

Atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta hipossódica em pacientes com insuficiência cardíaca

Attitudes, beliefs and barriers for adherence to the hyposodic diet in patients with heart failure

Actitudes, creencias y barreras para la adhesión a la dieta hiposódica en pacientes con insuficiencia cardíaca

Simone Maria Muniz da Silva Bezerra^a 

Bianka Santos Lopes^b 

Patrícia Ponciano Bomfim^b 

Rebeka Maria de Oliveira Belo^a 

Monique Oliveira do Nascimento^a 

Hirla Vanessa Soares de Araújo^a 

Alyson Samuel de Araujo Braga^b 

Como citar este artigo:

Bezerra SMMS, Lopes BS, Bomfim PP, Belo RMO, Nascimento MQ, Araújo HVS, Braga ASA. Atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta hipossódica em pacientes com insuficiência cardíaca. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190304. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190304>

RESUMO

Objetivos: Identificar atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta hipossódica em pacientes com Insuficiência Cardíaca e fatores associados.

Métodos: Estudo transversal com 41 indivíduos. Utilizou-se o Questionário de Restrição de Sódio na Dieta. Para análise aplicou-se o teste de Fisher.

Resultados: As atitudes basearam-se nas relações familiares e com profissionais; nas crenças destacou-se acreditar na dieta para melhoria da saúde. Como barreiras, encontrou-se empenho insuficiente para mudança dietética e sabor dos alimentos com pouco sal. Associou-se à adesão entre os componentes fatores como: renda, percepção da melhora cardíaca com a dieta, histórico familiar de insuficiência renal e cardíaca e adesão familiar à dieta.

Conclusões: As atitudes e crenças identificadas referem-se, respectivamente, às relações sociais e à confiança na dieta para melhorar a condição de saúde. As barreiras foram: empenho insuficiente em modificar a dieta e a palatabilidade alimentar. Fatores econômicos, familiares e clínicos estiveram associados à adesão hipossódica.

Palavras-chave: Enfermagem. Insuficiência cardíaca. Dieta hipossódica.

ABSTRACT

Objectives: To identify attitudes, beliefs and barriers to adherence to the hyposodic diet in patients with heart failure and associated factors.

Methods: Cross-sectional study with 41 individuals. The Dietary Sodium Restriction Questionnaire was used. Fisher's test was applied for analysis.

Results: Attitudes were based on family and professional relationships; in the beliefs, it was highlighted to believe in the diet to improve health. As barriers, insufficient efforts were found to change the diet and taste of low salt foods. It was associated with adherence among the components factors such as: income, perception of cardiac improvement with the diet, family history of renal and heart failure and family adherence to the diet.

Conclusions: The identified attitudes and beliefs refer, respectively, to social relationships and trust in the diet to improve health status. The barriers were: insufficient effort to modify the diet and food palatability. Economic, family and clinical factors were associated with hyposodic adherence.

Keywords: Nursing. Heart failure. Diet, sodium-restricted

RESUMEN

Objetivos: Identificar actitudes, creencias y barreras para la adhesión a la dieta de hiposodio en pacientes con insuficiencia cardíaca y factores asociados.

Métodos: Estudio transversal con 41 individuos. Se utilizó el Cuestionario de restricción de sodio en la dieta. La prueba de Fisher se aplicó para el análisis.

Resultados: Las actitudes se basaron en las relaciones familiares y profesionales; En las creencias, se destacó creer en la dieta para mejorar la salud. Como barreras, se encontraron esfuerzos insuficientes para cambiar la dieta y el sabor de los alimentos bajos en sal. Se asoció con la adherencia entre los factores componentes como: ingresos, percepción de mejoría cardíaca con la dieta, antecedentes familiares de insuficiencia renal y cardíaca y adherencia familiar a la dieta.

Conclusiones: Las actitudes y creencias identificadas se refieren, respectivamente, a las relaciones sociales y la confianza en la dieta para mejorar el estado de salud. Las barreras fueron: esfuerzo insuficiente para modificar la dieta y la palatabilidad de los alimentos. Factores económicos, familiares y clínicos se asociaron con baja adherencia al sodio.

Palabras clave: Enfermería. Insuficiencia cardíaca. Dieta hiposódica.

^a Universidade de Pernambuco (UPE). Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Recife, Pernambuco, Brasil.

^b Universidade de Pernambuco (UPE). Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Recife, Pernambuco, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

As medidas não farmacológicas são parte integrante do tratamento para as Doenças Cardiovasculares (DCV), especialmente na Insuficiência Cardíaca (IC), que é considerada um desfecho comum na maioria das doenças que acometem o sistema cardiovascular. A IC é definida como a incapacidade do coração para fornecer sangue suficiente ao corpo, de forma que não atende todas as necessidades teciduais de oxigênio e nutrientes do organismo⁽¹⁾.

A prevalência da IC alcança cerca de 23 milhões de pessoas no mundo e em território nacional, a doença configura uma das principais causas de internação hospitalar, especialmente em indivíduos descompensados clinicamente⁽¹⁻³⁾. Ao considerar esses aspectos, é inegável reconhecer que a IC descompensada traz prejuízo direto a vidas humanas, além de demandar gastos públicos de grandes proporções com tratamento e internamentos.

A restrição dietética do sódio é a medida não farmacológica mais recomendada a pacientes com IC e a não adesão a essa medida constitui uma das causas de descompensação clínica⁽⁴⁻⁶⁾. Além disso, a diminuição do consumo de sódio tem sido incentivada como estratégia para o combate das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil e no mundo⁽⁷⁻⁸⁾.

Apesar das orientações dos profissionais da saúde quanto à moderação de sódio na alimentação, tal medida não possui alta adesão, visto que existem fatores que colaboram e outros que dificultam ou impedem os indivíduos de aderirem à dieta hipossódica. Tais fatores são denominados facilitadores e barreiras, respectivamente⁽⁵⁻⁶⁾.

O Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (QRSD) tem sido utilizado para identificar alguns desses fatores. O instrumento é fundamentado na Teoria do Comportamento Planejado (TCP), a qual sustenta a ideia do comportamento humano ser norteado por crenças que condicionam nos indivíduos atitudes favoráveis ou desfavoráveis para seu autocuidado. De acordo com o TCP, atitudes, norma subjetiva e controle comportamental percebido são os três principais construtos subjacentes à mudança de comportamento⁽⁹⁻¹¹⁾.

Alguns estudos que utilizaram o QRSD apontaram como fatores que interferem na adesão à restrição dietética de sódio: a opinião dos familiares e profissionais de saúde, palatabilidade e preferências alimentares, gênero, classe funcional da IC, renda, etnia, comorbidades, tabagismo e déficit no autocuidado^(6,9,12).

A enfermagem tem ganhado grande destaque no tratamento e reabilitação desses pacientes com IC, uma vez

que o enfermeiro detém o manejo das intervenções não farmacológicas. Dentro desse contexto, a enfermagem exerce um importante papel de acompanhamento, promoção, educação em saúde e tratamento do paciente com IC⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Entretanto, tendo em vista que muitos profissionais de saúde ainda têm encontrado dificuldades para mensurar com precisão as causas do não engajamento dos clientes às mudanças do comportamento para a aceitação do tratamento não farmacológico da IC, em especial a um cardápio hipossódico, nota-se, portanto, a necessidade de desenvolver pesquisas que contribuam para sanar algumas dessas lacunas existentes que desafiam a equipe multidisciplinar e o sistema de saúde⁽¹⁾.

Diante disso, ao considerar a magnitude da IC e suas repercussões clínicas relacionadas ao consumo inadequado de sódio na alimentação, identificar as atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta hipossódica, bem como os fatores associados, em uma população de pacientes acometidos por IC, tornam-se imprescindíveis e constitui objetivo deste estudo.

■ MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, realizado na Enfermaria de Miocárdio do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Professor Luiz Tavares – PROCAPE, hospital de ensino pertencente à Universidade de Pernambuco (UPE).

A amostra de pacientes foi calculada pelo *software* Epiinfo™ Versão 7.2, com base em uma população média de 20 pacientes, internados na enfermaria ao mês, e uma prevalência de 50% de IC. Ao considerar um intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, chegou-se a uma amostra de 19 indivíduos. Porém, com o intuito de aumentar a validade interna do estudo, optou-se pela inclusão de 41 pacientes.

O processo de amostragem foi por conveniência, sendo recrutados os pacientes presentes no setor durante o período de coleta de dados (agosto a dezembro de 2017) e com disponibilidade para a entrevista. Consultava-se o senso da enfermaria para verificar os pacientes que satisfizessem os critérios de inclusão e em seguida, os pacientes eram convidados a participar do estudo.

Como critérios de inclusão na pesquisa definiram-se: indivíduos adultos e com diagnóstico de IC. Foram excluídos os pacientes que apresentassem instabilidade clínica, sendo esta condição considerada quando o paciente estava em uso de drogas vasoativas, em oxigenoterapia contínua ou com desconforto respiratório.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e clínico, elaborado pelos

pesquisadores e com respostas objetivas e o segundo, constituiu o QRSD, que baseado na TCP, avalia as atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta com baixo teor de sódio nos indivíduos com IC⁽⁶⁾. Este foi validado para uso no Brasil⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

As variáveis do primeiro instrumento de coleta foram: idade, sexo, estado civil, naturalidade, escolaridade, ocupação, renda, tempo de diagnóstico, número de internações, queixa principal da internação atual, históricos pessoais e familiares de comorbidades, conhecimento do paciente sobre a doença, informações recebidas sobre IC por profissionais de saúde, seguimento da dieta hipossódica pelos familiares, hábito de comer fora de casa e uso de alimentos industrializados.

No que se refere ao QRSD, o instrumento é composto por 27 itens no total, subdivididos em duas seções. A seção 1 permite obter informações sobre o seguimento da dieta hipossódica, o grau de dificuldade de seguimento e a percepção do paciente sobre o efeito da dieta no controle da condição cardíaca. A seção 2 permite avaliar as crenças e as barreiras dos indivíduos para a adesão à dieta com restrição de sódio e contém uma escala de Likert, de cinco pontos para cada questão. Essa seção está subdividida em três subescalas⁽¹⁰⁾:

Subescala 1 – Componente Atitude e Norma Subjetiva: essa subescala permite avaliar o paciente em relação às suas crenças sobre os resultados positivos da dieta na sua condição de saúde, bem como, a importância de outras pessoas aprovarem ou não a restrição de sódio na dieta. Os escores variam de 9 a 45 pontos.

Subescala 2 – Controle Comportamental Percebido: essa subescala permite avaliar a capacidade do paciente em perceber os aspectos do seu cotidiano que atuam como facilitadores ou barreiras na adesão à dieta hipossódica. Os escores variam de 4 e 20 pontos.

Subescala 3 – Comportamento Dependente: essa subescala permite avaliar os fatores que contribuem ou dificultam para a restrição dietética relacionada à compra e ao consumo de alimentos em estabelecimentos comerciais. Os escores variam de 3 e 15 pontos.

Para a análise da primeira subescala, as pontuações 1 e 2 da escala Likert correspondem à categoria “Discordo totalmente”, a pontuação 3 à categoria “neutro”, e as pontuações 4 e 5 à categoria “Concordo totalmente”. Para a análise da segunda e terceira subescalas, as pontuações 1 e 2 corresponderam a categoria “De jeito nenhum”, a pontuação 3 à “parcialmente (pouco)” e as pontuações 4 e 5 foram atribuídas à categoria “Muito”. Os pontos de corte utilizados para adesão satisfatória é de ≥ 40 pontos para a subescala de Atitude e Norma Subjetiva; ≤ 8 para o Controle

Comportamental Percebido; e ≤ 3 para o Comportamento Dependente⁽¹⁵⁾.

Os dados foram digitados no *software* SPSS versão 20.0. As variáveis categóricas são apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis contínuas foram expressas em medidas de tendência central. O teste de Fisher foi utilizado para estabelecer a associação entre as variáveis categóricas, as quais foram dicotomizadas. Considerou-se um nível de significância de 5%.

Na análise estatística por tabela de referência cruzada, são avaliadas as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como as variáveis da seção I do QRSD, em função da classificação da adesão entre as três subescalas. Para essa avaliação, procedeu-se com a dicotomização das variáveis: idade, renda *per capita*, tempo de diagnóstico, número de internações desde o diagnóstico. Quanto às variáveis da seção I do instrumento, a frequência de seguimento da dieta foi avaliada no sentido de haver ou não um seguimento da dieta (sim e não), nível de dificuldade em seguir a dieta (fácil e difícil) e percepção de melhora da condição cardíaca (sim e não).

O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob as observâncias éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 510 de 7 de abril de 2016, obtendo o parecer de aprovação sob o nº: 2.247.127 e CAAE: 71107517.4.0000.5192.

■ RESULTADOS

Dos 41 (100%) participantes a média de idade foi de 60,8 anos ($\pm 14,8$), com predomínio do sexo masculino (61%), baixa escolaridade (73,2%), de indivíduos com atividade laboral (92,7%) e a maioria tinha renda *per capita* de 1 salário mínimo.

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus estiveram entre as comorbidades mais mencionadas, com frequência relativa de 80,5% e 41,5%, respectivamente.

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra encontram-se dispostas na tabela 1.

De acordo com a Seção I do QRSD, 37 (90,2%) pacientes tinham recebido a prescrição de uma dieta com pouco sal por algum profissional de saúde. A Tabela 2 apresenta, entre esses pacientes, as frequências de cumprimento da dieta, do nível de dificuldade e da percepção do controle da condição cardíaca relacionado à dieta.

A tabela 3 mostra os resultados obtidos em relação à Atitude e Norma subjetiva, ao Controle Comportamental Percebido e o Comportamento Dependente, por meio da Seção II do QRSD.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, clínicas e alimentar dos pacientes com insuficiência cardíaca (n=41). Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis		N = 41
Sociodemográficas		
Sexo (%)	Feminino	16 (39)
	Masculino	25 (61)
Idade*		60,8 ± 14,8
Estado Civil (%)	Com companheiro	21 (51,2)
	Sem companheiro	20 (48,8)
Naturalidade (%)	Recife e região metropolitana	23 (56,1)
	Interior e outros estados	18 (43,9)
Escolaridade (%)	≤ 9 anos de estudo	30 (73,2)
	> 9 anos de estudo	11 (26,8)
Ocupação (%)	Sim	38 (92,7)
	Não	3 (7,3)
Renda (Reais) <i>per capita</i> ↓		468,50 (312,33 – 937,00)
Clínicas		
Tempo de diagnóstico - meses ↓		24 (4,75 – 69,00)
Número de internações desde o diagnóstico*		3,27 ± 2,46
Queixa principal da internação atual (%)	Dispneia e/ou Edema	36 (87,8)
	Outros/não sabe	5 (12,2)
Hipertensão Arterial Sistêmica (%)	Sim	33 (80,5)
	Não	8 (19,5)
Diabetes Mellitus (%)	Sim	17 (41,5)
	Não	24 (58,5)
IRC	Sim	6 (14,6)
	Não	35 (85,4)
História familiar de IC (%)	Sim	15 (36,6)
	Não	26 (63,4)
História familiar de IRC (%)	Sim	7 (17,1)
	Não	34 (82,9)

Tabela 1 – Cont.

Variáveis		N = 41
Conhecimento sobre IC (%)	Sim	10 (24,4)
	Não	31 (75,6)
Informação sobre IC pelos profissionais de saúde (%)	Sim	11 (26,8)
	Não	30 (73,2)
Alimentar		
Famíliares aderentes à dieta hipossódica (%)	Sim	19 (46,3)
	Não	18 (43,9)
	Reside sozinho	4 (9,8)
Hábito de comer fora de casa	Sim	19 (43,3)
	Não	22 (53,7)
Consumo de comida industrializada	Sim	19 (43,3)
	Não	22 (53,7)

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Notas: IRC: Insuficiência Renal Crônica; IC: Insuficiência cardíaca. *Variáveis contínuas expressas como médias \pm desvio padrão; † Variáveis assimétricas apresentadas como mediana e percentis 25-75.

Tabela 2 – Seção I do QRSD: frequência de seguimento da dieta hipossódica, nível de dificuldade e percepção do controle da condição cardíaca relacionado à dieta entre pacientes com prescrição da restrição dietética de sódio (n=37). Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis		N (%) 37 (90,2)
Frequência de seguimento	Nunca	7 (17)
	Algumas vezes	4 (9,8)
	Na maioria das vezes	10 (24,4)
	Sempre	16 (39)
Nível de dificuldade	Muito difícil	12 (29,3)
	Difícil	8 (19,5)
	Fácil	12 (29,3)
	Muito fácil	5 (12,1)
Controle da condição cardíaca	Não/em nada	6 (14,6)
	Pouco	2 (4,9)
	Muito	29 (70,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 3 – Frequência das respostas às subescalas da Seção II do QRSD (n=41). Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Subescala de Atitude e Norma Subjetiva	Discordo totalmente N (%)	Neutro N (%)	Concordo totalmente N (%)
12. É importante para mim seguir uma dieta com pouco sal.	1 (2,4)	1 (2,4)	39 (95,1)
13. Fazer uma dieta com pouco sal irá evitar que haja acúmulo de líquido no meu corpo.	0 (0)	3 (7,3)	38 (92,7)
14. Seguir uma dieta com pouco sal evita que eu tenha inchaço	2 (4,9)	1 (2,4)	38 (92,7)
15. Fazer uma dieta com pouco sal me ajudará a respirar com mais facilidade.	5 (12,2)	3 (7,3)	33 (80,5)
16. Quando sigo uma dieta com pouco sal, sinto-me melhor.	4 (9,8)	2 (4,9)	35 (85,4)
17. Seguir uma dieta com pouco sal manterá meu coração saudável.	1 (2,4)	1 (2,4)	39 (95,1)
18. Meu cônjuge e outros membros da família acham que eu deveria seguir uma dieta com pouco sal.	5 (12,2)	1 (2,4)	35 (85,4)
19. Geralmente eu quero fazer o que meu médico acha que eu devo fazer.	3 (7,3)	10 (24,4)	28 (68,3)
20. Geralmente eu quero fazer o que meu cônjuge ou membros da família acham que eu devo fazer.	9 (22)	13 (31,7)	19 (46,3)
Subescala de Controle Comportamental Percebido			
	De jeito nenhum	Parcialmente	Muito
21. Eu não entendo (a importância do controle de sal) / não sei como controlar a quantidade de sal (come em restaurantes)	32 (78)	3 (7,3)	6 (14,6)
22. Gosto dos alimentos com pouco sal	16 (39)	9 (22)	16 (39)
23. O que eu gosto de comer não tem pouco sal	15 (36,6)	4 (9,8)	22 (53,7)
24. Não tenho força de vontade para mudar minha dieta	15 (36,6)	2 (4,9)	24 (58,5)
Subescala de Comportamento Dependente			
	De jeito nenhum	Parcialmente	Muito
25. Não consigo escolher comida com pouco sal em restaurantes	27 (65,9)	2 (4,9)	12 (29,3)
26. Os restaurantes de que gosto não servem comida com pouco sal	27 (65,9)	2 (4,9)	12 (29,3)
27. Não consigo escolher alimentos com pouco sal no supermercado	25 (61)	4 (9,8)	12 (29,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quando avaliado os valores de tendência central dos escores obtidos por cada subescala, observou-se que no componente atitude e norma subjetiva obteve-se uma pontuação média de 40,3 pontos ($\pm 5,7$) e que 31,7% dos entrevistados obtiveram a pontuação máxima, o que indica uma alta adesão à restrição dietética de sódio relacionada às crenças sobre os efeitos favoráveis da dieta na condição de saúde.

Para o controle comportamental percebido, a média da pontuação obtida foi de 11,3 ($\pm 2,9$), apontando para uma adesão insatisfatória à dieta hipossódica no aspecto

comportamental. A última subescala trouxe um escore médio entre os indivíduos de 6,8 ($\pm 4,3$) pontos, sugerindo uma adesão insatisfatória na perspectiva do comportamento dependente.

No que diz respeito à distribuição da frequência da adesão entre as três subescalas, encontrou-se uma adesão insatisfatória predominante para o controle comportamental percebido e do comportamento dependente (tabela 4).

As associações encontradas com significância estatística para os fatores associados à adesão entre as subescalas da sessão II do QRSD são apresentadas na tabela 5.

Tabela 4 – Classificação da adesão distribuída entre as subescalas da sessão II do QRSD, segundo ponto de corte preestabelecido (n=41). Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

	Atitude e Norma Subjetiva N (%)	Controle Comportamental N (%)	Comportamento Dependente N (%)
Adesão Satisfatória	28 (68,3)	10 (24,4)	18 (43,9)
Adesão Insatisfatória	13 (31,7)	31 (75,6)	23 (56,1)
Total	41 (100)	41 (100)	41 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 5 – Análise dos fatores associados à adesão satisfatória entre as subescalas da sessão II do QRSD (n=41). Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Variáveis	Adesão satisfatória – Atitude e Norma Subjetiva		p*	Adesão satisfatória – Controle Comportamental		p*	Adesão satisfatória – Comportamento Dependente		p*	
	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não		
Renda Per Capita	≤ 1 SM	27	9	0,028	9	27	1,000	16	20	1,000
	> 1 SM	1	4		1	4		2	3	
História familiar de IC	Sim	11	4	0,734	5	10	0,453	10	5	0,049
	Não	17	9		5	21		8	18	
História familiar de IRC	Sim	4	3	0,659	4	3	0,047	2	5	0,438
	Não	24	10		6	28		16	18	
Familiares com restrição de sal	Sim	15	4	0,476	6	13	0,447	12	7	0,049
	Não	12	6		3	15		5	13	
Controle da condição cardíaca	Sim	26	5	0,003	8	23	0,653	15	16	0,667
	Não	1	5		2	4		2	4	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017. Notas: SM: Salário Mínimo; IC: Insuficiência Cardíaca; IRC: Insuficiência Renal Crônica. *Teste de Fisher

DISCUSSÕES

Até ao presente momento, este é um dos poucos estudos que utilizou a versão brasileira do QRSD, a fim de identificar as atitudes, crenças e barreiras para a adesão à dieta hipossódica entre indivíduos com IC, desde a sua tradução e validação na população brasileira^(6,10,12). Esta pesquisa também pôde avaliar os fatores associados à adesão aos componentes atitude e norma subjetiva, controle comportamental percebido e comportamento dependente, tendo em vista a recente validação dos pontos de corte para a adesão à dieta hipossódica em pacientes brasileiros com IC⁽¹⁵⁾.

Foi predominante entre os participantes, o recebimento de prescrições para uma dieta com pouco sal. Contudo, isso contrasta com o fato de que a maioria também referiu nunca ter recebido alguma informação sobre a doença. Esse achado indica que embora haja uma prescrição, os benefícios da dieta hipossódica talvez não estejam inseridos de maneira consolidada na prática profissional em saúde.

Mesmo que um percentual expressivo (70,7%) dos pacientes, com prescrição para dieta hipossódica, tenha reconhecido que o seguimento da mesma ajuda no controle de sua condição cardíaca, a dificuldade relatada por 48,8% em segui-la, provavelmente é o motivo pelo qual somente 39% mencionaram seguir sempre a restrição dietética de sódio. A falta de prescrição da dieta pode ser um fator que contribui para essa dificuldade de seguimento, pois, um estudo que utilizou a versão brasileira do QRSD, verificou que entre os indivíduos sem prescrição para uma dieta hipossódica houve maior dificuldade relatada para segui-la⁽⁶⁾.

Embora a maioria da amostra tenha afirmado não compreender o que é a insuficiência cardíaca, grande parte dos participantes têm o conhecimento do senso comum sobre a importância da restrição de sal na alimentação. Isso é evidenciado no percentual significativo de concordância com a afirmativa “É importante para mim seguir uma dieta com pouco sal” da subescala de Atitude e Norma Subjetiva.

Nessa primeira subescala, pôde-se perceber que em 85,4% dos pacientes, o cônjuge ou outros membros da família apoiavam a adoção da dieta com pouco sal. Contudo, esse apoio não foi suficiente para que mais da metade dos participantes concordassem totalmente com a afirmativa “Geralmente eu quero fazer o que meu cônjuge ou membros da família acham que eu devo fazer”.

Estudos mostram que o apoio da família é apontado como um fator determinante na adesão ao tratamento⁽⁵⁾, bem como a educação em saúde que, além de alcançar os pacientes, também deve chegar aos familiares. Nesse sentido é importante considerar a influência que os parentes

exercem nos portadores de IC, pois, podem compartilhar ou assumir total responsabilidade pela preparação das refeições e estabelecer horários para as medicações^(13,16).

A subescala atitude e norma subjetiva ainda evidenciou que as atitudes foram influenciadas com mais frequência pela relação com os profissionais de saúde, seguida da influência pelo cônjuge e familiares. Outro estudo ratificou os resultados positivos das relações sociais entre os pacientes e seus profissionais de saúde e familiares na adesão à dieta hipossódica⁽⁶⁾.

As principais crenças dos pacientes quanto à restrição dietética de sódio são nos benefícios para a melhora da condição cardíaca, no bem estar, na diminuição do edema e melhora na respiração. Alguns estudos demonstram maiores benefícios na redução do acúmulo de líquidos na facilidade para respirar, no bem estar e na condição cardíaca entre os indivíduos mais aderentes à dieta hipossódica. Além disso, a literatura associa atitudes positivas em relação a uma dieta baixa em sódio a um maior controle percebido sobre sua condição de saúde^(6,17-18).

Na subescala de Controle Comportamental Percebido, as principais barreiras identificadas pelo controle comportamental foram a força de vontade insuficiente para seguir uma dieta hipossódica, assim como a predileção por alimentos salgados e o sabor dos alimentos com pouco sal. Essas barreiras também foram mencionadas em outras pesquisas^(5-6,12,17). Um desses estudos, também evidenciou associação significativa entre a não adesão e a falta de força de vontade para mudar sua dieta⁽¹⁷⁾.

Foi encontrada uma adesão satisfatória relevante apenas na primeira subescala, a qual evidencia que há a crença sobre os resultados positivos da dieta. Em contrapartida, quanto se parte para o aspecto comportamental nos demais componentes, é nele que se encontra o maior desafio para a adesão à dieta hipossódica e é neste espaço o campo de atuação dos profissionais de saúde para que em um processo paulatino, através da educação em saúde de pacientes e familiares, viabilizem as mudanças comportamentais⁽¹⁹⁾. Na literatura nacional, foram verificados escores parecidos aos encontrados neste estudo, evidenciando também uma adesão satisfatória predominante no componente atitude e norma subjetiva⁽⁶⁾.

Estudos realizados em outros países, também destacam resultados semelhantes, pois, identificaram escores satisfatórios no aspecto das crenças e norma subjetiva, além de encontrar escores que indicam baixo controle comportamental^(9,12). É importante frisar que tais comparações não se deram pelos valores numéricos dos escores, visto que a escala validada para o contexto brasileiro sofreu algumas modificações em seus componentes e escores de avaliação dos mesmos, não sendo equivalentes numericamente.

Em relação ao padrão alimentar dos entrevistados, mais da metade dos pacientes nega o hábito de comer fora de casa

e o consumo de alimentos industrializados, o que pode estar relacionado ao desemprego e a baixa renda da maioria dos participantes. Os dados revelam que a maioria dos pacientes procura seguir uma dieta com pouco sal na preparação dos alimentos nas próprias residências.

Um rendimento familiar mais alto foi associado a uma adesão insatisfatória no componente atitude e norma subjetiva, fato que pode ser reflexo de um maior acesso a alimentos preparados fora de casa e em estabelecimentos comerciais. Contudo há de se considerar que uma alimentação saudável pode ser mais onerosa e, portanto, de difícil acesso para a população de baixa renda, tornando esse grupo também vulnerável a uma adesão insatisfatória à dieta hipossódica. Essa situação foi encontrada em um estudo realizado em Cingapura, no qual baixos rendimentos familiares foram associados a escores insatisfatórios na atitude e norma subjetiva⁽¹²⁾.

A adesão satisfatória na atitude e norma subjetiva também foi associada ao controle da condição cardíaca, demonstrando que atitudes e crenças positivas, no que tange à dieta hipossódica, reverberam-se em melhores desfechos clínicos. Outro estudo coaduna com esse achado, visto que encontrou uma menor fração de ejeção ventricular esquerda entre os indivíduos com IC descompensada internados por motivo de não adesão à dieta hipossódica, em comparação com o grupo com internação por outras causas⁽⁶⁾.

A história familiar de insuficiência renal crônica foi associada a uma adesão satisfatória no controle comportamental percebido. De forma semelhante, no componente do comportamento dependente, houve associação de uma adesão satisfatória com o histórico familiar de insuficiência cardíaca, bem como com a adesão da família a uma restrição dietética de sódio. Tais achados reforçam que a adesão a restrição de sódio na alimentação começa no contexto familiar, pois, a maioria dos pacientes precisam de ajuda de outros membros da família para cozinhar, e nesse sentido, quando há algum familiar acometido por doenças crônicas cujo tratamento envolvam a moderação alimentar de sódio, é mais fácil que haja um envolvimento dos parentes e conseqüentemente uma possível melhora na adesão à dieta⁽¹⁹⁾.

Considerando a existência dos facilitadores que auxiliam na adesão a dieta com restrição de sódio, como o apoio da família e a educação em saúde, é imprescindível que a enfermagem atue nesse contexto. Ainda é importante destacar como espaço estratégico para tal atuação, os territórios de saúde da família, nos quais há um estreitamento de vínculo maior com o indivíduo e sua família, cenário potencializador do autocuidado, maior adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida do paciente com insuficiência cardíaca.

A realização deste estudo encontrou limitações na avaliação da subescala do comportamento dependente, a qual

considera a alimentação em restaurantes na maior parte de seus questionamentos, e a população estudada possui uma baixa renda predominante e não frequenta restaurantes para alimentar-se. Tal fragilidade denota a necessidade de que outros estudos adaptem a subescala de comportamento dependente do QRSD para indivíduos que não frequentam restaurantes.

■ CONCLUSÕES

No que diz respeito à adesão ao controle de sódio na dieta, as atitudes e crenças que contribuem para a mesma relacionam-se com as relações sociais dos indivíduos com seus parentes e profissionais de saúde, e com a crença que a dieta melhorará a condição de saúde. Nas barreiras que afetam a adesão à restrição dietética de sódio está o sabor dos alimentos sem sal e não ter força de vontade mudança dietética.

Houve relação estatisticamente significativa entre a renda e controle da condição cardíaca com a adesão satisfatória para atitude e norma subjetiva; história familiar de IRC e adesão satisfatória com o controle comportamental percebido, e história familiar de IC e familiares com restrição de sal com a adesão satisfatória para Comportamento Dependente.

A partir desses resultados que desvelam alguns grupos e situações de risco para uma baixa adesão à dieta hipossódica, é possível uma atuação da equipe multiprofissional no fortalecimento de hábitos dietéticos adequados para essa população.

■ REFERÊNCIAS

1. Albuquerque DC, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018 [citado 2019 ago 20];111(3):436-539. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v111n3/0066-782X-abc-111-03-0436.pdf>
2. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Trends in hospitalization and mortality for ambulatory care sensitive conditions among older adults. *Rev Bras Epidemiol*. 2019; 22:e190010. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010>
3. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS). Brasília; c2020 [citado 2020 jan 06]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus>
4. Soares FLJ, Oliveira JMG, Freire GNC, Andrade LC, Noya-Rabelo MM, Correia LCL. Incremental prognostic value of conventional echocardiography in patients with acutely decompensated heart failure. *Arq Bras Cardiol*. 2017 [cited 2019 Aug 10];109(6):560-8. doi: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v109n6/0066-782X-abc-20170173.pdf>
5. Rabelo-Silva ER, Saffi MAL, Aliti GB, Feijó MK, Linch GFC, Sauer JM, et al. Precipitating factors of decompensation of heart failure related to treatment adherence: multicenter study-EMBRACE. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20170292. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170292>

6. Barilli SLS, d'Almeida KSM, Trojahn MM, Souza GC, Aliti GB, Rabelo-Silva ERR. Knowledge, barriers and attitudes toward dietary sodium in patients with decompensated heart failure. *J Nurs Educ Pract*. 2018;8(1):98-106. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n1p98>
7. World Health Organization (CH). *Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care*. Geneva: WHO; 2016 [cited 2019 Aug 23]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252661/1/9789241511377-eng.pdf?ua=1>
8. Girão ALA, Freitas CHA. Hypertensive patients in primary health care: access, connection and care involved in spontaneous demands. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 jun;37(2):e60015. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>
9. Wu JR, Lennie TA, Dunbar SB, Pressler SJ, Moser DK. Does the theory of planned behavior predict dietary sodium intake in patients with heart failure? *West J Nurs Res*. 2017 Apr;39(4):568-81. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945916672661>
10. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000122>
11. D'Almeida KSM, Souza GC, Rabelo-Silva ER. Validity and reliability of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ). *Nutr Hosp*. 2013 Sep-Oct; 5(28):1702-9. doi: <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6679>
12. Ling RZQ, Jiao N, Hassan NB, He H, Wang W. Adherence to diet and medication and the associated factors among patient with chronic heart failure in a multi-ethnic society. *Heart Lung*. 2020;49(2):144-150. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtng.2019.11.003>
13. Lessa QCSS, Frossard JM, Santos FAS, Queluci GC, Correia DMS, Cavalcanti ACD. Nursing actions for patients with heart failure: an integrative review. *Rev Pesqui Cuid Fundam (online)*. 2016;8(2):4587-600. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4587-4600>
14. Carpenito, LJ. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. 15. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018
15. D'Almeida KSM, Barilli SLS, Souza GC, Rabelo-Silva ER. Cut-Point for Satisfactory Adherence of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire for Patients with Heart Failure. *Arq Bras Cardiol*. 2019 [cited 2019 Aug 20];112(2):165-70. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v112n2/0066-782X-abc-112-02-0165.pdf>
16. 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.10.007>
17. Misook LC, Linda P, Susan KF, Terry AL. Long-term adherence to low-sodium diet in patients with heart failure. *West J Nurs Res*. 2017;39(4):553-67. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945916681003>
18. Seongkum H, Terry AL, Susan JP, Sandra BD, Misook LC, Debra KM. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(2):137-44. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515113519931>
19. Akhondzadeh K, Ghezeljeh TN, Haghani H. The effect of the education program on the adherence intention to the dietary sodium restriction and the amount of sodium intake in patients with chronic heart failure. *Iran Red Crescent Med J*. 2018 Dec;20(51):e12925. doi: <https://doi.org/10.5812/ircmj.12925>

■ **Autor correspondente:**

Monique Oliveira do Nascimento

E-mail: moniquenascimento16@gmail.com

Recebido: 11.09.2019

Aprovado: 28.05.2020

Editor associado:

Graziella Badin Aliti

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti