

ATIVACÃO DA INTENÇÃO PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE SAL ENTRE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: ESTUDO QUALITATIVO

Resumo: Os objetivos deste estudo são apresentar os planos de ação e de enfrentamento de obstáculos para reduzir o consumo de sal elaborados por pacientes com Insuficiência Cardíaca e seu referente social; descrever a avaliação da experiência dos pacientes. Estudo de intervenção, qualitativo. Os pacientes foram aleatorizados em grupos Individual (n=15) e Colaborativo (n=13) e elaboraram planos de ação e de enfrentamento de obstáculos para a redução do consumo de sal em consulta de enfermagem (T0); reforçados presencialmente 30 dias depois (T1); e por telefone 15 e 45 dias após T0. Foi utilizado debriefing para avaliar a experiência dos pacientes (n=15). O principal plano de ação corresponde à separação de uma colher de chá de sal/dia. Estratégias de enfrentamento incluíram apoio do referente social e aumento do uso de temperos naturais. A intervenção foi considerada fácil e útil. A Ativação da Intenção contribui para o rompimento de hábitos relacionados ao consumo de sal nesta população.

Descritores: Enfermagem, Insuficiência Cardíaca, Comportamento Alimentar, Dieta Hiposódica.

Activation of the intention to reduce salt consumption among patients with heart failure: a qualitative study

Abstract: The objectives of this study are to present the action and coping plans to reduce salt intake developed by patients with Heart Failure and their social referent; to describe patients' experience evaluation. Intervention research, qualitative. Patients were randomized into Individual (n=15) and Collaborative (n=13) groups and developed action and coping plans to reduce salt consumption in nursing consultations (T0); reinforced in person 30 days later (T1); and by telephone 15 and 45 days after T0. Debriefing was used to assess patients' experience (n=15). The main action plan corresponds to separation of one teaspoon of salt/day. Coping strategies included social referent support and increased use of natural spices. The intervention was considered easy and useful. The Implementation Intention contributes to the breaking of habits related to salt consumption in this population.

Descriptors: Nursing, Heart Failure, Feeding Behavior, Diet, Sodium-Restricted.

Activación de la Intención para reducción el consumo de la sal en pacientes con insuficiencia cardíaca: un estudio cualitativo

Resumen: Los objetivos de este estudio son presentar los planes de acción y afrontamiento para reducir el consumo de la sal elaborados por pacientes con Insuficiencia Cardíaca y su referente social; describir la evaluación de la experiencia de los pacientes. Investigación de intervención, cualitativa. Los pacientes fueron aleatorizados en grupos individuales (n=15) y colaborativos (n=13) y desarrollaron planes de acción y de afrontamiento para reducir el consumo de sal en las consultas de enfermería (T0); reforzados presencialmente unos 30 días después (T1); y por teléfono 15 y 45 días después del T0. Se utilizó el debriefing para evaluar la experiencia de los pacientes (n=15). El principal plan de acción corresponde a la separación de una cucharadita de sal/día. Las estrategias de afrontamiento incluyeron el apoyo de referentes sociales y un mayor uso de especias naturales. La intervención se consideró fácil y útil. La Activación de la Intención contribuye a la ruptura de hábitos relacionados con el consumo de la sal en esta población.

Descritores: Enfermería, Insuficiencia Cardíaca, Conducta Alimentaria, Dieta Hiposódica.

Andressa Teoli Nunciaroni

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública (DESP) e Docente em Treinamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E-mail: andressa.nunciaroni@unirio.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6469-592X>

Rúbia de Freitas Agondi

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E-mail: rubia.agondi@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6780-3383>

Roberta Cunha Matheus Rodrigues

Professora Titular da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da UNICAMP, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FEnf/UNICAMP. Coordenadora do Ambulatório de Controle de Risco para Coronariopatia -AMFACOR do Hospital de Clínicas da UNICAMP, desde 1995. É assessora científica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e Livre-Docente pela UNICAMP.

E-mail: roberta@unicamp.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0881-0337>

Maria Cecília Bueno Jayme Gallani

Professora titular e Vice-Diretora da Faculté des Sciences Infirmières da Université Laval, Québec, Canadá. Pesquisadora junto ao Centro de Pesquisa do Instituto Universitário de Cardiologia e Pneumologia de Québec. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e pós-doutora pela Université Laval, Québec, QC, Canadá.

E-mail: maria-cecilia.gallani@fsi.ulaval.ca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3418-9134>

Submissão: 07/10/2020

Aprovação: 04/03/2021

Publicação: 30/04/2021

Como citar este artigo:

Nunciaroni AT, Agondi RF, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ. Ativação da intenção para redução do consumo de sal entre pacientes com insuficiência cardíaca: estudo qualitativo. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(34):324-333.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.324-333>

Introdução

Como uma síndrome clínica complexa, a Insuficiência Cardíaca (IC) requer estratégias combinadas de tratamento, a fim de controlar os agravos, retardar a evolução da doença e prevenir os episódios de descompensação. Dentre essas estratégias, a restrição do consumo de sal é atualmente recomendada como importante medida não farmacológica no cuidado ao paciente com IC.

Apesar de não haver consenso científico que considera a etiologia e a classificação da IC na determinação do limite ideal de ingestão de sal, a recomendação atual é em torno de 4,5g por dia¹⁻⁴. Entretanto, estudo populacional realizado no contexto brasileiro⁵, identificou consumo médio de sal entre 10,5 e 11g por dia em adultos. Consumo semelhante é observado entre pessoas com IC, variando de 8 a 14g de sal por dia⁶.

A restrição do consumo de sódio é caracterizada como uma ação que pode ser implementada pelo próprio sujeito no seu cotidiano, podendo ser apoiada pela família e equipe de saúde. No entanto, nem sempre os sujeitos que possuem intenção positiva em mudar, atingem o comportamento alvo⁷. Assim, a redução do consumo de sal representa um desafio na prática clínica, já que seus determinantes são influenciados por contextos subjetivos, como cultural, emocional e socioeconômico⁸.

Nessa perspectiva faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções simples, porém pautadas em sólidas bases teóricas, que considerem os diferentes âmbitos de vida e contextos. A intervenção Ativação da Intenção, dividida em Planejamento da Ação e Planejamento de Enfrentamento de Obstáculos, pode ser uma

estratégia de fácil aplicação, baixo custo e que considera as questões subjetivas inerentes a um comportamento alimentar^{9,10}.

Tal intervenção tem se mostrado positiva para a mudança de comportamentos alimentares, como diminuição do consumo de alimentos gordurosos¹¹, aumento do consumo de verduras, frutas e vegetais¹² e redução da ingestão de lanches calóricos¹³.

No contexto brasileiro, apesar de incluir apenas pacientes do sexo feminino responsáveis pelo preparo das refeições, estudo aponta para a eficácia dessa intervenção na redução do consumo de sal entre hipertensas. Todavia, não se conhece os planejamentos elaborados pelos sujeitos com IC que são ou não responsáveis pelo preparo das refeições e que, conseqüentemente, recebem apoio de uma pessoa de sua convivência e confiança para a realização desta ação no domicílio¹⁴.

No atual cenário da IC, ainda não há relatos em literatura apontando a realização da Ativação da Intenção direcionados à redução do consumo de sódio. Sendo assim, as questões motivadoras deste estudo são: Quais são os planos de ação e de enfrentamento de obstáculos elaborados por pacientes com IC que preparam ou não suas refeições para a redução do consumo de sal? Qual é a experiência em elaborar esses planos sob a ótica dos pacientes?

Desse modo, os planos de ação, as barreiras percebidas e suas estratégias de enfrentamento descritos no presente estudo poderão contribuir para apoiar os sujeitos a alcançarem consumo ideal de sal e, ainda, ser utilizados como ferramentas para a consulta de enfermagem durante o seguimento longitudinal.

Objetivo

Apresentar os planos de ação e de enfrentamento de obstáculos para reduzir o consumo de sal elaborados por pacientes com IC e seus familiares. Descrever a avaliação da experiência do paciente.

Material e Método

Trata-se de estudo longitudinal derivado de ensaio clínico aleatorizado piloto⁽⁶⁾ que avaliou a eficácia da intervenção de Ativação da Intenção sobre a redução do consumo de sal entre pacientes com IC. No estudo piloto, os pacientes randomizados no grupo intervenção elaboraram planos de ação e de enfrentamento de obstáculos para reduzir a adição de sal dos alimentos, segundo o referencial teórico metodológico proposto por Sniehotta⁹. O grupo intervenção foi ainda dividido em dois grupos: Individual, composto pelos pacientes responsáveis pelo preparo de suas próprias refeições (n=15) e Colaborativo, composto pelos pacientes que não cozinhavam e o sujeito responsável por realizar esta ação no domicílio (n=13).

Sendo assim, o presente estudo corresponde à avaliação qualitativa da intervenção Ativação da Intenção realizada no ensaio clínico piloto, bem como à análise da experiência dos participantes. Atribuiu-se a denominação referente social para a pessoa responsável pelo preparo das refeições no domicílio, podendo ser filhos, nora, genro, esposa, marido ou pessoas externas à família.

O estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) em um município de grande porte do interior do estado de São Paulo. Trata-se de UBS composta por quatro Equipes de Saúde da Família ampliadas, que atuam em território periférico, marcado pela vulnerabilidade socioeconômica e

caracterizado por elevada população adulto jovem e idosa.

O processo de amostragem ocorreu por conveniência. Os participantes foram convidados a fazer parte do estudo por meio de contato telefônico, a partir do registro dos pacientes com IC das equipes de saúde. Nesse momento, os pacientes passaram a conhecer a pesquisa e sua realização na unidade. Dos 143 potenciais participantes, foi possível contactar 76 e, desses, 10 se recusaram a participar, totalizando 66 pacientes no aleatorizados em grupo intervenção e controle⁶.

Foram inseridos pacientes com diagnóstico clínico de IC, de ambos os sexos, em seguimento na UBS há pelo menos seis meses. Foram excluídos aqueles com história de hospitalização há menos de 30 dias, com transtornos mentais descritos em prontuário e portadores de IC Classe Funcional IV, por estar associada a internações recorrentes. Quanto aos referentes sociais, foram inseridos cônjuge, filhos, pais, trabalhadores do lar ou qualquer outra pessoa responsável pelo preparo dos alimentos que fosse indicada pelo paciente. Foram descontinuados os participantes que tiveram ausência não justificada em três consultas de enfermagem subsequentes (n=2).

A amostra total de presente estudo compreende o grupo intervenção do ensaio clínico piloto que encerraram o período de dois meses de seguimento longitudinal (n=28).

Elaboração e Análise dos Planos

Os planos foram elaborados e registrados por escrito, em duas vias, em ambiente privativo, durante a consulta de enfermagem (T₀), conduzida pela pesquisadora principal, enfermeira da unidade de saúde, especialista em Saúde da Família e da

Comunidade, com treinamento teórico e prático sobre a intervenção Ativação da Intenção.

Os planos foram reforçados 30 dias depois (T_1) em nova consulta de enfermagem e por telefone 15 e 45 dias após T_0 , pela mesma pesquisadora. Nesses momentos, os planos eram revistos e, se necessário, adaptados de acordo com a nova rotina dos pacientes e referentes sociais.

O desenho do presente estudo, bem como a escolha pela enfermeira intervencionista que trabalhava na UBS foram pensados com vistas a implementar acompanhamento semelhante ao cuidado usual.

O comportamento alvo correspondeu ao consumo de até uma colher de chá de sal por dia por pessoa durante e após o preparo dos alimentos. Os planos de ação foram elaborados de acordo com 'como', 'quando' e 'onde' o paciente e seu referente social poderiam implementar o comportamento alvo. Já os planos de enfrentamento de obstáculos foram elaborados no formato 'se X acontecer, então eu vou realizar Y', sendo X a identificação das barreiras percebidas pelo paciente que poderiam surgir durante o processo de mudança, e Y as estratégias para sua superação.

Os planos deveriam ser elaborados pelo paciente individualmente (grupo individual) ou conjuntamente com seu referente social (grupo colaborativo), de forma livre e com base na rotina familiar, porém, a pesquisadora poderia apresentar possibilidades com base em estudo¹⁵.

Para análise dos planos foi empregada a Análise de Conteúdo Convencional¹⁶, em que os dados coletados representam diretamente os resultados. Nesse estudo, as etapas de análise dos planos e

agrupamento por similaridade foram realizadas por três pesquisadores independentes, com experiência no desenvolvimento e implementação de intervenções para mudanças de comportamentos em saúde. A análise qualitativa partiu dos itens 'como', 'quando' e 'onde', das barreiras percebidas e das estratégias de enfrentamento. Assim, a partir das palavras utilizadas pelos pacientes e referentes sociais, obteve-se consenso da denominação de cada plano, expressos nos resultados como Planos de Ação, Obstáculos Percebidos e Estratégias de Enfrentamento, específicas para grupo de estudo.

Não houve interrupção da coleta de dados por saturação, visto que cada paciente e referente social, quando houvesse, seguiria, seus próprios planos elaborados para a redução do consumo de sal. Ao final, cada plano foi submetido à análise de frequência, apontando o número de vezes em que os mesmos foram elaborados pelos participantes.

Experiência dos pacientes

No final do seguimento de dois meses, foi realizado o *debriefing*, via contato telefônico, por pesquisadora independente.

Foi desenvolvido um instrumento próprio a partir do conhecimento e *expertise* das autoras, composto por nove questões abertas sobre a dificuldade, pertinência e opiniões sobre a elaboração dos planos e duas questões de múltipla escolha sobre os encontros presenciais e contatos telefônicos, com respostas que variavam entre nada importante a muito importante, nada útil a muito útil, poucos encontros/ contatos telefônicos a muitos.

Para a análise foi criada uma lista com as respostas de acordo com cada questão e realizada uma descrição única, independente dos planos terem

sido elaborados individualmente ou de forma colaborativa.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Parecer 30390 de 01/06/2012 e emenda aprovada sob Parecer 174969 de 17/12/2012), tendo como Instituição Coparticipantes a Prefeitura Municipal. Todos os participantes (pacientes e referentes sociais) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico. O estudo foi ainda registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-7mty35; UTN:U1111-1245-5024).

Resultados

A amostra foi composta majoritariamente por pessoas idosas, com média de idade de 68 ($\pm 10,3$) anos variando de 40 a 87 anos, do sexo feminino (53,6%), brancos (82,1%), casados (60,7%), com renda familiar de 3,3 (± 2) salários mínimos e de escolaridade de 3,5($\pm 2,8$) anos.

Quanto à caracterização clínica, o tempo médio de diagnóstico da IC foi 4,3 ($\pm 5,6$) anos, sendo a hipertensão arterial a etiologia mais frequente (75%). A maioria dos pacientes encontrava-se em classe funcional I (82,1%), com predominância de disfunção ventricular do tipo diastólica (89,3%), em sobrepeso ou obesidade, com média de IMC de 29,8 ($\pm 5,2$) kg/cm² e de circunferência abdominal de 99,7 (± 12) cm para homens e 98,7 ($\pm 10,9$) cm entre as mulheres.

No grupo colaborativo, o referente social responsável pelo preparo das refeições no domicílio era a esposa (84,6%) ou a filha/nora (14,4%).

Planejamento de ação

Foram elaborados 26 planos de ação pelo grupo individual (n=15) e 23 pelo grupo colaborativo (n=13) (Tabela 1). Cada paciente elaborou no mínimo 1 e no máximo 3 planos de ação em ambos os grupos.

Tabela 1. Descrição dos planos de ação elaborado pelo grupo individual (n=15) e pelo grupo colaborativo (n=13) e suas frequências.

Planos de ação	Grupo individual*	Grupo colaborativo*
Separar uma colher de chá de sal por pessoa por dia em outro recipiente e usar deste sal separado para temperar os alimentos durante o preparo	12 (46,2)	11 (47,8)
Parar de usar temperos prontos industrializados no preparo dos alimentos	6 (23,1)	3 (12,9)
Parar de usar temperos prontos industrializados no preparo dos alimentos e aumentar a quantidade de temperos naturais	4 (15,4)	3 (12,9)
Usar uma colher de chá como medidor no recipiente em que o sal é guardado	3 (11,5)	1 (4,4)
Parar de adicionar sal no prato após a comida estar preparada	1 (3,8)	2 (8,8)
Paciente comer as refeições preparadas pelo referente social	-	2 (8,8)
Não comprar mais temperos prontos industrializados	-	1 (4,4)

Legenda: *n(%), análises de frequência. Fonte: As autoras.

Planejamento de enfrentamento de obstáculos

Foram elaborados 14 planos de enfrentamento de obstáculos pelo grupo individual e 16 pelo grupo colaborativo (Tabela 2). Em ambos os grupos, 77% identificou um obstáculo com uma estratégia de enfrentamento, enquanto 19,2% identificaram dois obstáculos e 3,8% identificou três obstáculos.

Tabela 2. Descrição dos obstáculos percebidos e estratégias de enfrentamento elaborados pelos pacientes dos grupos individual (n=15) e colaborativo (n=13) e suas frequências.

Obstáculos percebidos	Grupo individual*	Grupo colaborativo*
Reclamações da família sobre o sabor ruim dos alimentos	6 (42,9)	5 (31,25)
Falta de sabor dos alimentos	6 (42,9)	2 (12,5)
Fazer uma das refeições do dia fora de casa	-	2 (12,5)
Ter vontade de usar temperos prontos industrializados	1 (7,1)	-
Ter vontade de adicionar sal aos alimentos após seu preparo	-	1 (6,25)
Reclamações das visitas sobre sabor ruim dos alimentos	1 (7,1)	2 (12,5)
Crença de que a medida de sua pressão arterial ou de algum familiar irá diminuir muito	-	1 (6,25)
Não aceitar a comida preparada pelo referente social	-	1 (6,25)
Fazer as refeições na casa de parentes	-	1 (6,25)
Outra pessoa, que não o referente social, esporadicamente cozinhar no domicílio	-	1 (6,25)
Estratégias de enfrentamento	Grupo individual*	Grupo colaborativo*
Aumentar a quantidade de temperos naturais durante o preparo dos alimentos	4 (26,7)	1 (5,9)
Deixar a critério dos familiares adicionarem sal às suas refeições no momento do consumo	3 (20)	2 (11,76)
Separar parte da comida antes de temperar / Preparar separadamente	4 (26,7)	2 (11,76)
Sugerir que a família ou o referente social consumam também os alimentos preparados com menos sal para apoiar o paciente	-	4 (23,5)
Comer mais alimentos em sua forma natural do que preparados	-	2 (11,76)
Quando fizer refeição fora de casa, optar por alimentos naturais sem adição de sal na próxima refeição	-	1 (5,9)
Não comprar temperos prontos industrializados	1 (6,7)	-
Insistir e tentar não adicionar mais sal	2 (13,2)	2 (11,76)
Não usar o saleiro à mesa durante as refeições	-	1 (5,9)
Deixar a critério das visitas a adição de sal às suas refeições	1 (6,7)	-
Fazer controle da pressão arterial na unidade de saúde	-	1 (5,9)
Orientar a pessoa que cozinha sobre a restrição do consumo de sal	-	1 (5,9)

Legenda: *n(%), análises de frequência. Fonte: As autoras.

Debriefing

A avaliação da experiência foi realizada com 19 pacientes. Os motivos da não participação foram: recusa em participar (n=3) e perda de contato (n=6).

Sobre a elaboração dos planos, 15 pacientes relataram facilidade. Desses, seis acreditavam que tinham baixo consumo de sal em T₀. Quatro referiram dificuldade em pensar nos obstáculos e elaborar

estratégias de superação, mas todos consideraram positivo o apoio da enfermeira.

Durante o seguimento, seis pacientes relataram dificuldades em reduzir o consumo de sal, por mudanças no sabor dos alimentos preparados com menor quantidade de sal (n=3), interrupção do uso de temperos industrializados (n=1) e percepção da família sobre mudanças no sabor (n=2). Sete pacientes

consideravam importante a redução no consumo de sal para pessoas com doenças cardiovasculares e, portanto, foram motivados a continuar seguindo os planos. Um paciente inseriu 'evitar o uso de saleiro à mesa' como novo plano de ação em T₁.

Com relação à utilidade, importância e número de encontros presenciais, foram muito importantes (n=15), muito úteis (n=12) e suficientes (n=14) para o desenvolvimento e seguimento dos planos. Quanto aos contatos telefônicos, foram considerados muito úteis (n=15), importantes (n=8) ou muito importantes (n=11).

Discussão

Principais achados

Na Atenção Primária, o desenvolvimento de intervenções baseadas em teoria pelo enfermeiro é de extrema importância para favorecer à mudança de comportamentos em saúde, especialmente pelo acesso facilitado, criação de vínculo entre equipe de saúde e famílias e inclusão da pessoa no processo de cuidado.

Assim, por permitir a integração de variáveis relacionadas ao contexto de vida, às possibilidades socioeconômicas, às preferências e crenças e à rede de apoio, a estratégia de intervenção Ativação da Intenção, quando inserida na consulta de enfermagem, representa uma ferramenta de baixo custo para o seguimento longitudinal de pacientes com IC.

A estratégia de intervenção Ativação da Intenção foi utilizada com sucesso no contexto brasileiro em estudos anteriores para mudanças de diversos comportamentos relacionados à saúde, como aumentar a adesão medicamentosa a antidiabéticos orais por pacientes com Diabetes tipo 2¹⁷ e a

cardioprotetores em pacientes com antecedente de Síndrome Coronária Aguda¹⁸ e contribuir para a prática de atividades físicas¹⁹.

No presente estudo, os planos de ação nos grupos individual e colaborativo foram semelhantes, principalmente relacionados à separação de uma colher de chá de sal por pessoa por dia em outro recipiente e à cessação do uso de temperos prontos industrializados no preparo dos alimentos. Evidencia-se, com isso, mudança na rotina a partir da reflexão sobre este comportamento, rompendo o caráter automático do preparo dos alimentos, tornando consciente a quantidade de sal adicionada e, por conseguinte, o controle do uso de sal nas refeições.

O principal obstáculo antecipado refere-se à palatabilidade dos alimentos, ou seja, o sabor desagradável ou a falta de sabor dos alimentos. Essa era uma preocupação tanto para o próprio paciente como para os familiares ou visitas. Um dos fatores mais importantes é o hedonismo, ou seja, o prazer associado à alimentação. O sal é reconhecido por ressaltar o sabor dos alimentos. Indivíduos com menor sensibilidade gustativa ao sal, tendem a aumentar o seu consumo para manter o prazer da alimentação²⁰. Há evidências de que a presença de IC esteja associada a uma diminuição da sensibilidade gustativa ao sal²¹.

O consumo elevado de sal, por sua vez, engendra também uma diminuição da sensibilidade gustativa. Assim, a utilização de estratégias alternativas ao sal para manter o sabor atrativo dos alimentos é essencial, como a utilização de temperos naturais. O fato do referente social que cozinha partilhar a mesma refeição preparada com menor quantidade de sal é outra estratégia para motivação do paciente, já que o prazer do ato de comer, é também relacionado às

interações sociais e familiares e às atividades de lazer²².

A experiência positiva dos participantes em elaborar os planos aponta, ainda, para a aceitabilidade dessa intervenção na redução do consumo de sal na Atenção Primária à Saúde, uma vez que a mudança do comportamento foi percebida subjetivamente, a elaboração dos planos foi avaliada como fácil e os reforços realizados foram considerados adequados, muito importantes e muito úteis pela maioria dos participantes.

Este estudo detalha os elementos constituintes de uma intervenção para facilitar a mudança do comportamento de consumo de sal. Tal estratégia pode ser implementada a pacientes em diferentes serviços de saúde, já que tem baixo custo e se adequa à vida real do paciente, ou seja, à sua rotina e suas possibilidades. Os planos aqui elaborados podem ser utilizados como apoio para iniciar a elaboração de novos planos por pacientes com IC e por outros grupos.

Por tratar-se de intervenção que pode ser implementada para diferentes comportamentos, a intervenção Ativação da Intenção pode ser desenvolvida para a promoção de saúde, prevenção de agravos e reabilitação na Atenção Primária, especialmente nas consultas de enfermagem.

A inclusão do referente social, quando se trata de um comportamento alimentar, possibilita a participação de pessoas do sexo masculino, especialmente em culturas onde tradicionalmente a pessoa responsável pelo preparo dos alimentos é a mulher, bem como estender os resultados às famílias, potencializando o papel do paciente como multiplicador das informações e fortalecendo a

possibilidade de ampliação da ação educativa relacionada à redução de consumo de sal na consulta de enfermagem.

Entretanto, o estudo apresenta algumas limitações. As considerações sobre aplicabilidade e viabilidade da elaboração dos planos em consulta de enfermagem não foi avaliada, apesar da coleta de dados ter sido realizada por uma pesquisadora que atuava como enfermeira na unidade de saúde. Assim, estudos futuros são recomendados para analisar o potencial de translação da intervenção à prática clínica cotidiana.

Outra limitação corresponde ao tamanho da amostra, muito embora a frequência elevada de alguns planos indica saturação de dados. Estudos maiores provavelmente evidenciarão novos planos, além de terem maior poder de generalização para a população com IC acompanhada em UBS.

Além disso, dada a regionalidade do local de coleta de dados e as dimensões continentais do Brasil com ampla variedade cultural e alimentar, estudos com abordagens metodológicas semelhantes realizados em outros estados ou países podem encontrar resultados divergentes para a população estudada.

Apesar dos limites apresentados, o estudo contribui para a prática do enfermeiro na APS, especialmente na sua ação durante a consulta de enfermagem para a promoção de adesão a comportamentos salutaros. Nesse momento, os planos apresentados podem guiar estratégias individuais ou familiares no que tange à educação em saúde para a redução do consumo de sal, por meio de metodologia que faça sentido ao contexto cultural e social, às crenças e às preferências do paciente e

família, não sendo limitada à transmissão de informações.

Este estudo fornece, portanto, subsídios iniciais que podem ser inseridos nas consultas de enfermagem em atenção primária à saúde para educação em saúde e acompanhamento longitudinal do paciente com IC no que tange às mudanças de comportamentos relacionados à saúde, em especial, à redução do consumo de sal.

Considerações Finais

Os planos de ação e de enfrentamento de obstáculos para reduzir o consumo de sal entre pacientes com IC apresentados neste estudo são de fácil implementação e possibilitam aumentar a autonomia e participação do paciente no seu cuidado, possibilitando, ainda, a inclusão do referente social. Por ser uma intervenção pautada em sólida base teórica, os resultados podem contribuir para aumentar as chances de mudança efetiva desse comportamento, contribuindo para o controle da IC e prevenindo episódios de descompensação.

A experiência relatada pelos pacientes demonstra que a intervenção é aceitável e de fácil elaboração para apoiar o processo de redução do consumo de sal.

Referências

1. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, Rohde LEP, Montera MW, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(3):436-539.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal.* 2016; 37:2129-2200.
3. Mahtani KR, Heneghan C, Onakpoya I, Tierney S, Aronson JK, Roberts N, et al. Reduced salt intake for heart failure: a systematic review. *JAMA Intern Med.* 2018; 178(12):1693-1700.

4. Khan MS, Jones DW, Butler J. Salt, no salt, or less salt for patients with heart failure? *Am J Med* 2020; 133(1):32-38.

5. Perin MS, Cornélio ME, Oliveira HC, São-João TM, Rhéaume C, Gallani MCBJ. Dietary sources of salt intake in adults and older people: a population-based study in a Brazilian town. *Public Health Nutrition.* 2019; 22(8):1388-1397.

6. Nunciaroni AT. Uso de estratégias de ativação da intenção sobre a redução do consumo de sódio entre pacientes com insuficiência cardíaca - estudo piloto [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. 2013. <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/283921>>.

7. Sheeran P, Klein WM, Rothman AJ. Health behavior change: moving from observation to intervention. *Annu Rev Psychol.* 2017; 68:573-600.

8. Penney TL, Brown HE, Maguire ER, Kuhn I, Monsivais P. Local food environment interventions to improve healthy food choice in adults: a systematic review and realist synthesis protocol. *BMJ Open.* 2015; 5(4):e007161.

9. Sniehotta FF, Schwarzer R; Scholz RSU, Schuz B. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *Eur J Soc Psychol.* 2005; 35:565-76.

10. Hagger MS, Luszczynska A, de Wit J, et al. Implementation intention and planning interventions in health psychology: recommendations from the synergy expert group for research and practice. *Psychol Health.* 2016; 31(7):814-839.

11. Vilà I, Carrero I, Redondo R. Reducing fat intake using implementation intentions: A meta-analytic review. *Br J Health Psychol.* 2017; 22(2):281-294.

12. Bruijn GJ, Nguyen MH, Rhodes RE, Van Osch L. Effects of preparatory and action planning instructions on situation-specific and general fruit and snack intake. *Appetite.* 2017; 108:161-170.

13. Churchill S, Pavey L, Sparks P. The Impact of autonomy-framed and control-framed implementation intentions on snacking behaviour: the moderating effect of eating self-efficacy. *Appl Psychol Health Well Being.* 2019; 11(1):42-58.

14. Agondi RF, Cornélio ME, Rodrigues RCM, Gallani MC. Implementation intentions on the effect of salt intake among hypertensive women: a pilot study. *Nursing Research and Practice*. 2014; 2014:1-8.
15. Agondi RF, Gallani MCBJ, Cornélio ME, Rodrigues RCM. Análise dos planos de ação e planos de enfrentamento de obstáculos para a redução do consumo de sal entre mulheres com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino Am Enferm*. 2012; 20(3):486-94.
16. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15(9):1277-1288.
17. Trevisan DD, São-João T, Cornélio M, et al. Effect of an 'implementation intention' intervention on adherence to oral anti-diabetic medication in Brazilians with type 2 diabetes. *Patient Educ Couns*. 2020; 103(3):582-588.
18. Santos Pedrosa RB. Intervenção para promover a adesão medicamentosa em pacientes com doença arterial coronária: um estudo piloto. 2018. 1 recurso online (212 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP. 2018. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REP_OSIP/335372>.
19. Silva MAVD, São-João TM, Brizon VC, Franco DH, Mialhe FL. Impact of implementation intentions on physical activity practice in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS One*. 2018; 13(11):e0206294.
20. Pilic L, Mavrommatis Y. Genetic predisposition to salt-sensitive normotension and its effects on salt taste perception and intake. *Br J Nutr*. 2018; 120(7):721-731.
21. Cohen LP, Hummel SL, Maurer MS, López-Pintado S, Wessler JD. Salt Taste Recognition in a Heart Failure Cohort. *J Card Fail*. 2017; 23(7):538-544.
22. Bolhuis DP, Newman LP, Keast RS. Effects of Salt and Fat Combinations on Taste Preference and Perception. *Chem Senses*. 2016; 41(3):189-195.