na primeira subescala – atitude e norma subjetiva – a menor pontuação indica “discordo totalmente” e a maior “concordo totalmente”. Na segunda e terceira subescalas – controle comportamental percebido e comportamento dependente – a mínima pontuação indica “de jeito nenhum”, enquanto a máxima indica “muito”.

4.5 Coleta de dados e logística do estudo

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2013 e outubro de 2014. A fim de evitar viés de aferição, devido a possíveis intervenções realizadas pela equipe multiprofissional durante a permanência na Unidade de Emergência, os pacientes foram abordados assim que apresentaram estabilidade e condições clínicas para responder, tanto o questionário quanto a ficha clínica contendo dados clínicos e sociodemográficos, comorbidades e medicações utilizadas (APÊNDICE A). Em estudos prévios do grupo, o período de 24 horas se mostrou adequado para entrevistas de pacientes internados por IC descompensada. Dados complementares, quando indisponíveis no momento da entrevista, foram obtidos por meio de registros em prontuário.

A busca ativa e a confirmação dos critérios de elegibilidade na Emergência do HCPA foram realizadas por acadêmicos de Enfermagem. A aplicação do questionário e o preenchimento de dados clínicos e sociodemográficos oriundos dos prontuários foram realizados pela pesquisadora.

No HNSC, tanto a busca diária, quanto a confirmação dos critérios de elegibilidade e a aplicação do instrumento foram realizadas diariamente pela própria pesquisadora.

Todos os pacientes em ambas as instituições responderam a entrevista em local reservado. O tempo médio de aplicação do QRSD foi de 40 minutos.

4.6 Análise dos dados

Para a pontuação das subescalas do QRSD, são utilizadas escalas Likert de cinco pontos. A subescala de atitude e norma subjetiva compreende nove itens, com pontuação total variando de nove a 45; a subescala de controle comportamental percebido engloba quatro itens, com pontuação total variando de quatro a 20; a subescala de controle comportamental dependente abrange três itens, com pontuação total variando de três a 15. Como mencionado anteriormente, na primeira subescala, a menor pontuação indica “discordo totalmente” e a maior “concordo totalmente”. Para fins de análise, as pontuações 1 e 2 da escala Likert foram analisadas dentro da categoria “discordo totalmente”, a pontuação 3 na categoria “neutro”, e as pontuações 4 e 5 na categoria “concordo totalmente”. Na segunda e na terceira subescalas, a mínima pontuação indica “de jeito nenhum”, enquanto a máxima indica “muito”. Para fins de análise, as pontuações 1 e 2 da escala Likert foram analisadas dentro da categoria “de jeito nenhum”, a pontuação 3 na categoria “parcialmente (pouco)”, e as pontuações 4 e 5 na categoria “muito”⁽²¹⁾.

Não há um ponto de corte estabelecido para o QRSD. Valores mais altos na primeira subescala indicam maior adesão, enquanto a segunda e terceira subescalas são invertidas, ou seja, valores mais elevados indicam menor adesão⁽²⁵⁾.

Para a comparação das variáveis clínicas e sociodemográficas conforme a causa de descompensação, os pacientes foram divididos em dois grupos: a) não adesão à dieta e não

adesão à medicação e à dieta; b) outras causas. Quando evidenciado ambas as causas, prevaleceu a não adesão, por se tratar de fator prevenível e objeto de estudo desta dissertação.

Os dados foram digitados no programa Statistical Package for Social Sciences versão 18.0. Variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média e desvio-padrão e as com distribuição não normal, como mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas foram expressas como número absoluto e frequência relativa. Para a comparação das variáveis contínuas entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta, não adesão à medicação e à dieta e os admitidos por outras causas, foi utilizado o teste *t* de *Student* ou Mann-Whitney, conforme distribuição dos dados. Para a associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Um nível de significância de 5% foi adotado.

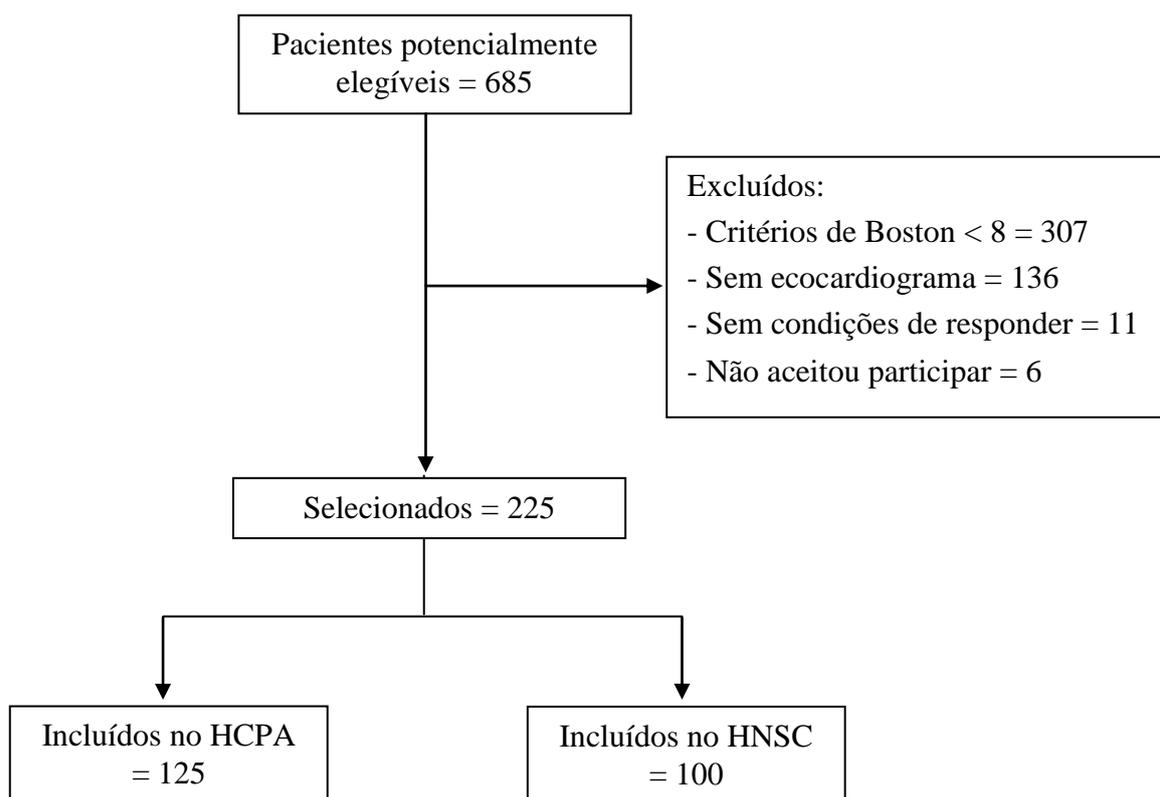
4.7 Considerações éticas

O projeto deste estudo foi elaborado em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução número 466, de 2012. Após qualificação em banca, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número 26219 (ANEXO B) e dos Comitês de Ética em Pesquisa do HCPA, sob número 130343 (ANEXO C) e do HNSC/GHC, sob número 13-049 (ANEXO D). Após o convite para participação, todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), contendo os objetivos e as informações necessárias do estudo de maneira clara e acessível, garantindo o anonimato e a liberdade de participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo algum.

5 RESULTADOS

No período de 02/10/2013 a 07/10/2014, como se observa na Figura 2, foram selecionados 685 pacientes potencialmente elegíveis entre as duas instituições. Destes, 443 foram excluídos por pelo menos um critério de exclusão; 11 não tinham condições de responder ao questionário e seis não aceitaram participar. Ao final, entre os dois centros, foram incluídos 225 pacientes.

Figura 2 - Fluxograma de inclusão de pacientes no estudo



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

5.1 Características da amostra

As características sociodemográficas e clínicas dos participantes estão dispostas na Tabela 1. A média de idade foi de $66,3 \pm 12,3$ anos e predominou o sexo masculino (53,8%); 125 pacientes (55,5%) foram atendidos no HCPA. A FEVE foi de $41,9 \pm 15,7\%$, com predomínio da etiologia isquêmica (42,2%) e da classe funcional III da NYHA (62,6%) no momento da entrevista. As comorbidades mais prevalentes foram HAS (82,7%) e DM (47,5%). As medicações mais utilizadas previamente à admissão foram os diuréticos (84%) e os beta-bloqueadores (68,9%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Porto Alegre (RS), 2015

Variáveis	n = 225
Dados sociodemográficos	
Idade (anos)*	66,3 ± 12,3
Instituição de origem (%) [†]	
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	125 (55,5)
Hospital Nossa Senhora da Conceição	100 (44,5)
Sexo masculino (%) [†]	121 (53,8)
Anos de estudo [‡]	5 [3 – 8]
Renda (salário mínimo) [‡]	2 [1 – 2,7]
Reside com companheiro ou familiar (%) [†]	187 (83,1)
Dados clínicos	
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (%) [*]	41,9 ± 15,7
Tempo de IC (anos) [‡]	3 [1 – 7]
Internação prévia por IC [†]	150 (67,3)
Número de internações prévias por IC [‡]	1 [0 – 2,2]
Classe funcional NYHA(%) [†]	
I	3 (1,3)
II	48 (21,3)
III	141 (62,6)
IV	33 (14,8)
Uso de medicações previamente à admissão (%) [†]	
Diuréticos	189 (84)
Beta-bloqueadores	155 (68,9)
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	138 (61,3)
Digitálicos	67 (29,8)
Nitratos	55 (24,4)
Antagonistas dos receptores de angiotensina	39 (17,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Variáveis contínuas expressas como média ± desvio-padrão; †variáveis categóricas expressas como n (%); ‡variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil.

Legenda: IC – insuficiência cardíaca; NYHA – *New York Heart Association*.

5.2 Seção I do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta

5.2.1 Orientações de profissionais da saúde em relação à dieta com pouco sal

Por meio da seção qualitativa do questionário, constatou-se que para 203 (90,2%) dos 225 pacientes incluídos, já havia sido prescrita ou orientada uma dieta com restrição de sódio. As orientações recebidas por esses pacientes estão dispostas na Tabela 2. As mais prevalentes foram “reduzir o sal” e “comer pouco sal”.

Tabela 2 - Orientações provenientes de profissionais da saúde sobre a dieta de restrição de sódio. Porto Alegre (RS), 2015

Orientação	n=203
Reduzir o sal	69 (34,0)
Comer pouco sal	59 (29,0)
Comer o mínimo possível de sal	29 (14,3)
Não comer sal	16 (7,9)
Comer uma colher de chá de sal por dia	10 (4,9)
Comer uma colher de chá de sal por refeição	9 (4,4)
Comer um grama de sal por dia	7 (3,5)
Comer um grama de sal por refeição	3 (1,5)
Sal faz mal	1 (0,5)

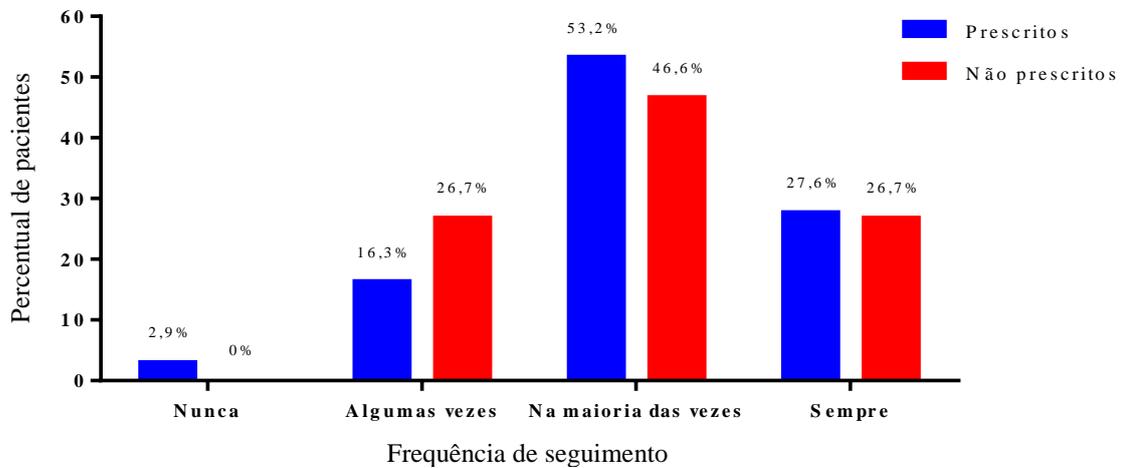
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis categóricas expressas como n (%).

5.2.2 Seguimento da dieta de restrição de sódio entre os pacientes com e sem prescrição

A Figura 3 representa a frequência de seguimento da dieta de restrição de sódio entre os pacientes com e sem prescrição desta medida. Em ambos os grupos, a maioria dos pacientes (n=108; 53,2% e n=07; 46,6% respectivamente) considerou segui-la na maior parte do tempo.

Figura 3 - Relato dos pacientes com e sem prescrição sobre frequência de seguimento da dieta de restrição de sódio

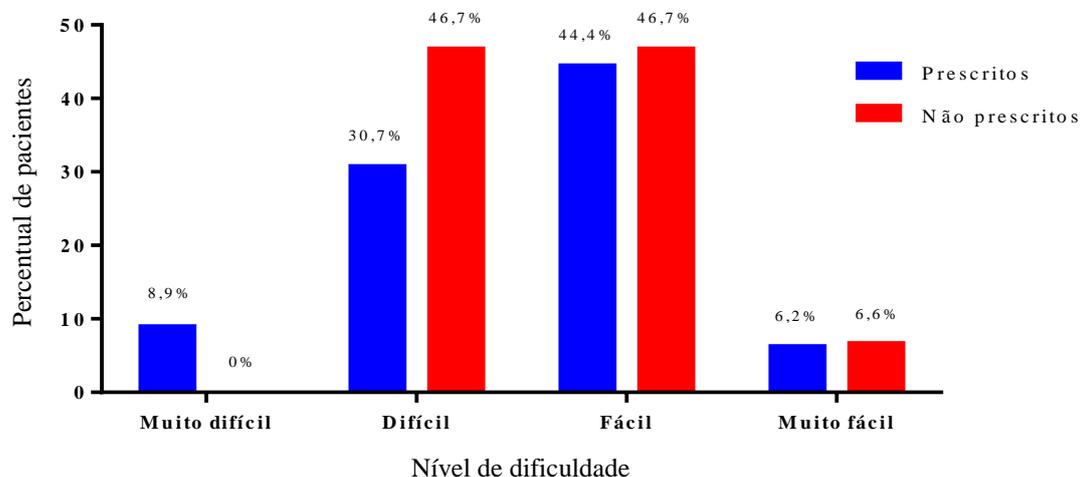


Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.2.3 Dificuldade em seguir a dieta de restrição de sódio entre os pacientes com e sem prescrição

Quando questionados em relação à dificuldade em seguir a dieta, conforme ilustrado na Figura 4, a maior parte dos pacientes com prescrição (n=100; 44,4%) considerou fácil. Em contrapartida, daqueles sem prescrição, praticamente a metade (n=7; 46,7%) considerou difícil.

Figura 4 - Nível de dificuldade dos pacientes com e sem prescrição em seguir a dieta de restrição de sódio.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dos 22 pacientes sem prescrição de restrição de sódio, 15 referiram tentar segui-la por outros motivos, principalmente devido à influência da mídia ou familiar. Os demais pacientes referiram não seguir a medida.

5.3 Seção II do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta

A Tabela 3 mostra a análise do questionário como variável categórica. As questões de número 12 a 27, respondidas pelos 225 pacientes, estão subdivididas em três categorias; na primeira subescala: discordam, neutros e concordam; na segunda e terceira subescalas: de jeito nenhum, parcialmente (pouco) e muito.

Tabela 3 - Conhecimento, barreiras e atitudes de pacientes com IC descompensada em seguir uma dieta de restrição de sódio. Porto Alegre (RS), 2015

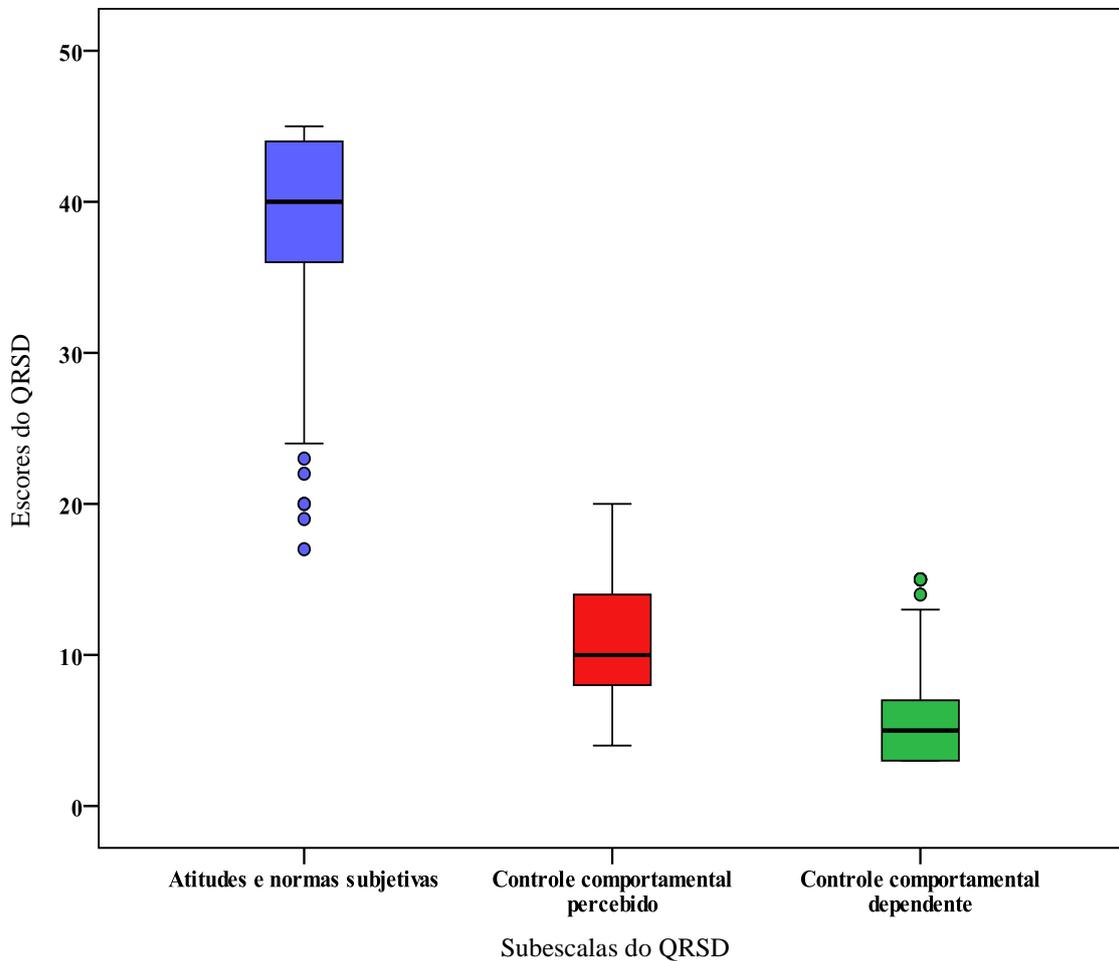
Subescala de atitude e norma subjetiva	Discordam	Neutros	Concordam
12. É importante para mim seguir uma dieta com pouco sal.	07 (3,1)	28 (12,4)	190 (84,4)
13. Fazer uma dieta com pouco sal irá evitar que haja acúmulo de líquido no meu corpo.	17 (7,5)	33 (14,7)	175 (77,7)
14. Seguir uma dieta com pouco sal evita que eu tenha inchaço.	20 (8,9)	37 (16,4)	168 (74,7)
15. Fazer uma dieta com pouco sal me ajudará a respirar com mais facilidade.	20 (8,9)	50 (22,2)	155 (68,9)
16. Quando sigo uma dieta com pouco sal, sinto-me melhor.	15 (6,7)	43 (19,1)	167 (74,3)
17. Seguir uma dieta com pouco sal manterá meu coração saudável.	06 (2,7)	22 (9,8)	197 (87,6)
18. Meu cônjuge e outros membros da família acham que eu deveria seguir uma dieta com pouco sal.	18 (8,0)	22 (9,8)	185 (82,3)
19. Geralmente eu quero fazer o que meu médico acha que eu devo fazer.	13 (5,8)	28 (12,4)	184 (81,8)
20. Geralmente eu quero fazer o que meu cônjuge ou membros da família acham que eu devo fazer.	30 (13,3)	41 (18,2)	154 (68,5)
Subescala de controle comportamental percebido	De jeito nenhum	Parcialmente (pouco)	Muito
21. Eu não entendo ou não sei como. (Eu não entendo: a importância do controle de sal. Não sei como: come em restaurantes ou outra pessoa cozinha e não tem como controlar a quantidade de sal...).	120 (53,3)	44 (19,6)	61 (27,1)
22. O gosto dos alimentos com pouco sal.	84 (37,3)	60 (26,7)	81 (36,0)
23. O que eu gosto de comer não tem pouco sal.	86 (38,2)	56 (24,9)	83 (36,9)
24. Não tenho força de vontade para mudar minha dieta.	132 (58,7)	36 (16,0)	57 (25,3)
Subescala de comportamento dependente	De jeito nenhum	Parcialmente (pouco)	Muito
25. Não consigo escolher comida com pouco sal em restaurantes.	179 (79,6)	22 (9,8)	24 (10,7)
26. Os restaurantes de que gosto não servem comida com pouco sal.	197 (79,6)	15 (6,7)	31 (13,8)
27. Não consigo escolher alimentos com pouco sal no supermercado.	155 (68,9)	34 (15,1)	36 (16,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis categóricas expressas como n (%).

A Figura 5 apresenta as respostas das questões do questionário como variável contínua em forma de escore. A subescala de atitudes e normas subjetivas foi a que apresentou mediana mais elevada (40 [35,5 – 44]), de um escore máximo de 45 pontos; seguida por controle comportamental percebido (10 [8 – 14]), escore máximo de 20 pontos; e controle comportamental dependente (5 [3 – 7]), escore máximo de 15 pontos.

Figura 5 - Análise dos escores do Questionário de Restrição de Sódio na Dieta, dividido em suas três subescalas.

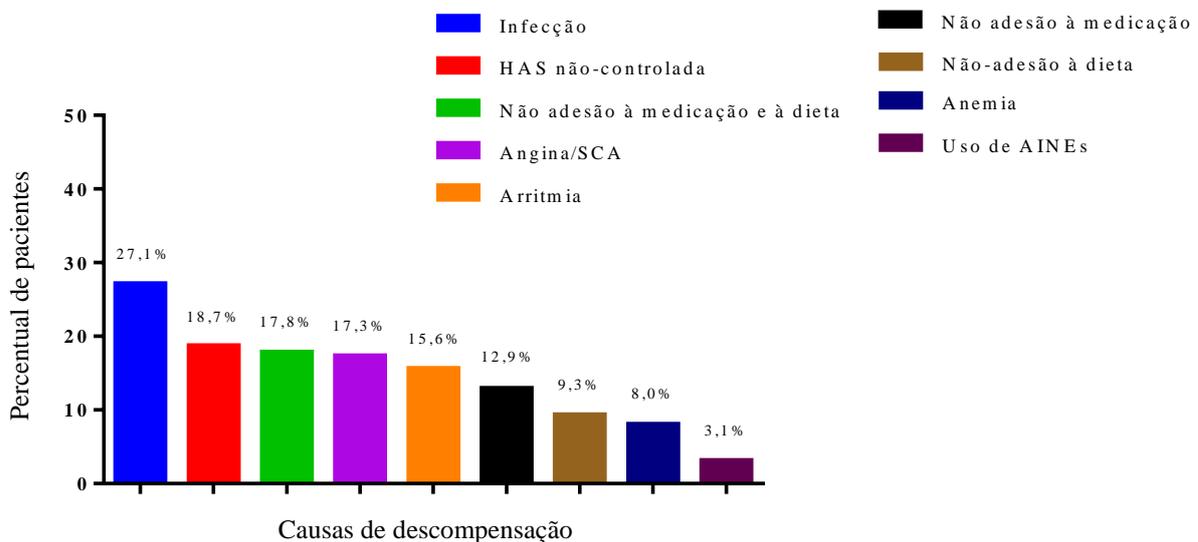


Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.4 Causas de descompensação

As causas de descompensação da IC no momento da admissão podem ser visualizadas na Figura 6; salienta-se que um paciente pode ter apresentado mais de uma. As principais foram infecção (n= 61, 27,1%), HAS não controlada (n = 42, 18,7%) e a combinação de não adesão à medicação e à dieta (n = 40, 17,8%).

Figura 6 - Causas de descompensação apresentadas pelos pacientes com insuficiência cardíaca.



Fonte: Dados da pesquisa.

5.5 Comparação entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta e os admitidos por outras causas

Quando comparadas as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como os escores do QRSD entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta e os admitidos por outras causas, verificou-se diferença significativa na FEVE ($p=0,004$) e na subescala de controle comportamental percebido ($p=0,009$), Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta e aqueles admitidos por outras causas. Porto Alegre (RS), 2015.

Variáveis	Não adesão à dieta + não adesão à medicação e à dieta n = 59 (26,2)	Outras causas n = 166 (73,8)	p
Dados sociodemográficos			
Idade (anos)*	64,2 ± 12,5	67,1 ± 12,2	0,113
Sexo masculino (%) [†]	36 (61,0)	85 (51,2)	0,252
Reside com companheiro ou familiar (%) [†]	48 (81,3)	139 (83,7)	0,828
Anos de estudo [‡]	5 [4 – 8]	5 [2 – 8]	0,174
Renda (salário mínimo) [‡]	2 [1 – 2,7]	1,7 [1 – 2,7]	0,527
Dados clínicos			
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (%)*	36,8 ± 15,3	43,7 ± 15,8	0,004
Tempo de IC [‡]	3 [1 – 7,2]	3 [1 – 7]	0,900
Internação prévia por IC [†]	40 (67,8)	110 (67,1)	1,000
Número de internações prévias por IC [‡]	1 [0 – 4]	1 [0 – 2]	0,131
Classe funcional NYHA [†]			0,464
I	1 (1,7)	2 (1,2)	
II	10 (16,9)	36 (22,2)	
III	38 (64,4)	101 (62,3)	
IV	10 (16,9)	23 (14,2)	
Escores do QRSD[‡]			
Subescala de atitudes e normas subjetivas	40 [34 – 44]	39 [36 – 44]	0,858
Subescala de controle comportamental percebido	12 [9 – 16]	10 [8 – 13,2]	0,009
Subescala de controle comportamental dependente	5 [3 – 7]	4 [3 – 7]	0,205

Fonte: Dados da pesquisa

*Variáveis contínuas expressas como média ± desvio-padrão, Teste *t* de *Student*; [†]variáveis categóricas expressas como n (%), Qui-quadrado; [‡]variáveis assimétricas apresentadas como mediana e intervalo interquartil, Teste U de *Mann-Whitney*.

Legenda: IC – insuficiência cardíaca; NYHA – New York Heart Association; QRSD – Questionário de Restrição de Sódio na Dieta.

6 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo desenvolvido fora dos EUA que utilizou o QRSD para avaliar o conhecimento, as atitudes e as barreiras relacionadas ao sódio na dieta em pacientes admitidos em Unidades de Emergência em dois centros de referência de atendimento a pacientes do SUS em uma cidade do Sul do Brasil.

Entre os pacientes incluídos, mais de 90% referiram ter sido orientados sobre manter uma dieta com restrição de sódio, e grande parte relatou aderir a essa medida na maioria das vezes. Em contrapartida, a não adesão à dieta – juntamente com a não adesão à medicação – figurou como a terceira principal causa de descompensação, precedida apenas por infecção e HAS não controlada. Outros estudos evidenciaram resultados semelhantes^(6,13,15), indicando que a manutenção de uma dieta inadequada e o não seguimento da prescrição medicamentosa têm sido associados a piores resultados e à necessidade de hospitalização – fator que modifica o curso natural da IC e piora o prognóstico dos pacientes⁽⁵⁾. De acordo com dois grandes estudos americanos, realizados com cerca de 50000 pacientes com IC, a descompensação por HAS não controlada ou não adesão à dieta foi associada a menor tempo de internação e a menor risco de mortalidade intra-hospitalar. Predominantemente, quando admitidos, esses pacientes apresentam manifestações clínicas de quadros congestivos; a partir da instituição do tratamento por meio de restrição de sódio, uso de diuréticos e simplificação da terapia medicamentosa, rapidamente atingem a normovolemia e conseqüentemente a compensação clínica^(13,15). ECR conduzido no Brasil demonstrou que esse período – a hospitalização – é o momento ideal para o início do processo educativo em saúde, visto que os pacientes que receberam intervenções educativas de Enfermagem durante a internação apresentaram melhora, tanto no conhecimento sobre a doença quanto nas medidas de autocuidado, dentre estas a adesão à dieta de restrição de sódio e ao regime medicamentoso⁽⁷¹⁾.

Em relação à pontuação do QRSD, os escores elevados observados na subescala de atitudes e normas subjetivas demonstram que os pacientes reconhecem a importância de aderir à restrição de sódio e são capazes de identificar sinais e sintomas associados à ingestão excessiva, bem como benefícios relacionados à restrição. No entanto, incorporar essa medida à rotina permanece um desafio para grande parte dos pacientes. Como evidenciado em outros estudos^(12,23,24), o conhecimento por si só parece não ser suficiente para garantir a adesão que, além de educação, requer outras habilidades, tanto pessoais (motivação e força de vontade), quanto comportamentais (leitura dos rótulos dos alimentos e preparação de refeições alternativas)⁽⁸⁵⁾.

Ainda na primeira subescala, pontuações elevadas nas três últimas questões indicam que o comportamento de adesão é amplamente influenciado pela opinião de pessoas as quais os pacientes consideram importantes – cônjuge, membros da família, médico e demais profissionais da saúde. A inclusão dos familiares no tratamento da IC – principalmente no que tange à adesão a medidas não farmacológicas – parece ser um ponto crucial e vem conquistando maior espaço como estratégia no autocuidado^(74,86). Estudo americano que buscou avaliar o efeito de sessões educativas voltadas aos familiares de pacientes com IC demonstrou redução significativa na ingestão de sódio nos pacientes cujos familiares receberam essa intervenção⁽⁸⁵⁾. A educação familiar mostra-se como estratégia eficaz; contudo, fazer as compras, preparar e realizar as refeições são elementos importantes na interação entre familiares. A falta de apoio familiar para realizar tais condutas pode fazer com que o paciente se sinta isolado. Desta forma, a abordagem ideal é não somente esclarecer os membros da família em relação à dieta adequada, mas também envolvê-los para que adotem essa medida. Pacientes e familiares devem dar suporte um ao outro, desde o planejamento das compras até o preparo das refeições. As metas a curto e longo prazo – realistas e possíveis de serem alcançadas – devem ser definidas conjuntamente⁽¹¹⁾. Estudo americano recente

evidenciou que pacientes com IC cujos familiares também seguiram a dieta pobre em sódio tiveram 1,6 vezes mais chances de ser aderentes⁽⁸⁷⁾.

Programas de acompanhamento regular desenvolvidos por equipes multiprofissionais têm evidenciado bons resultados no manejo da IC. Para que seja efetiva, a relação existente entre pacientes e profissionais de saúde deve ser mútua e baseada na confiança. Os pacientes devem ser encorajados a participar ativamente do seu plano de tratamento, expressando suas preferências e valores; os profissionais, por sua vez, devem construir um plano de tratamento individualizado, considerando o contexto no qual o paciente está inserido. A tomada de decisão compartilhada entre equipe de saúde e paciente faz com que o paciente sinta-se motivado a participar e aderir ao tratamento⁽⁸⁸⁾. Estudo clássico realizado no Brasil, que buscou investigar os efeitos de um programa de manejo da IC com sessões educativas e monitorização telefônica sobre desfechos clínicos, evidenciou redução do número de visitas à Emergência e internações, bem como melhora da qualidade de vida e da adesão ao tratamento no grupo que recebeu a intervenção⁽⁸⁹⁾.

No presente estudo, quando comparados os pacientes admitidos por não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta com os admitidos por outras causas, houve diferença apenas na FEVE – significativamente menor no primeiro grupo. Independente da causa de descompensação, internações não planejadas sempre conferem piores resultados aos pacientes, pois sinalizam uma alteração no curso natural de progressão da IC⁽⁵⁾. Neste sentido, hospitalizações devido a causas preveníveis – como não adesão ao tratamento – pioram prognóstico e a equipe deve estar atenta para implementar medidas de acompanhamento, durante a internação e seguimento por telefone⁽⁷¹⁾, assim como outras estratégias, por exemplo visita domiciliar logo após a alta hospitalar^(70,73).

Em relação aos escores do QRSD, houve diferença significativa na subescala de controle comportamental percebido, indicando que há mais fatores que impedem a realização

do comportamento para os pacientes não aderentes. As principais dificuldades observadas se devem principalmente ao gosto dos alimentos quando se usa pouco sal e à preferência por outros tipos de alimentos, os quais contêm mais sal. É de longa data que a palatabilidade dos alimentos com baixo teor de sódio é referida como um dos principais fatores impeditivos à não adesão⁽⁸²⁾, sendo que a escolha alimentar é também influenciada pelo prazer e pela satisfação, fazendo com que outros alimentos sejam preferidos ao invés daqueles com baixo teor de sódio⁽⁹⁰⁾. Além disso, quando comparados com indivíduos saudáveis, pacientes com IC apresentam forte preferência por alimentos com maior quantidade de sal⁽⁹¹⁾. Esse aumento do apetite ao sódio ocorre como um sintoma da IC, mediado em grande parte por hormônios do sistema renina-angiotensina-aldosterona⁽⁹²⁾ e é outro fator responsável por dificultar a adesão à dieta adequada, devendo ser levado em consideração no planejamento de intervenções.

As situações de tomada de decisão que ocorrem fora de casa, especificadas no QRSD como ida a restaurantes – tanto os que servem comida com pouco sal, quanto os que contêm *fast food* – e ao supermercado, parecem não afetar de maneira significativa a adesão, visto que foram encontrados valores menores na terceira subescala. A pequena interferência de ambientes distintos para realizar as refeições talvez possa ser explicada devido às limitações impostas tanto pela idade avançada, quanto pela severidade da doença. Na maior parte das vezes, as refeições costumam ser realizadas em casa, a partir de suas próprias preparações ou contando com a ajuda de alguém. Além disso, a ida ao supermercado e a escolha de alimentos geralmente é realizada por algum familiar ou pelo responsável pelo cuidado, o que pode justificar a pequena influência sofrida por esse fator.

Embora recentemente tenham sido demonstrado poucos benefícios utilizando a restrição de sódio em pacientes com IC aguda durante a internação⁽⁴⁸⁾, no cenário ambulatorial, apesar de já existirem evidências^(7,20), estas ainda podem ser mais bem

exploradas. Esse estudo confirmou os achados da literatura com relação à não adesão como uma das mais importantes causas de descompensação, reforçando que para pacientes em nível ambulatorial seja adequada a orientação de adoção dessa medida.

7 CONCLUSÕES

Por meio do QRSD, verificou-se que o conhecimento dos pacientes descompensados em relação ao sódio na dieta é elevado. As principais barreiras que interferem no comportamento de adesão dizem respeito ao gosto dos alimentos quando se usa pouco sal e às preferências alimentares dos pacientes, frequentemente por alimentos que não contêm pouco sal. As situações de tomada de decisão fora de casa parecem não influenciar de maneira significativa a adesão.

As principais causas de descompensação foram infecção, HAS não controlada e a combinação de não adesão à medicação e não adesão à dieta.

Quando comparadas as variáveis sociodemográficas e clínicas entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e por não adesão à medicação e à dieta e aqueles descompensados por outras causas, houve diferença significativa apenas na FEVE.

Quando comparados os escores do conhecimento, das barreiras e das atitudes entre os pacientes admitidos por não adesão à dieta e não adesão à medicação e à dieta e aqueles descompensados por outras causas, houve diferença significativa na subescala de controle comportamental percebido. Assim, pacientes cuja causa de descompensação foi a não adesão possuem mais fatores e barreiras que impedem a realização do comportamento do que aqueles admitidos por outras causas.

8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Sabe-se que a internação decorrente da descompensação da IC modifica o curso natural da doença, piorando o prognóstico dos pacientes. Apesar dos esforços recorrentes dos profissionais da saúde em orientar os pacientes com IC em relação aos benefícios de manter uma dieta pobre em sódio e aos riscos aos quais o consumo elevado pode conduzir, a não adesão segue como um dos principais fatores precipitantes da descompensação.

Entender o porquê esses pacientes continuam internando, devido a um fator que é prevenível, tornou-se um desafio para os profissionais que integram a equipe multiprofissional, dentre eles o enfermeiro, que tem boa parte da sua formação voltada à educação em saúde. O QRSD – instrumento simples, objetivo, confiável e aplicável por qualquer profissional da saúde – possibilita conhecer os fatores que podem facilitar ou dificultar o comportamento de adesão à dieta de restrição de sódio.

No presente estudo, evidenciou-se que o conhecimento desses pacientes em relação aos benefícios e riscos da dieta pobre em sódio é elevado, e que a opinião dos familiares e profissionais da saúde influencia positivamente o comportamento de adesão. As principais barreiras foram relacionadas à palatabilidade e aos alimentos que não contêm pouco sal, geralmente os preferidos pelos pacientes. Desta forma, para esta população, as intervenções poderiam incluir não só os pacientes, mas também os familiares, e serem relacionadas a maneiras de acostumar gradualmente o paladar aos alimentos com pouco sal, iniciando, por exemplo, com a redução gradual dos produtos industrializados. Outras intervenções poderiam incluir o ensino de preparações com temperos alternativos ao sal – muitos deles naturais – capazes de realçar o sabor, o aroma e até mesmo a aparência dos alimentos.

9 PERSPECTIVAS FUTURAS

O QRSD pode fazer parte de uma avaliação inicial, pois traz respostas sobre os fatores individuais que podem facilitar ou dificultar a realização do comportamento. De posse dessas informações, o profissional poderá utilizá-las como subsídio para a confecção do plano de cuidados, que deverá ser pactuado com o paciente e sempre que possível com seu familiar ou responsável. As informações oriundas do QRSD também poderão ser utilizadas como bases para a entrevista motivacional – abordagem altamente eficaz, que tem sido utilizada como estratégia no aumento da adesão. O profissional de saúde inicia um diálogo guiado com o paciente, a partir de várias questões que o ajudam a perceber a necessidade real da mudança de comportamento. Ressalta-se a importância de proporcionar *feedbacks* periódicos, a fim de que os pacientes possam reconhecer se suas atitudes estão sendo adequadas e quando necessitam de reforço e estímulo.

Por fim, espera-se que o QRSD, por se tratar de um instrumento recentemente validado para a língua portuguesa do Brasil, seja aplicado em outras realidades e cenários.

REFERÊNCIAS

1. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Heart disease and stroke statistics – 2010 update: a report from the Heart Association. *Circulation*. 2010;121(7):e46-e215.
2. Godoy HL, Silveira JA, Segalla E, Almeida DR. Hospitalização e mortalidade por insuficiência cardíaca em hospitais públicos no município de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*. 2011;97(5):402-7.
3. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res*. 2013;113:646-59.
4. Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II diretriz brasileira de insuficiência cardíaca aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(3 supl.3):1-65.
5. Collins S, Storrow AB, Albert NM, Butler J, Ezekowitz J, Felker M. Early management of patients with acute heart failure: state of the art and future directions: a consensus document from the Society for Academic Emergency Medicine/Heart Failure Society of America Acute Heart Failure Working Group. *J Card Fail*. 2015;21(1):27-43.
6. Aliti GB, Linhares JC, Linch GF, Ruschel KB, Rabelo ER. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de Enfermagem prioritários. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):590-5.
7. Arcand J, Ivanov J, Sasson A, Floras V, Al-Hesayen A, Azevedo ER, et al. A high-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: a prospective follow-up study. *Am J Clin Nutr*. 2011;93(2):332-7.
8. Rabelo ER, Aliti GB, Linch GFC, Sauer JM, de Mello AMFS, Martins SM, et al. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico – EMBRACE. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):660-5.
9. Diaz A, Ciocchini C, Esperatti M, Becerra A, Mainardi S, Farah A. Precipitating factors leading to decompensation of chronic heart failure in the elderly patient in South-American community hospital. *Am J Geriatr Cardiol*. 2011;8:12-14.
10. Joseph SM, Cedars AM, Ewald GA, Geltman EM, Mann DL. Acute decompensated heart failure: contemporary medical management. *Texas Heart Inst J*. 2009;36(6):510-20.
11. Lennie TA, Chung ML, Moser DK. What should we tell patients with heart failure about sodium restriction and how should we counsel them? *Curr Heart Fail Rep*. 2013;10(3):2019-26.
12. Nieuwenhuis MMW, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ, Postmus D, van der Wal MHL. Long-term compliance with nonpharmacologic treatment of patients with heart failure. *Am J Cardiol*. 2012;110:392-7.

13. Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghide M, Greenberg BH, et al. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF. *Arch Intern Med.* 2008;168(8):847-54.
14. Gupta D, Georgiopoulou VV, Kalogeropoulos AP, Dunbar SB, Reilly CM, Sands JM. Dietary sodium intake in heart failure. *Circulation.* 2012;126(4):479-85.
15. Ambardekar AV, Fonarow GC, Hernandez AF, Pan W, Yanci CW, Krantz MJ. Characteristics and in-hospital outcomes for nonadherent patients with heart failure: findings from Get With The Guidelines-Heart Failure (GWTG-HF). *Am Heart J.* 2009;158(4):644-52.
16. Leclercq C, Ferro-Luzzi A. Total and domestic consumption of salt and their determinants in three regions of Italy. *Eur J Clin Nutr.* 1991;45:151-9.
17. Scientific committee for food. Nutrient and energy intakes for the European Community. In: Reports of the Scientific Committee for Food, thirty-first series, Luxemburg: Commission of the European Communities, Office for Official Publications of the European Communities; 1993.
18. Paterna S, Parrinello G, Fasullo S, Sarullo FM, Di Pasquale P. Normal-sodium diet compared with low-sodium diet in compensated congestive heart failure: is sodium an old enemy or a new friend? *Clin. Sci.* 2008;114(3):221-30.
19. Parrinello G, Di Pasquale P, Licata G, Torres D, Giammanco M, Fasullo S, et al. Long-term effects of dietary sodium intake on cytokines and neurohormonal activation in patients with recently compensated congestive heart failure. *J Card Fail.* 2009;15(10):864-73.
20. Lennie TA, Song EK, Wu JR, Chung ML, Dunbar SB, Pressler SJ, et al. Three gram sodium intake is associated with longer event-free survival only in patients with advanced heart failure. *J Card Fail.* 2011;17(4):325-30.
21. Lennie TA, Worrall-Carter L, Hammash M, Odom-Forren J, Roser LP, Smith CS, et al. Relationship of heart failure patients' knowledge, perceived barriers, and attitudes regarding low-sodium diet recommendations to adherence. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2008;23(1):6-11.
22. van der Wal MH, Jaarsma T; van Veldhuisen DJ. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17.
23. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(1):18-24.
24. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(3):352-8.

25. Bentley B, Lennie TA, Biddle M, Chung ML, Moser DK. Demonstration of psychometric soundness of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2009;38(2):121-8.
26. D'Almeida KSM, Souza GC, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ). *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1):70-5.
27. D'Almeida KSM, Souza GC, Rabelo-Silva ER. Validity and reliability of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ). *Nutr Hosp*. 2013;28(5):1702-9.
28. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
29. Bocchi EA, Marcondes-Braga FGM, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1 supl.1):1-71.
30. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2011;8(1):30-41.
31. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics – 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129:1-267.
32. DATASUS (BR) – informações de saúde. Epidemiológicos e morbidade [Internet] 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nirs.def>.
33. DATASUS (BR) – informações de saúde. Epidemiológicos e morbidade [Internet] 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nirs.def>.
34. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;128:e240-e327.
35. Jessup M. Heart failure. *ACP Medicine*. 2010;1-14.
36. Bocchi EA, Marcondes-Fraga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia: atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica – 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1 supl. 1):1-33.
37. The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. 9th ed. Boston: Little, Brown and Company; 1994:253-6.
38. Joffe SW, Webster K, McManus DD, Kiernan MS, Lessar D, Yarzebski J, et al. Improved survival after heart failure: a community-based perspective. *J Am Heart Assoc*. 2013;2(3):1-9.

39. AlHabib KF, Elasar AA, AlBackr H, AlFaleh H, AlShaer F, Kashour T, et al. Design and preliminary results of the Heart Function Assessment Registry Trial in Saudi Arabia (HEARTS) in patients with acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2011;13:1178-84.
40. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53(15):e1-e90.
41. Howlett JG. Acute heart failure: lessons learned so far. *Can J Cardiol.* 2011;27(3):284-95.
42. Lindenfeld, J, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM, et al. HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. *J Card Fail.* 2010;16:e1-e194.
43. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2012;14(8):803-69.
44. De Keulenaer GW, Brutsaert DL. Systolic and diastolic heart failure are overlapping phenotypes within the heart failure spectrum. *Circulation.* 2011;123(18):1996-2004.
45. Borlaug BA, Redfield MM. Diastolic and systolic heart failure are distinct phenotypes within the heart failure spectrum. *Circulation.* 2011;123(18):2006-13.
46. Fiaccadori E, Regolisti G, Maggiore U, Parenti E, Cremaschi E, Detrenis S, et al. Ultrafiltration in heart failure. *Am Heart J.* 2011;161(3):439-49.
47. Paterna S, Parrinello G, Cannizzaro S, Fasullo S, Torres D, Sarullo FM, et al. Medium term effects of different dosage of diuretic, sodium, and fluid administration on neurohormonal and clinical outcome in patients with recently compensated heart failure. *Am J Cardiol.* 2009;103(1):93-102.
48. Aliti GB, Rabelo ER, Clausell N, Rohde LE, Biolo A, Beck-da-Silva L. Aggressive fluid and sodium restriction in acute decompensated heart failure: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2013;173(12):1058-64.
49. He FJ, Burnier M, MacGregor GA. Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *Eur Heart J.* 2011;32(24):3073-80.
50. Weiss BD. Sodium restriction in heart failure: how low should you go? *Am Fam Physician.* 2014;89(7):508-10.
51. Corotto PS, McCarey MM, Adams S, Khazanie P, Whellan DJ. Heart failure patient adherence: epidemiology, cause, and treatment. *Heart Fail Clin.* 2013;9(1):49-58.

52. Nakasato M, Strunk CM, Guimarães G, Rezende MV, Bocchi EA. Is the low-sodium diet actually indicated for all patients with stable heart failure? *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(1):92-101.
53. Damgaard M, Norsk P, Gustafsson F, Kanters JK, Christensen NJ, Bie P, et al. Hemodynamic and neuroendocrine responses to changes in sodium intake in compensated heart failure. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2006;290(5):R1294-R301.
54. Alvelos M, Ferreira A, Bettencourt P, Serrão P, Pestana M, Cerqueira-Gomes M, et al. The effect of dietary sodium restriction on neurohumoral activity and renal dopaminergic response in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2004;6(5):593-9.
55. Volpe M, Magri P, Rao MA, Cangianiello S, DeNicola L, Mele AF et al. Intrarenal determinants of sodium retention in mild heart failure: effects of angiotensin-converting enzyme inhibition. *Hypertension.* 1997;30(2 Pt 1):168-176.
56. Volpe M, Tritto C, DeLuca N, Rubattu S, Rao MA, Lamenza F, et al. Abnormalities of sodium handling and of cardiovascular adaptations during high salt diet in patients with mild heart failure. *Circulation.* 1993;88(4 Pt 1):1620-7.
57. Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação. Cenário do consumo de sódio no Brasil. São Paulo: ABIA; 2013.
58. World Health Organization. Adherence to Long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
59. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2009;120(12):1141-63.
60. Wu J, Moser DK, Lennie TA, De Jong MJ, Rayens MK, Chung ML, et al. Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. *Am Heart J.* 2009;157(2):285-91.
61. Wu J, Moser DK, Lennie TA, Burkhart PV. Medication adherence in patients who have heart failure: a review of the literature. *Nurs Clin N Am.* 2008; 43(1):133-53.
62. Havranek EP, Masoudi FA, Westfalk KA, Wolfe P, Ordim DL, Krumholz HM. Spectrum of the heart failure in older patients: results from the National Heart Failure Project. *Am Heart J.* 2002;143(3):412-7.
63. Masoudi FA, Baillie CA, Wang Y, Bradford WD, Steiner JF, Havranek EP, et al. The complexity and cost of drug regimens of older patients hospitalized with heart failure in the United States, 1998-. *Arch Intern Med.* 2005;165(18):2069-76.
64. Ito H. What should we do to improve patients' adherence? *J Exp Clin Med.* 2013;5(4):127-130.

65. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater DC, Murray MD. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2001;30(3):177-85.
66. Ferreira MC, Gallani MC. Adaptação transcultural dos instrumentos: BMCS – Beliefs about Medication Compliance Scale e BDCS – Beliefs about Dietary Compliance Scale [abstract]. *Rev SOCESP*. 2005;15(Supl.13):116.
67. Agondi RF, Gallani MC, Rodrigues RC, Cornélio ME. Relationship between beliefs regarding a low salt diet in chronic renal failure patients on dialysis. *J Ren Nutr*. 2011;21(2):160-8.
68. Aliti GB, Rabelo ER, Domingues FB, Clausell N. Educational settings in the management of patients with heart failure. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(2):344-9.
69. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(1):165-70.
70. Mussi CM, Ruschel KB, Souza EM, Lopes ANM, Trojahn MM. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: randomized clinical trial HELEN-I. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(nesp):20-8.
71. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Arq Bras Cardiol*. 2011;96(3):233-9.
72. Rodríguez-Gázquez ML, Mde L, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(2):296-306.
73. de Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-da-Silva L, Biolo A, et al. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil: the HELEN-II clinical trial. *Eur J Heart Fail*. 2014;16(9):1002-8.
74. Welsh D, Lennie TA, Marcinek R, Biddle MJ, Abshire D, Bentley B, et al. Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(1):87-95.
75. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.
76. Ajzen I. *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press, 1988.
77. Barcellos MD. “Beef lovers”: um estudo cross-cultural sobre o comportamento de consumo de carne bovina [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Agronomia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

78. Costa RS. A influência da confiança do decisor no risco percebido e no processo decisório [tese]. Porto Alegre (RS): Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande de Sul.
79. Heidemann LA. Crenças e atitudes sobre o uso de atividades experimentais e computacionais no ensino de Física por parte de professores do Ensino Médio [dissertação]. Porto Alegre (RS): Instituto de Física, Universidade Federal do Rio Grande de Sul.
80. Ajzen I, Brown TC, Carvajal F. Explaining the discrepancy between intentions and actions: the case of hypothetical bias in contingent valuation. *Pers Soc Psychol Bull.* 2004;30(9):1108-21.
81. Francis J, Eccles MP, Johnston M, Walker AE, Grimshaw JM, Foy R, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: a manual for health services researchers. Newcastle upon Tyne, UK: Centre for Health Service, University of Newcastle, 2004.
82. Bentley B, De Jong MJ, Moser DK, Peden AR. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005;4(4):331-6.
83. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed; 2015.
84. Carlson KJ, Lee DC, Goroll AH, Leahy M, Johnson RA. An analysis of physicians' reasons for prescribing long-term digitalis therapy in outpatients. *J Chronic Dis.* 1985;38(9):733-9.
85. Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, Gary RA, Smith A, McCarty F, et al. A Trial of Family Partnership and Education Interventions in Heart Failure. *J Card Fail.* 2013;19(12):829-41.
86. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane Review). *Am J Hypertens.* 2011;24(8):843-53.
87. Chung ML, Lennie TA, Mudd-Martin G, Moser DK. Adherence to a low-sodium diet Adherence to a low-sodium diet in patients with heart failure is best when family members also follow the diet: a multicenter observational study. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(1):44-50.
88. Oshima LE, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med.* 2013;368:6-8.
89. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Pinho Moreira LF, Ivva VS, Ayub Ferreira SM, et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial. *Circ Heart Fail.* 2008;1(2):115-24.

90. Heo S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *End J Cardiovasc Nurs*. 2009;8(5):323-8.
91. de Souza JT, Matsubara LS, Menani JV, Matsubara BB, Johnson AK, De Gobbi JI. Higher salt preference in heart failure patients. *Appetite*. 2012;58(1):418-23.
92. Sanders PW. Dietary salt intake, salt sensitivity, and cardiovascular health. *Hypertension*. 2009;53(3):442-5.
93. Arcand J. Investigations related to dietary sodium in chronic heart failure [thesis]. Toronto (ON): Graduate Department of Nutritional Sciences, University of Toronto, 2011.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados do estudo

Código do paciente: Data de entrada no estudo: ___/___/___
 HCPA () GHC ()

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____
 Iniciais do paciente: _____ Prontuário: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Cor: (1) branca (2) negra (3) parda (4) outra
 Sexo: (1) masculino (2) feminino Profissão: _____
 Status conjugal: (1) casado/companheiro (2) solteiro (3) separado/divorciado (4) viúvo
 Peso: _____ Altura: _____
 Endereço: _____
 Ponto de referência: _____ Telefones: _____

2 DOMÍNIO SOCIODEMOGRÁFICO

Você possui quantos anos completos de estudo? _____
 Você reside sozinho? (1) sim (2) não
 Qual sua renda familiar (em salários mínimos - 1SM = R\$ 724,00)? _____

3 VARIÁVEIS CLÍNICAS

Tempo de ICC: _____ NYHA: (1) I (2) II (3) III (4) IV
 Internações prévias por ICC: (1) sim (2) não Quantas? _____ Última: _____
 Etiologia IC: _____

Causas de descompensação:

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| (1) Infecção | (4) Anemia |
| (2) Arritmia | (5) Angina/SCA |
| (3) Hipertensão não controlada | (6) Uso de AINEs |
| (7) Não adesão à medicação | (8) Não adesão à dieta |

Comorbidades	sim	não		sim	não
Diabete Melito			História familiar de CI		
HAS			Hipercolesterolemia		
IRC			DPOC		
ACFA/Flutter			BRE		

AVC			Hipertrigliceridemia		
ACTP			SCA Quando? _____		
CRM Quando? _____			Depressão		
Tabagismo: (1) Sim ___ cigarros/dia (2) Não (3) Ex-tabagista (parou há \geq 1 mês)					
Uso de Álcool: (1) Sim ___ x por semana. Bebida: _____ Quantidade: _____					
Exercício Físico: (1) sim Qual? _____ Quantas vezes por semana? _____ (2) não					

PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm Presença de B3: (1) sim (2) não

4 MEDICAÇÕES EM USO

Medicação	Sim (quanto?)	Não		Sim (quanto?)	Não
Aspirina	() _____		Captopril/Enalapril	() _____	
Clopidogrel	() _____		Digoxina	() _____	
Diltiazem/ Verapamil	() _____		ACO	() _____	
Isordil/ Apressolina	() _____		Amiodarona	() _____	
Metoprolol/Atenolol /Carvedilol	() _____		Furosemida/ Hidroclorotiazida	() _____	
Espironolactona	() _____		Sinvastatina/Pravas- tatina/ Atorvastatina	() _____	
Glucoformin/ Glifage/ Daonil	() _____		Outro: _____ _____	() _____	

5 DADOS ECOCARDIOGRÁFICOS

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
FEVE(%)					
Diâmetro sistólico do VE					
Diâmetro diastólico do VE					
Diâmetro do VD					

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Associação entre comportamento de adesão, barreiras e atitudes em relação ao sódio na dieta em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada**”, que procura avaliar os pacientes com Insuficiência Cardíaca que internam nesta Emergência.

Caso concorde em participar, o(a) senhor(a) será orientado a responder a um questionário com perguntas simples, o que levará aproximadamente dez minutos; não são conhecidos riscos à sua saúde.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não aceitar em participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento. A sua participação no estudo não lhe trará benefícios diretos, mas contribuirá com outros pacientes que apresentem o mesmo problema de saúde, com a elaboração de intervenções a fim de melhorar as causas preveníveis de admissão hospitalar.

Termo de consentimento livre, após consentimento.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi os propósitos desta pesquisa. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado. Eu concordo em participar do estudo.

A assinatura deste termo será realizada em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido, em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com En^{ft} Sofia Louise Santin Barilli (pesquisadora) ou com Prof^{ta} Eneida Rejane Rabelo da Silva (pesquisadora responsável), no Serviço de Enfermagem Cardiovascular – Hospital de Clínicas de Porto Alegre: rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 535, 5º andar – Bairro Rio Branco) (orientadora desta pesquisa).

Se houver dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: (51) 33598304.

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

ANEXO A – Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (QRSD)

Seção I

1. Algum profissional da saúde lhe prescreveu uma dieta com pouco sal?

____ Sim; se sim, vá para a questão 2

____ Não, se não, pule para a pergunta 6

2. Que instruções específicas lhe foram dadas? (Por exemplo: "Cuidado com o sal", "Siga uma dieta de 2 gramas de sódio")

3. Com que frequência você segue sua dieta prescrita com pouco sal?

nunca algumas vezes na maioria das vezes sempre

4. É fácil ou difícil para você seguir sua dieta prescrita com pouco sal?

muito difícil difícil fácil muito fácil

5. Seguir esta dieta tem ajudado a controlar a sua condição cardíaca?

não/ em nada pouco muito

Algumas pessoas escolhem seguir uma dieta com pouco sal mesmo sem a prescrição médica.

6. Você tenta seguir uma dieta com pouco sal?

____ Sim; se sim, vá para a questão 7

____ Não, se não, pare aqui e não preencha o resto deste questionário, vá para a Seção II nesse instrumento.

7. Porque você decidiu seguir esta dieta? (Por exemplo: Li em uma revista; Ouvi a respeito em um programa de notícias; Um amigo me recomendou)

8. O que você faz especificamente?

9. Com que frequência você segue esta dieta?

nunca algumas vezes na maioria das vezes sempre

10. É fácil ou difícil seguir essa dieta?

muito difícil difícil fácil muito fácil

11. Seguir esta dieta tem ajudado a controlar sua condição cardíaca?

não/ em nada pouco muito

Seção II

Subescala de Atitude e Norma Subjetiva					
Instruções: para cada afirmação abaixo, indicar o quanto você concorda ou não concorda, circulando o número apropriado na escala à direita.					
Pontuação	Discordo totalmente				Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
12. É importante para mim seguir uma dieta com pouco sal.					
13. Fazer uma dieta com pouco sal irá evitar que haja acúmulo de líquido no meu corpo.					
14. Seguir uma dieta com pouco sal evita que eu tenha inchaço.					
15. Fazer uma dieta com pouco sal me ajudará a respirar com mais facilidade.					
16. Quando sigo uma dieta com pouco sal, sinto-me melhor.					
17. Seguir uma dieta com pouco sal manterá meu coração saudável.					
18. Meu cônjuge e outros membros da família acham que eu deveria seguir uma dieta com pouco sal.					
19. Geralmente eu quero fazer o que meu médico acha que eu devo fazer.					
20. Geralmente eu quero fazer o que meu cônjuge ou membros da família acham que eu devo fazer.					
Subescala de Controle Comportamental Percebido					
Instruções: indique o quanto as afirmações a seguir impedem que você siga uma dieta com pouco sal, circulando o número apropriado na escala à direita.					
Pontuação	De jeito nenhum				Muito
	1	2	3	4	5
21. Eu não entendo ou não sei como. (Eu não entendo: a importância do controle de sal. Não sei como: come em restaurantes ou outra pessoa cozinha e não tem como controlar a quantidade de sal...).					
22. O gosto dos alimentos com pouco sal.					
23. O que eu gosto de comer não tem pouco sal.					
24. Não tenho força de vontade para mudar minha dieta.					
Subescala de Comportamento Dependente					
Instruções: indique o quanto as afirmações a seguir impedem que você siga uma dieta com pouco sal, circulando o número apropriado na escala à direita.					

Pontuação	De jeito nenhum				Muito
	1	2	3	4	5
25. Não consigo escolher comida com pouco sal em restaurantes.					
26. Os restaurantes de que gosto não servem comida com pouco sal.					
27. Não consigo escolher alimentos com pouco sal no supermercado.					

**ANEXO C – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre**



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130343

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA
SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI

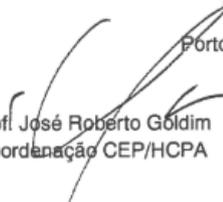
Título: Associação entre comportamento de adesão, barreiras e atitudes em relação ao sódio na dieta em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 10 de outubro de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA

ANEXO D – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 559
CEP 91195-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A. I

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rêgo, 20
CEP 91085-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3387.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mostardota, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.0200
CNPJ: 92.803.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/96

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 03 de junho de 2014, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13-149

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI
ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA

Título: Associação entre comportamento de adesão, barreiras e atitudes em relação ao sódio na dieta em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Adequados
Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

P/

Porto Alegre, 03 de junho de 2014.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC