



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

SILVANA MARIA BARROS DE OLIVEIRA

**APLICAÇÃO DA TEORIA MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA
PENDER NA ONCOLOGIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA
PESSOA COM CÂNCER.**

Maceió
2015

SILVANA MARIA BARROS DE OLIVEIRA

**APLICAÇÃO DA TEORIA MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA
PENDER NA ONCOLOGIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA
PESSOA COM CÂNCER.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Promoção da vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Maceió
2015

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecário
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade

O48a Oliveira, Silvana Maria Barros de.
 Aplicação da teoria modelo de promoção da saúde de Nola Pender na oncologia:
 Cuidados de enfermagem à família da pessoa com câncer / Silvana Maria Barros de
 Oliveira. – 2015.
 136 f.: il.

Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 106-115.

Apêndices: f. 116-132.

Anexos: f. 133-136.

1. Promoção da saúde. 2. Teoria de enfermagem. 3. Modelos de enfermagem.
4. Neoplasias. I. Título.

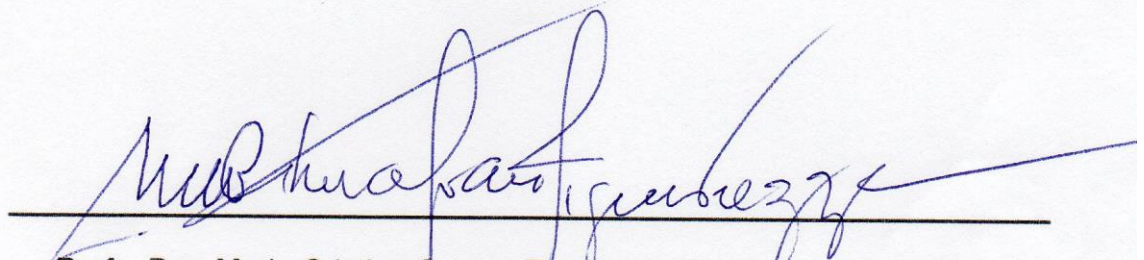
CDU: 616-083-006

Folha de Aprovação

AUTOR: SILVANA MARIA BARROS DE OLIVEIRA

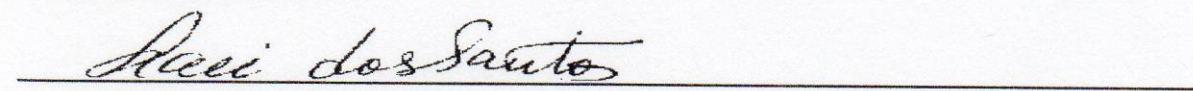
Aplicação da teoria modelo de promoção da saúde de Nola Pender na oncologia: cuidados de enfermagem à família da pessoa com câncer. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 28 de agosto de 2015.

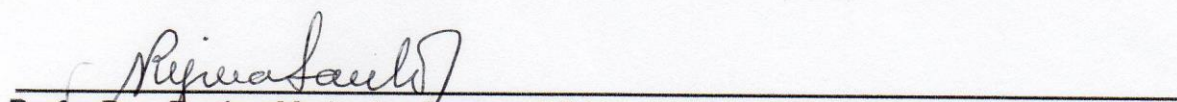


Prof. Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza (Orientadora)

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Iraci dos Santos, UERJ (Examinadora Externa)



Prof. Dra. Regina Maria dos Santos, UFAL (Examinadora Interna)

Aos familiares de pessoas com câncer que não relutaram em cuidar de sua saúde, dividir comigo sentidos, saberes e fazeres de suas vidas, quando ainda cuidadores, em momentos de sofrimento indescritível e de particularidade tal, que não se traduz em meras palavras.

A estes, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em especial, a **Deus**, meu Senhor! A quem devo a vida e cuidados paternos, sem os quais, nada seria possível. Posso com certeza cantar: Glória ao Senhor, autor da minha fé!

Ao meu querido esposo, **Ronaldo Queiroz de Oliveira**, companheiro de todas as horas. Em nossos votos certamente caberia: “Na estrada de busca pelo conhecimento e no descanso”. Obrigada por me auxiliar em tudo, inclusive no cuidado de nosso pequeno filho **Samuel Barros de Oliveira**, quando estava absorvida em atividades acadêmicas. Ao **Sam** também, obrigada filho, por compreender e respeitar minha ausência quando mamãe estava estudando. Vocês fazem parte dos meus projetos de felicidade.

Aos meus queridos pais **José Isaac e Neilde Barros**, por sempre apoiarem minhas decisões e valorizarem minhas conquistas. Aos queridos familiares, irmã **Ivana Barros**, sobrinhos **Isaac e Sarah Barros**, pelo apoio fraternal e tecnológico, tão valiosos para o desenvolvimento desse estudo.

À **Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza**, minha adorável orientadora, por inspirar-me com suas aulas, a apropriar-me do conhecimento próprio da enfermagem na idealização e realização desse projeto. E por dividir comigo, todo o ônus decorrente dessa pesquisa, intelectual, temporal e material.

Aos membros da banca examinadora, Titulares e Suplentes, **Prof.^a Dra. Iraci dos Santos** da UERJ e **Prof.^a Dr.^a Josete Luzia Leite da FEFIERJ**; **Prof.^a Dr.^a Regina Maria dos Santos e Prof.^a Débora de Souza Santos** da UFAL, por me proporcionar o aprendizado em todos os encontros acadêmicos, e por apreciarem e contribuírem sobremaneira com esse estudo.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf** da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, e ao **Corpo Docente**, por ofertarem o Mestrado com tanta garra frente aos inúmeros desafios da jornada acadêmica.

Às queridas mestrandas da 4^a turma da ESENFAR, **Alba França, Bárbara Oliveira, Fabiani Tenório, Givânia Bezerra, Keyesse Mesquita, Lays Nogueira, Marina Baptista, Natália Palmoni, Talita Lúcio e Vívian Marcella**, pelos verdadeiros momentos de troca de conhecimento em encontros pessoais formalizados, e principalmente nos informais e virtuais diários, onde dividimos parte de nós mesmos, contribuindo para nosso crescimento individual e coletivo.

Aos membros do grupo de pesquisa **PROCUIDADO**, sob a direção da **Prof.^a Crisina Trezza** e **Prof.^a Isabel Comassetto**, pelos preciosos momentos de estudo e

pesquisas, elaboração de artigos, produtos do conhecimento construído, especialmente, às amigas **Géssyca Melo** e **Sabrina Conceição**, com as quais estudar a teoria da promoção da saúde tornou-se algo encantador e enriquecedor.

À Divisão de Enfermagem do HUPAA, na pessoa da **Enfa. Lindinalva Freitas**, pelo apoio concedido, tornando possível a realização desse curso.

Ao **Dr. José Cardoso**, coordenador do CACON Úlpio Miranda, por permitir e apreciar a realização da pesquisa no cenário de estudo.

Aos **amigos do CACON**, por sempre se mostrarem disponíveis em atender minhas necessidades enquanto pesquisadora. Funcionários da recepção, secretaria, limpeza, psicologia, serviço social, burocracia da quimioterapia, farmácia e enfermagem, muito obrigada.

Às colegas, **enfermeiras** do serviço de quimioterapia do HUPAA, por suprirem minha ausência no momento da licença capacitação para a finalização dessa pesquisa, em especial, às enfermeiras **Suderlande Leão e Alda Galdino**, por me substituírem na gerência do serviço, proporcionando-me adequar trabalho ao estudo e pesquisa.

Aos **familiares de pessoas com câncer**, em especial aos que participaram desse estudo, permitindo-me ouvi-los e adentrar as particularidades de seu estilo de vida, buscando auxiliá-los a encontrar novas formas de viver. Cada momento dialógico e de troca fez parte de um crescimento pessoal indescritível, pelo qual, lhes serei eternamente grata!

Aos meus **familiares e amigos**, por me apoiarem direta ou indiretamente nessa caminhada tão desafiadora, e ao mesmo tempo, de enorme significância para minha vida, como foi esse mestrado acadêmico. Por suas preces, amor e carinho, muito obrigada!

“A beleza das pessoas está na capacidade de amar e encontrar a continuidade de seu ser... E também, em reconhecer que nessa vida você estará sempre precisando de alguém e sempre terá alguém precisando de você!”

Autor Desconhecido

RESUMO

Os familiares de pessoas com câncer são grupos vulneráveis ao adoecimento por neoplasias o que justifica programas de atenção que promovam e proteja sua saúde. Nesse sentido a investigação apresentada tem por objetivo aplicar a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na oncologia e avaliar os resultados provenientes de sua aplicação em familiares de pessoa com câncer. De caráter qualitativo transversal e descritivo, o estudo foi desenvolvido a partir de 10 entrevistas com esses familiares num Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, em Maceió, AL, Brasil, utilizando seis formulários elaborados segundo o modelo teórico de Pender. As informações foram produzidas no período de abril a julho de 2015 e os participantes selecionados a partir de consultas de enfermagem e de cinco oficinas que trabalharam a temática dos comportamentos de saúde correspondentes aos fatores de risco para neoplasias: alimentação, atividade física, alcoolismo, tabagismo, sono/repouso, espiritualidade, relações interpessoais e manejo do estresse. Os resultados referiram-se a um perfil de participantes cuja maior parte foi de mulheres; casadas; com ensino fundamental incompleto; ocupação do lar; renda familiar de 3 a 4 salários mínimos; IMC acima de 24,99. A aplicação do modelo teórico se deu em oito encontros individuais. O primeiro avaliou as características, experiências, sentimentos e o conhecimento relacionados a adoção de comportamentos saudáveis. No segundo encontro os participantes inteiraram-se do que necessitaria ser modificado e nove acordaram e elaboraram conjuntamente um plano de ação. Dentre as atitudes relacionadas ao risco de neoplasia a inatividade física e os hábitos alimentares incorretos preponderaram. Quanto aos principais benefícios mencionados pelos participantes para adoção de comportamentos saudáveis destaca-se o ter mais saúde, evitar o câncer e a perda de peso. As barreiras declaradas foram tempo e a disposição. Do terceiro ao sétimo encontro que ocorriam a cada dez a quinze dias foram realizadas as avaliações parciais de acompanhamento do progresso da mudança de comportamento aos quais os nove compareceram. Houve adaptações nos planos quase sempre para ajustar a capacidade de realização de cada um. A avaliação final se deu no último encontro mostrando que por essa metodologia as pessoas, se acompanhadas e apoiadas conseguem aderir a comportamentos saudáveis. Isso demonstra que a Teoria Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender é aplicável na oncologia como ferramenta para promoção e proteção dos indivíduos vulneráveis as neoplasias.

Descritores: Promoção da saúde. Estilo de vida. Teoria de enfermagem. Modelos de enfermagem. Neoplasias.

ABSTRACT

Family members of people with cancer are vulnerable to illness from cancer which requires attention for programs that promote and protect their health. In this sense the research presented aims to apply the Theory Health Promotion Model Nola Pender in oncology and evaluate the results from its application in person familiar with cancer. Transversal and descriptive qualitative approach, the study was conducted from 10 interviews with these families in center of High Complexity in Oncology at the University Hospital Professor Alberto Antunes, in Maceió, AL, Brazil, using six forms prepared according to the theoretical model of Pender. Information was produced in the period from April to July 2015 and selected participants from nursing appointments and five workshops that worked the theme of health behaviors related to risk factors for cancer: diet, physical activity, alcohol, smoking, sleep / rest, spirituality, interpersonal relationships and stress management. The results reported to a profile which most participants were women; married; with incomplete primary education; occupancy of the home; family income 3-4 times the minimum wage; BMI above 24.99. The application of the theoretical model was in eight individual meetings. The first evaluated the characteristics, experiences, feelings and knowledge related to the adoption of healthy behaviors. In the second meeting participants they learned of what would need to be modified and nine agreed and jointly drawn up a plan of action. Among the attitudes related to the risk of neoplasia physical inactivity and incorrect eating habits predominated. As for the main benefits mentioned by the participants to adopt healthy behaviors stands out to have more health, prevent cancer and weight loss. The barriers were declared time and willingness. The third to the seventh meeting occurring every ten to fifteen days were accomplished partial reviews of monitoring the behavior change of the progress which the nine attended. There were adjustments in the plans almost always to adjust the capacity of accomplishment of each. The final evaluation took place in the last meeting showing that by this method people, if accompanied and supported can adhere to healthy behaviors. This shows that the theory Nola Pender's Health Promotion Model is applicable in oncology as a tool for promotion and protection of vulnerable individuals neoplasms.

Descriptors: Health promotion. Lifestyle. Nursing theory. Nursing models. Neoplasms.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Artigos encontrados na busca nas bases de dados sobre a Promoção da Saúde.....	20
Figura 2 -	Representação do espaço metodológico quadripolar da pesquisa.....	33
Figura 3 -	Diagrama da TMPS de Nola Pender.....	36
Figura 4 -	Relação das fases do processo de enfermagem com o processo de enfermagem implícito no TMPS de Nola Pender.....	40
Figura 5 -	Fluxograma de identificação de participantes das oficinas educativas de promoção da saúde contra o câncer.....	44
Figura 6 -	Mapa temático das oficinas de Promoção da saúde construído com o programa de mapa mentais FreeMind.....	45
Figura 7 -	Fatores de risco para neoplasias segundo percentual de risco..	57
Figura 8 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P1.....	73
Figura 9 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P2.....	75
Figura 10 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P3.....	78
Figura 11 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P4.....	81
Figura 12 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P5.....	84
Figura 13 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P6.....	86
Figura 14 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P7.....	88
Figura 15 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P8.....	90
Figura 16 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P9.....	93
Figura 17 -	Diagrama do TMPS segundo dados das entrevistas de P10.....	96
Figura 18 -	Mapa do resultado final do TMPS aplicado em grupos comparativos de familiares de pessoa com câncer.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Categorização dos artigos da amostra final da revisão integrativa sobre a Promoção da Saúde.....	49
Quadro 2 -	Fatores biológicos, segundo hereditariedade, peso corporal e IMC.....	53
Quadro 3 -	Alimentação como fator de risco para o câncer, segundo consumo pelos entrevistados.....	55
Quadro 4 -	Distribuição dos participantes, segundo comportamento de atividade física.....	58
Quadro 5 -	Distribuição dos participantes, segundo comportamento tabagismo e alcoolismo.....	61
Quadro 6 -	Distribuição dos participantes, segundo sono/repouso.....	63
Quadro 7 -	Distribuição dos participantes, segundo as relações interpessoais disfuncionais.....	66
Quadro 8 -	Distribuição dos participantes, segundo percepção de causas para o estresse de longa duração.....	68
Quadro 9 -	Comportamentos de risco identificados e comportamentos de saúde adotados pelos grupos de participantes da pesquisa.....	100

TABELA

Tabela 1 - Quantitativo dos artigos de pesquisa nas bases de dados, segundo critérios de inclusão/exclusão estabelecidos.....	21
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
HUPAA	Hospital Universitário Prof.º Alberto Antunes
IMC	Índice de Massa Corpórea
IARC	International Agency for Research on Cancer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LDB	Leis de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira
NK	Natural Killer
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PubMed	US National Library of Medicine National Institutes of Health
QTA	Quimioterapia Antineoplásica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMPS	Teoria Modelo de Promoção da Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1	Promoção da saúde.....	23
2.1.1	Historicidade da promoção da Saúde.....	23
2.1.2	Promoção da saúde no Brasil.....	25
2.2	Vulnerabilidade e risco diante das neoplasias.....	27
2.2.1	Promoção da saúde em grupos vulneráveis.....	30
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	Espaço metodológico do estudo.....	33
3.1.1	Polo epistemológico: Compreensivista.....	33
3.1.2	Polo teórico: Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	34
3.1.3	Polo morfológico: Processo de Enfermagem da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	35
3.1.4	Polo técnico: Entrevista.....	40
3.2	Desenho do estudo.....	42
3.3	Cenário e período do estudo.....	42
3.4	Participantes da pesquisa.....	42
3.5	Técnicas e procedimentos de produção de informações.....	43
3.6	Análise dos dados.....	46
3.7	Limitações do Estudo.....	47
3.8	Aspectos éticos.....	47
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
4.1	Características e experiências individuais dos familiares de pessoas com câncer.....	48
4.1.1	Fatores pessoais.....	48
4.1.2	Comportamento prévio relacionado.....	54

4.2	Sentimentos e conhecimentos a cerca do comportamento específico.....	71
4.3	Comportamento de promoção da saúde desejável.....	98
5	CONCLUSÃO.....	102
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICES.....	116
	ANEXOS.....	133

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde vem preenchendo cada vez mais, espaço considerável nas pesquisas científicas pela compreensão de sua utilização indispensável no planejamento de políticas públicas, estratégias de ação voltadas a indivíduos e comunidades, bem como, na investigação de problemas de saúde (OSÓRIO et al., 2010).

A promoção da saúde segundo o referencial teórico desse estudo é entendida, como um comportamento motivado pelo desejo de aumentar seu bem-estar e valorizar o seu potencial para o estado de ótima saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). No cerne desse entendimento emerge o papel da enfermagem sendo esta capaz de auxiliar os indivíduos a cuidar-se, estimulando e ensinando a adoção de estilos de vida saudáveis, configurando-se esta profissão como Contribuição (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Nesta perspectiva, **a aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender num serviço especializado em oncologia, voltado aos familiares da pessoa com câncer com vistas a promoção da saúde e sua proteção contra o adoecimento por neoplasias** é o objeto desse estudo. Os familiares de pessoas com câncer são grupos vulneráveis ao adoecimento por neoplasias, o que justifica programas de atenção que promovam e protejam sua saúde e a elaboração de estudos nessa direção.

A motivação para esse estudo surgiu da prática profissional num serviço especializado em oncologia, ao longo de 11 anos, no qual, observou-se que o adoecimento por câncer, não se restringe a apenas um membro da mesma família. Fato constatado pelo atendimento de mães, filhos (as), tios (as), sobrinhos (as), marido e mulher, em diferentes fases da vida. Por outro lado, a assistência dos profissionais de saúde se reporta exclusivamente ao cliente com câncer, sem que haja atenção aos familiares, enquanto indivíduos sadios, mas que se encontra em risco de adoecimento por neoplasias pelo compartilhamento genético e pelo estilo de vida praticado pela família. Aliado a isso, a disciplina de Bases Teóricas e Filosóficas do Cuidado, cursada no Mestrado de Enfermagem, ao apresentar à Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (TMPS) contribuiu para reforçar o desejo de estudar essa temática na comunidade de familiares de pessoa com câncer.

Observa-se na prática que o tratamento contra neoplasias limita-se ao uso de drogas antineoplásicas, radiações e cirurgias, sem que haja preocupação com o levantamento de fatores determinantes do adoecimento, presentes no entorno familiar e que podem ter influência na resposta ao tratamento, bem como, em recidivas, além, de poder levar ao adoecimento de outros familiares. O que se percebe é que as pessoas desconhecem os fatores de risco para neoplasias, e seu modo de viver, por vezes é marcado por comportamentos de risco e por vivências que lhes são impostas, como a exposição a poluentes na água, no ar, no solo e nos alimentos, bem como, pelas condições sociais desfavoráveis para o cuidado de sua saúde.

O câncer se insere nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que se expressam no cenário brasileiro com índices de mortalidade que alcança cerca de 72% da população (BRASIL, 2011). Referente ao impacto do câncer para a população em geral, as estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que em 2012 houve 14,1 milhões de casos novos e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo. A projeção para 2030 é de uma carga global de 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de mortes por câncer devido ao crescimento e envelhecimento populacional, bem como pela redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (WHO, 2012).

Assim, o câncer vem ocupando o segundo lugar entre as DCNTs mais prevalentes em nosso país, de forma a ter grande relevância no perfil epidemiológico nacional e internacional (BRASIL, 2011), refletindo uma oportunidade de cuidado para os profissionais de saúde e a enfermagem em particular, a saber, à promoção da saúde na Atenção Oncológica. Sabendo-se que tais doenças são passíveis de prevenção cabe aos profissionais de saúde atuar continuamente na promoção da mudança dos hábitos de vida concernentes aos fatores de risco modificáveis, permitindo que os índices sejam atenuados de modo ininterrupto (FLÓRIA-SANTOS et al., 2013).

Ainda frente a essa questão, a causa multifatorial do câncer é reconhecida cientificamente, bem como ser resultante de alterações genéticas no DNA do indivíduo (GIORDANO, 2012). Prova deste reconhecimento tem-se no Sumário

Executivo do Instituto Nacional de Câncer e a Rede Global do Fundo Mundial de Pesquisa Contra o Câncer o registro de algumas recomendações gerais para prevenir a doença no Brasil. Dentre essas recomendações encontram-se: o controle da obesidade corporal, a atividade física, a limitação das bebidas alcoólicas, a preservação, processamento e preparo dos alimentos, dentre outras (WHO, 2012).

Infere-se, portanto, que devem existir fatores preventivos que partem da ação individual efetiva. Em levantamento realizado por OLIVEIRA et al. (2014 - em processo de submissão em periódico científico), evidenciaram-se os fatores de risco para neoplasias que interferem na imunidade antitumoral das células Natural Killer (NK) como alimentação, alcoolismo/tabagismo, atividade física e estresse. Esses se constituem em hábitos e costumes que representam escolhas individuais e coletivas no estabelecimento do estilo de vida.

A esse respeito, o que chama a atenção é quanto aos hábitos que compõe o estilo de vida dos indivíduos. Os hábitos alimentares e as horas de sono são adquiridos e apreendidos desde a infância e correspondem ao que é estabelecido pelos pais, pelos provedores ou pelos membros adultos da família. Do mesmo modo a atividade física também pode ter influência familiar. A família pode significar um núcleo para fortalecimento das ações de saúde, protetora do adoecimento, mas, também, vale considerar, que tanto indivíduos como as famílias estão expostos a estilos de vida eleitos mais ou menos livres que se interligam com hábitos impostos à coletividade inteira em função de demandas, para as quais, não se tem nenhum controle.

Essa dupla vulnerabilidade dos familiares de pessoa com câncer justifica que algo seja feito por eles, pelos profissionais de saúde, no sentido de promover a saúde dessa população que desconhece inclusive o risco de adoecimento a que estão expostos. Mediante tais considerações, elaborou-se a questão norteadora dessa pesquisa: **Que resultados se podem obter a partir da aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) de Nola Pender na atenção à família da pessoa com câncer?**

Sobre família, adotou-se aqui a definição segundo Moura (2011), onde “A família constitui um lugar privilegiado de produção de significados e práticas associadas com saúde, doença e cuidado.” Esse lugar na contemporaneidade é

dinâmico e sua constituição é flexível na forma e na organização podendo ampliar-se para vizinhança e parentesco (MOURA, 2011).

Dessa feita, a pesquisa se propôs a trabalhar com a promoção da saúde de familiares de pessoas com câncer num serviço especializado em oncologia estabelecendo o que se pretende atingir como:

Objetivo: Aplicar a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na oncologia e avaliar os resultados provenientes de sua aplicação em familiares de pessoa com câncer.

A escolha em aplicar a TMPS de Nola Pender voltado aos familiares de pessoas com câncer se deu pelo entendimento de que a pessoa acometida por doença neoplásica passa a ser o foco principal de atenção dos serviços de saúde, de modo que as pessoas que cuidam desse enfermo muitas vezes são despercebidas em suas necessidades e podem estar mais suscetíveis ao adoecimento por neoplasias em consequência dos múltiplos fatores envolvidos, desde a genética até o estilo de vida adotado e por vezes, compartilhado no entorno familiar, e agravado pelo estresse decorrente do lidar com as múltiplas facetas que envolvem o adoecimento pelo câncer de um membro da família (NASCIMENTO et al., 2011).

Com referência a relevância desse estudo foi realizada uma primeira busca nas fontes de dados no *National Center for Biotechnology Information* (NCBI): Publicações Médicas (PubMed) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): *Cochrane Library* (COCHRANE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Base de dados de enfermagem (BDENF), nos meses de setembro e outubro de 2014. Utilizaram-se os descritores: promoção da saúde; estilo de vida; teoria de enfermagem; modelos de enfermagem; neoplasias; *health promotion; lifestyle; nursing theory; nursing models; neoplasms; promoción de la salud; estilo de vida; la teoría de enfermería; modelos de enfermería; neoplasias*. A busca de artigos se deu nos três idiomas: português, inglês e espanhol.

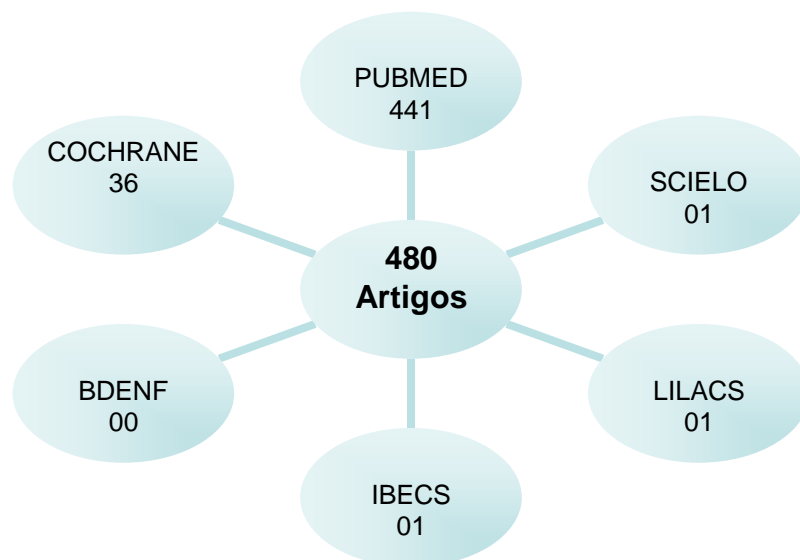
Dos 480 artigos sobre promoção da saúde, a maioria tratava sobre doenças cardiovasculares; diabetes; hipertensão arterial; obesidade infantil; obesidade em adultos e depressão; muitos desses artigos voltados para a alimentação como um

fator de risco para as doenças, dentre outros. Poucos se referiam ao câncer, porém com enfoque nas pessoas com neoplasias, principalmente relacionando o estilo de vida na sobrevivência destas. Assim, dos 480 artigos encontrados, 19 foram selecionados, por tratarem da promoção da saúde na oncologia, correspondendo parcialmente ao objeto desse estudo.

Dessa feita, intensificou-se o desejo de estudar a promoção da saúde em indivíduos vulneráveis ao adoecimento por neoplasia, familiares das pessoas com câncer, sendo esta, uma população despercebida nos serviços de atenção especializada em oncologia vislumbrando-se nesse contexto mais uma oportunidade de cuidado para a enfermagem.

Devido aos aspectos distintos para o acesso às sete fontes de dados selecionadas, as estratégias de busca utilizadas para localização dos artigos foram adaptadas adequando-se a cada uma delas, porém, tomando-se como base a questão norteadora da pesquisa e os critérios de inclusão, previamente estabelecidos, no intuito de garantir a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses. A Figura 1 mostra o número dos artigos encontrados nas fontes de dados pesquisadas.

Figura 1 – Artigos encontrados na busca nas fontes de dados sobre a Promoção da Saúde



A Tabela 1 apresenta o quantitativo dos artigos de pesquisas encontrados nas fontes de dados, segundo os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos.

Tabela 1 - Quantitativo dos artigos de pesquisa nas fontes de dados, segundo os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos, Maceió, AL, Brasil, 2015.

FONTES DE DADOS	PubMed	LILACS	SciELO	Cochrane	IBECS	BDEF
Produção Encontrada	441	01	01	36	01	00
Crítérios de Inclusão						
Aborda a temática da promoção da saúde na oncologia	130	01	01	14	01	00
Voltada aos familiares de pessoa com câncer ou indivíduos sadios	58	01	01	04	00	00
Disponível na íntegra	113	01	01	02	00	00
Recorte temporal de 2004 a 2014	267	01	01	36	01	00
Crítérios de Exclusão						
Repetido nas bases de dados	13	01	00	03	00	00
Referem-se a crianças	12	00	00	11	00	00
Não responde a questão da pesquisa	76	00	00	09	00	00
Total Selecionado	18	00	01	00	00	00

Atribui-se a importância desta pesquisa ao fato de trazer subsídios científicos à assistência e a atenção a saúde desses indivíduos, possibilitando aos profissionais enfermeiros a apropriação de uma ferramenta de trabalho na prática, utilizando um saber produzido pela enfermagem, dando visibilidade a essa parcela despercebida nos serviços de atenção oncológica em detrimento das implicações do tratamento do câncer em toda a sua complexidade.

Além disto, a utilização de uma teoria de enfermagem na prática possibilita ao enfermeiro sistematizar a assistência, utilizando-se de suas habilidades intelectuais para o pensamento crítico e raciocínio clínico, aprimorando o seu processo de trabalho que resultarão numa maior qualidade dessa assistência e numa maior autonomia da categoria, que constrói suas ações, estabelece e avalia sua prática embasada no conhecimento científico.

O processo de enfermagem (PE) é fundamental para a prática profissional e fortalece as ações de enfermagem como ciência, por viabilizar o desenvolvimento de

ações significativas que contribuam para modificar o processo saúde-doença-cuidado dos indivíduos e comunidades, o que não se consegue apenas pela realização de procedimentos. Além disso, o registro das ações de enfermagem contribui para disseminar resultados das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro favorecendo também as áreas do ensino e da pesquisa.

Assim, o familiar do paciente em tratamento por neoplasia, diante de sua vulnerabilidade e risco de vir a ser acometido por câncer acaba também por receber a atenção dos enfermeiros e profissionais de saúde em intervenções voltadas à promoção de sua saúde, prevenção e diminuição do risco de neoplasias. Busca-se ainda, promover a discussão sobre esse campo de ação que envolve a Promoção da Saúde na Atenção Oncológica.

Acreditando na necessidade da enfermagem ressignificar a promoção da saúde (SILVA et al., 2009) em sua prática cotidiana superando o modelo biomédico, criando e aplicando novos modelos teóricos que atenda as demandas de cuidado no campo da promoção da saúde, espera-se que os resultados desse estudo apontem para novas formas de apreender e fazer saúde por parte dos enfermeiros em todos os níveis de atenção, inclusive na área de oncologia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Promoção da Saúde

2.1.1 Historicidade da Promoção da Saúde

As relações entre as condições de vida e o estado de saúde da população versam do século XIX, marcadas pelo movimento denominado de Medicina Social que apontava a necessidade de estabelecimento de políticas públicas partindo de ações Intersetoriais firmadas na integralidade (TAVARES et al., 2011). Como todas as mudanças comportamentais da humanidade tiveram como mola propulsora os movimentos sociais, políticos e científicos, no campo da saúde também não foi diferente (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

Ao ponto em que o paradigma biomédico dantes, dominante nas políticas públicas e de ação social, com sua visão de saúde restritiva à dimensão biológica e individual passou a ser percebido como ineficaz no atendimento das demandas sociais de saúde da população. Surge, em meados da década de 70, diversos questionamentos levantados pela sociedade em diferentes setores sugerindo uma reformulação no modelo tecnoassistencial (SILVA et al., 2009). Tais mudanças começaram a ocorrer na construção e apreensão do conceito de promoção da saúde em 1941, partindo do reordenamento das funções da medicina pelo sanitarista Henry Sigerist ao descrevê-las como: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação (TAVARES et al., 2011).

A partir desse fato, Tavares et al (2011) revelam que vários marcos históricos ocorreram contribuindo para a mudança do paradigma da promoção da saúde conforme síntese que se segue:

- **1940** - Embasado no paradigma da história natural da doença de Leavell e Clarck surge o **Movimento Preventista** que alterou o conceito de prevenção dividindo-a em primária, secundária e terciária. A promoção da saúde, portanto, passava a ser incorporada na prevenção primária, antes do aparecimento da doença sendo inteiramente reportada à melhoria das condições de vida e às pessoas saudáveis.

- **1974** – O **relatório de Lalonde**, do Ministro da Saúde do Canadá, que reconheceu a transição epidemiológica, onde as doenças infecciosas passaram para doenças crônicas, e emitiu parecer que correlacionava a saúde ao desenvolvimento socioeconômico enfatizando a justiça social, o que possibilitou organizar o campo da promoção da saúde inserindo-o no contexto das estratégias políticas.
- **1978** - A **Declaração de Alma-Ata** elaborada na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Almaty no Cazaquistão, que apresentou a Atenção Primária em Saúde como arcabouço central para a promoção da saúde, reafirmando a inter-relação entre saúde e fatores socioeconômicos, incluindo a equidade e a intersetorialidade na agenda da saúde como condição indispensável para o alcance das metas voltadas à qualidade de vida e saúde da população.
- **1986** – A **Carta de Ottawa** reforça a implicação dos processos sociais na saúde que é apresentada como um bem universal e público dependentes do enfrentamento das reconhecidas desigualdades sociais. Assim, a promoção da saúde é remetida a uma nova política pública que mantenha a atenção nos determinantes sociais agregando, porém, o empoderamento individual e comunitário para vencer as desigualdades sociais em defesa da sua saúde pessoal e coletiva.

A promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 2010) é o processo de capacitação da comunidade para agir em prol de sua saúde e qualidade de vida, por sua maior participação e envolvimento no controle desse processo que envolve a modificação do ambiente para satisfação de suas necessidades e obtenção do completo bem-estar físico, mental e social.

Nesse contexto, a promoção da saúde se estabelece como mecanismo de mudança dos modelos tecnoassistenciais ampliando as formas de aplicação dos saberes e fazeres para uma nova compreensão do processo saúde-doença-cuidado tanto pelo setor saúde, quanto pelos indivíduos e comunidades no âmbito político, gerencial, assistencial e educacional onde a apreensão do novo paradigma da

promoção da saúde traz como produto final, a transformação estrutural das ações de saúde (SILVA et al., 2009).

2.1.2 Promoção da Saúde no Brasil

As mudanças no paradigma da promoção da saúde de caráter universal foram marcadas no Brasil, pelo movimento sanitário que culminou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, porém, segundo Matta et al. (2014), apenas em 2006 é que foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) brasileira pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Traçou-se como objetivo da PNPS:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010, p.17).

A PNPS (BRASIL, 2010) considera a saúde como fruto dos modos de organização da produção e das atividades laborais da sociedade dentro do contexto histórico, e reconhece a impossibilidade do aparato biomédico em modificar os fatores determinantes e condicionantes do processo-saúde-doença quando tem por centro de sua atenção e intervenção, os sintomas. Assim, a redemocratização do Brasil passou pela inclusão do SUS que apontou novos rumos para a promoção da saúde com o fim de focalizar os aspectos determinantes do adoecimento da comunidade nacional como: subemprego, desemprego, falta de saneamento básico, falta de habitação ou habitação inadequada, violência, fome, desordem na urbanização, dificuldade ou o não acesso à educação, dentre outros (BRASIL, 2010).

Frente a esses determinantes do processo-saúde-doença, a promoção da saúde é entendida como um instrumento essencial para atenuar as desigualdades sociais das comunidades, pelo uso de estratégias que promovam o desenvolvimento e fortalecimento de suas habilidades individuais para adotar estilos de vida saudáveis e transformar o ambiente individual e coletivo de vulnerável ao adoecimento em promotor da saúde (MENESES et al., 2015).

Em se tratando de um país como o Brasil, marcado pelo desenvolvimento econômico de caráter excludente, com relações de poder que refletem diferentes níveis sociais que vão da miséria à riqueza, as transformações sociais que implicam na saúde permanecem como um grande desafio (PINTO et al., 2012) que depende da intersectorialidade e interdisciplinaridade numa verdadeira cooperação entre os saberes e fazeres no âmbito da Educação, da Gestão governamental e da Saúde (BRASIL, 2003).

Tais considerações reforçam as necessidades de mudança nos modelos tecnoassistenciais em saúde partindo da mobilização conjunta de atores sociais, para atender as demandas da população, refletindo sobre a nova concepção da promoção da saúde, na educação em saúde, responsável por formar profissionais aptos ao atendimento dessa nova demanda, tornando-os agentes de transformação social por serem capazes de estimular e fortalecer a participação efetiva de indivíduos e suas comunidades no controle e manutenção de sua saúde (SILVA et al., 2009).

Ainda a esse respeito, a formação dos profissionais de saúde no ensino superior tem sofrido mudanças a partir das Leis de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) desde 1996 e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de saúde no intuito de acompanhar as mudanças no paradigma da promoção da saúde (SILVA et al., 2009). Porém, cabe aqui repensar a promoção da saúde além das propostas dos Projetos Políticos Pedagógicos e analisar como ela tem sido exercida na prática profissional. Dessa feita, o campo político deve direcionar novos focos de atenção, onde profissionais, gestores, educadores, indivíduos e comunidades sejam empoderados como atores sociais no desenvolvimento de seu histórico de saúde individual e coletivo (PINTO et al., 2012).

No entanto, o desafio perpassa pelas múltiplas interpretações do conceito de promoção da saúde e passa pelo processo de construção e assimilação de novas estratégias contrárias aos modelos tecnicistas, onde promover a saúde exige uma ampliação de saberes e fazeres que preparem os profissionais de saúde a pensarem na qualidade de vida e na saúde aliado ao pensamento de atores sociais, sensível e flexível, adaptado a diferentes contextos sociais e dessa feita, saúde passa a ser um produto que emerge da própria sociedade (MINKLER, 2010; BATTEL-KIRK; BARRY, 2013). Esse novo paradigma da promoção da saúde, no

entanto, depende de articulação entre os campos políticos-gerenciais, assistenciais e educacionais com o fim de transformar a lógica do fazer saúde (SILVA et al, 2009).

Como em todos os cursos da área de saúde, na enfermagem a construção do saber científico tem se dado de forma progressiva e evolutiva, na busca por acompanhar as mudanças de paradigma para a assistência em saúde. O ensino é parte primordial para que esses avanços se traduzam em autonomia do saber inerente e diferenciado da profissão, sendo este, em conformidade com as políticas nacionais de saúde numa visão ampliada das facetas que envolvem a promoção da saúde.

Em se tratando da Enfermagem, um dos elementos que compõe a linguagem específica da categoria são as teorias por ela produzidas e os modelos teóricos que têm o fim de concretizar a enfermagem como ciência¹¹. Essa concretização parte da elaboração de teorias que contribuam para uma formação de um alicerce epistemológico sólido capaz de organizar o universo da enfermagem em torno do cuidado¹¹. Com a constante mudança de cenário assistencial, a enfermagem começa a desenvolver pensamentos críticos-reflexivos que levam a modelos teóricos que fundamentem sua práxis¹⁰. Embora muitos avanços tenham sido feitos nesse campo de produção de conhecimento próprio da enfermagem, o desafio está em assegurar que os enfermeiros utilizem essas ferramentas no seu cotidiano no trabalho.

Assim, embora vários modelos teóricos norteiem a promoção da saúde, a escolha da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender para essa pesquisa se deu, por apresentar um modelo validado e já aplicado no Brasil bem como, por ser um produto que emergiu da própria enfermagem, além de ser específico para a promoção da saúde.

2.2 Vulnerabilidade e Risco Diante das Neoplasias

O termo vulnerabilidade surgiu no final do século XX e de lá para cá vem despertando interesse entre a comunidade científica por aludir a um pensamento crítico quanto ao que tecnicamente se pode fazer, num cenário marcado por desigualdades sociais traduzindo-se na problemática da saúde pública. No Brasil, a

pandemia da AIDS foi o marco de desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade no início dos anos 80 (AYRES, 2014).

Vagarosamente a aplicação do conceito de vulnerabilidade foi se expandido para outros campos da pesquisa em saúde, num paralelo de construção de políticas públicas e práticas assistenciais assumindo novas implicações que não dissociam o indivíduo das coletividades, bem como, norteia-se pelas dimensões analíticas descritas por Ayres (2014) como: Individual, comportamental, social ou programática com o fim de dar sentido às intervenções assistenciais.

Na epidemiologia, porém, a vulnerabilidade é atribuída a indivíduos e às suas predisposições e suscetibilidades a eventos danosos e o risco é atribuído às populações (JANCZURA, 2012). Risco entendido por Rangel-S (2007) como a probabilidade de se ter um efeito adverso. E quando falamos do câncer, o risco se imprime nos fatores ambientais, genéticos, biopsicossociais e culturais compartilhados no núcleo familiar. Segundo Beck (1992) numa sociedade de risco, a consciência é que determina o ser e o fazer; e o pior risco que se tem é a alienação, a inacessibilidade e o obscurantismo do risco a que se está exposto. Risco que perpassa pela vulnerabilidade.

De qualquer modo, ao tratar-se de vulnerabilidade deve-se atentar para as subjetividades impressas no âmbito individual, pois nessa dimensão o indivíduo é fruto de interações com o meio e com outros indivíduos, sendo um construto de experiências que determinam seu modo de ser e agir (AYRES, 2014; PRATI; COUTO; KOLLER, 2009). E nesse sentido, aflora o termo vulnerabilidade social que decorre do contexto de interações pessoais com as organizações políticas, a cultura, as questões raciais, as crenças e as relações de gênero num complexo de intersubjetividades. Ainda segundo o autor, a dimensão programática ocorre nos contextos sociais nos quais há uma interação entre ações políticas e serviços de atenção à saúde mobilizada e organizada para o cuidado em saúde.

Ao pensar nessas três dimensões da vulnerabilidade reconhece-se a necessidade de ações coordenadas para diminuir a vulnerabilidade social de indivíduos e grupos em risco de adoecer por neoplasias. Identificar os fatores oncopromotores descritos pela literatura pode ser o começo para que profissionais de saúde invistam em pesquisas voltadas à promoção da saúde dessa população vulnerável e em risco de adoecimento por câncer.

A literatura apresenta alguns fatores oncopromotores como a inflamação (ALLEN, 2014; CATELAH et al., 2014; SHEREIBER-SERVAN, 2011) conhecida como um elemento chave no desenvolvimento de tumores por seu mecanismo de reparação de tecidos depois de um ferimento ou agravo no organismo humano e que tem sua gênese na maioria das vezes em decorrência da má alimentação (BEKTAS, M. et al., 2010), sendo esta última, um fator fundamental nos estágios de iniciação, promoção e disseminação do câncer (SHEREIBER-SERVAN, 2011; BRASIL, 2011; BRASIL^{a-b}, 2013).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) também documenta uma série de alimentos que devem ser evitados por serem considerados componentes de uma alimentação de risco para o câncer e atribui o hábito crescente de consumir bebidas e alimentos industrializados a um grande número de neoplasias (BRASIL, 2013).

A falta de exercício físico regular (SHEREIBER-SERVAN, 2011; BRASIL, 2011; BORGES et al., 2012), o tabagismo (KILE, et al., 2013), o estresse de longa duração, a desesperança, sentimentos reprimidos e a falta da espiritualidade (D'ASSUMPÇÃO¹⁻³, 2012; SHEREIBER-SERVAN, 2011) também entram no rol dos fatores de risco para o câncer e vale ressaltar que, basicamente, todos esses fatores podem estar presentes na vida do familiar do paciente com câncer pela representação da doença ou pelo contexto no qual ela surgiu dentro do ambiente familiar (OLIVEIRA et al., 2012).

A promoção da saúde resulta na mudança de estilos de vida, como os supracitados, que são considerados desencadeadores da doença. Assim, enquanto a ciência não consegue modificar a predisposição genética, os profissionais de saúde dispõem de elementos que possibilitam desenvolver ações que minimizam as exposições aos fatores causais (OLIVEIRA et al., 2012).

De qualquer forma, esses dados chamam a atenção pelo fato de geralmente, não se ter nos serviços de alta complexidade em oncologia, estratégias de trabalho para abordagem dos familiares do paciente com câncer, no sentido de serem informados quanto aos fatores de risco para neoplasia e de serem orientados a diminuir esse risco. Independente de um serviço de aconselhamento oncogenético é possível utilizar-se da informação para orientar essa parcela de indivíduos em risco. A enfermagem pode contribuir com essa valiosa informação e auxiliar na modificação desses fatores de risco modificáveis.

No entanto, é preciso trabalhar bem o conceito de vulnerabilidade sem que lhe seja atribuído um caráter discriminatório. Devem-se enxergar as pessoas em vulnerabilidade social sempre à luz dos princípios que regem os direitos humanos (OGUISSO; FREITAS, 2014). Nesse sentido, pautando-se na dignidade da pessoa humana como um marco que lhes garante serem tratados em conformidade com a sua essência permeada de racionalidade e liberdade de ser e agir. Os profissionais de saúde necessitam manter essa dignidade inviolável e para tanto, primar por não trata-los como objeto para se atingir determinados objetivos ainda que em nome da pesquisa científica, sem desprezá-los em razão de alguma condição ou característica.

Outrossim, os termos risco e vulnerabilidade se entrelaçam com a proposta da TMPS de Pender tanto pelo reconhecimento do risco do adoecimento, quanto pela vulnerabilidade e pelo censo de responsabilização compartilhada entre a enfermagem e a clientela. Nesse sentido reforça-se a validade desse estudo acreditando ser a TMPS de Pender ideal para assistir pessoas em risco de adoecimento por neoplasias.

2.2.1 Promoção da saúde em grupos vulneráveis

Na presença do câncer a vulnerabilidade social se expande pela precariedade das condições socioeconômicas e culturais das pessoas e de seus familiares (CARVALHO, 2008) apontando aos profissionais de saúde a necessidade de visualizar a família da pessoa com câncer como objeto de cuidado, respeitando os fatores particulares que impõe limites e possibilidades à intervenção profissional.

Vulnerabilidade social aqui entendida segundo Prati; Couto; Koller (2009) que a definiram como uma caracterização de famílias expostas a fatores de risco, que podem ser de natureza social, pessoal ou mesmo ambiental que aumentam a possibilidade de adoecimento de seus membros, corroborando com as concepções de Ayres (2014). Nesse contexto, a família pode significar laços de consanguinidade vindos da descendência ou de afinidade que acontece pelo casamento devido à agregação de conjugues e seus parentes a nova unidade familiar. Ainda mais, as novas formas de constituição familiares rompendo com os primórdios onde o figura do pai era o patriarca da família, transformou aos poucos o modelo da família

contemporânea bem como, incorporou novas formas de vulnerabilidade social familiar (MARTINS; BERSANI, 2013).

Segundo Ayres et al. (2009), a vulnerabilidade se traduz num movimento que enxerga as chances de exposição dos indivíduos ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que configuram maior suscetibilidade à doença, bem como, os recursos disponíveis para a promoção da saúde e prevenção da doença. No contexto familiar, os acontecimentos prévios determinam as possibilidades de enfrentamento e as condições de preparo ou despreparo para lidar com a doença de um membro da família nos atributos determinantes da vulnerabilidade social (TRINDADE et al., 2013).

Ao vislumbrar uma doença como o câncer numa família, no contexto de vulnerabilidade social pode-se perceber incertezas, alteração na dinâmica familiar, distanciamento, disfunção na estrutura, inúmeros conflitos que aumentarão essa vulnerabilidade de seus membros carecendo de intervenção que vai do apoio social à assistência de profissionais de saúde (SANCHEZ; FERREIRA, 2012). Barbosa; Souza; Leite (2015) ao tratarem de doenças crônicas em crianças defendem que “O movimento de reorganização familiar conduz a uma reavaliação dos papéis sociais desempenhados pelos familiares [...]”

No adoecimento de um membro da família adulto por câncer também não é diferente. Ademais, a família é sempre inserida nos cuidados do paciente e automaticamente sente-se sobrecarregada frente ao despreparo estrutural, como físico, emocional e espiritual interferindo nessa responsabilização de cuidadores refletido na eficácia com que prestam assistência, e no adoecimento se não físico, porém, emocional dos membros da família (RODRIGUES; FERREIRA; CARLIRI, 2013).

Para a prática efetiva da promoção da saúde em grupos vulneráveis, como é o caso de familiares de pessoas com câncer faz-se necessário partir de planos individuais, para o plano das vulnerabilidades sociais como alvo de intervenções que não se limitem a informações, mas, num espaço onde os profissionais de saúde atuem como mediadores entre a população vulnerável e acesso aos serviços de saúde com o fim de contribuir no empoderamento desses indivíduos e grupos a assumirem comportamentos em direção a sua própria saúde (AYRES et al., 2009).

A análise da TMPS de Pender remete-nos a pensar no risco de vir a ser acometido por uma neoplasia envolto na vulnerabilidade social da família da pessoa com câncer. Ressalta-se, porém, o entendimento de que o indivíduo vulnerável tem responsabilidade sobre suas ações e sobre o ambiente, mas essa responsabilização é mútua por envolver os profissionais de saúde numa formação de vínculo que norteia as ações de cuidado e de promoção da saúde (AYRES et al. 2009).

Ademais, Pender (2012) defende que as pessoas têm um enorme potencial para dirigir suas mudanças, autoregular seus comportamentos e tomar decisões para solucionar seus problemas. Essas mudanças partem da adesão de novos comportamentos de saúde. Pois segundo a autora, diante do conhecimento de que o comportamento atual lhe infringe risco, a pessoa tem a capacidade de modificar-se assumindo um estilo de vida que lhe garanta a saúde. Ao que parece dar a conhecer aos indivíduos, suas próprias vulnerabilidades contribuirá para promoção da saúde diante do risco de ser acometido por neoplasias.

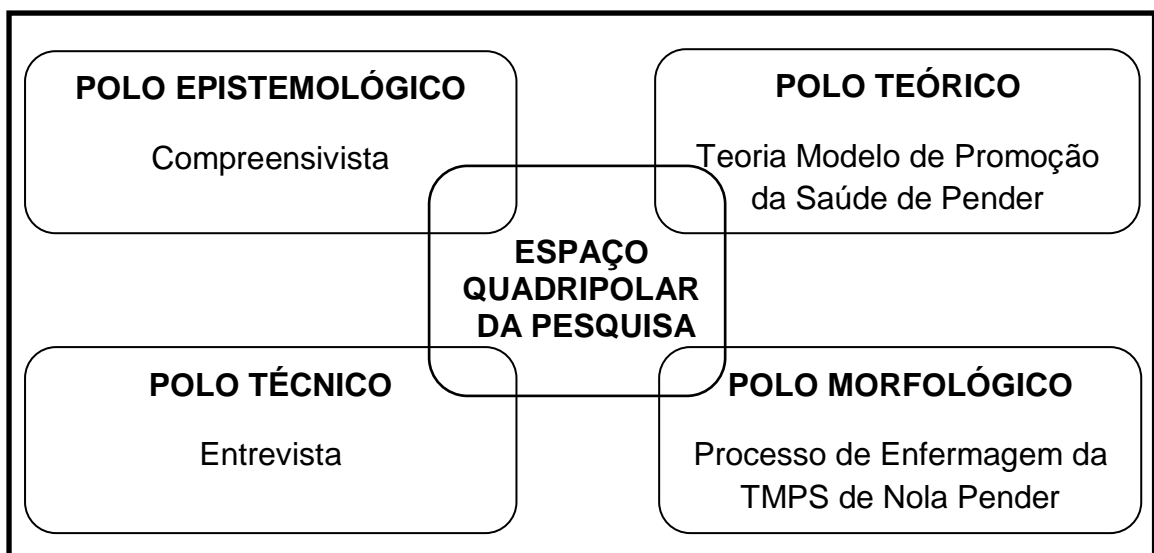
Diante dos desafios impostos pela doença neoplásica, em sua complexidade de tratamento e morbimortalidade, há de se considerar o cuidado a indivíduos vulneráveis, em risco de adoecimento e a promoção da saúde deve ser praticada proporcionando a assistência de enfermagem integral ao paciente, mas também aos seus familiares. Os profissionais de saúde devem primar pela integralidade de suas ações articulando-se multidisciplinarmente na construção da assistência especializada em oncologia. Preparar-se para essa nova demanda de cuidado configura-se num desafio para os profissionais de saúde frente ao câncer, porém, a ação integrada proporcionará a construção de novos saberes e fazeres e potencializará a atenção a esse grupo de familiares vulneráveis.

3 METODOLOGIA

3.1 Espaço Metodológico

Buscando a coerência do objeto de estudo em atender ao rigor da pesquisa científica, utilizou-se do espaço metodológico quadripolar (VAN DER SAND et al., 2013) para delimitação desta pesquisa nos polos: epistemológico, teórico, morfológico e técnico conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Representação do espaço metodológico quadripolar da pesquisa



3.1.1 Polo Epistemológico

Pela compreensão de que os indivíduos possuem maneira seletiva de responder aos estímulos externos, a depender do modo como definem e interpretam os acontecimentos à sua volta, a abordagem compreensivista compôs o polo epistemológico desse estudo (MINAYO; SANCHES, 1993). Nessa perspectiva pautada na sociologia compreensiva busca-se valorizar às diferentes sensibilidades, onde o envolvimento ativo do pesquisador se traduz no envolvimento dos participantes, de modo a permitir que o saber seja modificado, construído livremente permitindo ao pesquisador moldar a pesquisa sem burocratizar a comunidade estudada (KAUFMANN, 2013).

3.1.2 Polo Teórico

Consiste no espaço prático da elaboração do conhecimento científico, de construção empírica e sistemática dos fatos a que essa pesquisa se propõe a conhecer (VAN DER SAND et al., 2013), representado aqui pela Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que propõe a identificação de fatores que influenciam comportamentos saudáveis para explorar o processo biopsicossocial que motiva indivíduos a se engajarem em comportamentos de saúde, embasando-se na Teoria Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) por ela proposto (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Pesquisas sobre a TMPS têm sido conduzidas há, aproximadamente, 27 anos (SACHAHIAMAN, 2014), nos quais, Nola estudou a natureza multidimensional das pessoas em interação com seu ambiente físico e interpessoal enquanto buscavam saúde, e para tanto, pautou-se em três teorias de mudança de conduta.

Assim, as bases teóricas que apoiam o modelo de Pender fundamentam-se (SACHAHIAMAN, 2014) em três teorias relacionadas ao comportamento: A **Teoria do Valor** de Victor Vroom, que parte do pressuposto de que se o indivíduo reconhece benefícios na mudança de conduta, as metas estabelecidas para a mudança são alcançadas; a **Teoria Social Cognitiva** de Albert Bandura toma a interação entre pensamentos, comportamentos e ambiente como essenciais para a mudança comportamental; e a **Teoria da Ação Racionalizada e Ação Planejada** de Martin Fishbein que ressalta o comportamento como decorrente de escolhas conscientes por parte do indivíduo (PENDER, 2012).

As **Bases Filosóficas da TMPS** se alinham a visão holística de ser humano, onde as partes podem ser estudadas no contexto do todo (ALVES, 2010). Assim, os indivíduos interagem com seu ambiente transformando-o para atingir seus objetivos no atendimento das suas necessidades (SILVA; SANTOS, 2010). Pender defende que o propósito do MPS é auxiliar as enfermeiras no entendimento dos principais determinantes de comportamentos de saúde como base para promover estilos de vida saudáveis. Em seu modelo identifica os fatores comportamentais que influenciam a saúde (HOYOS et al., 2011).

Nesse sentido o Metaparadigma da Enfermagem apresentado para o modelo de Pender (OSÓRIO et al., 2010) é identificado pelos conceitos de **Pessoa** como um

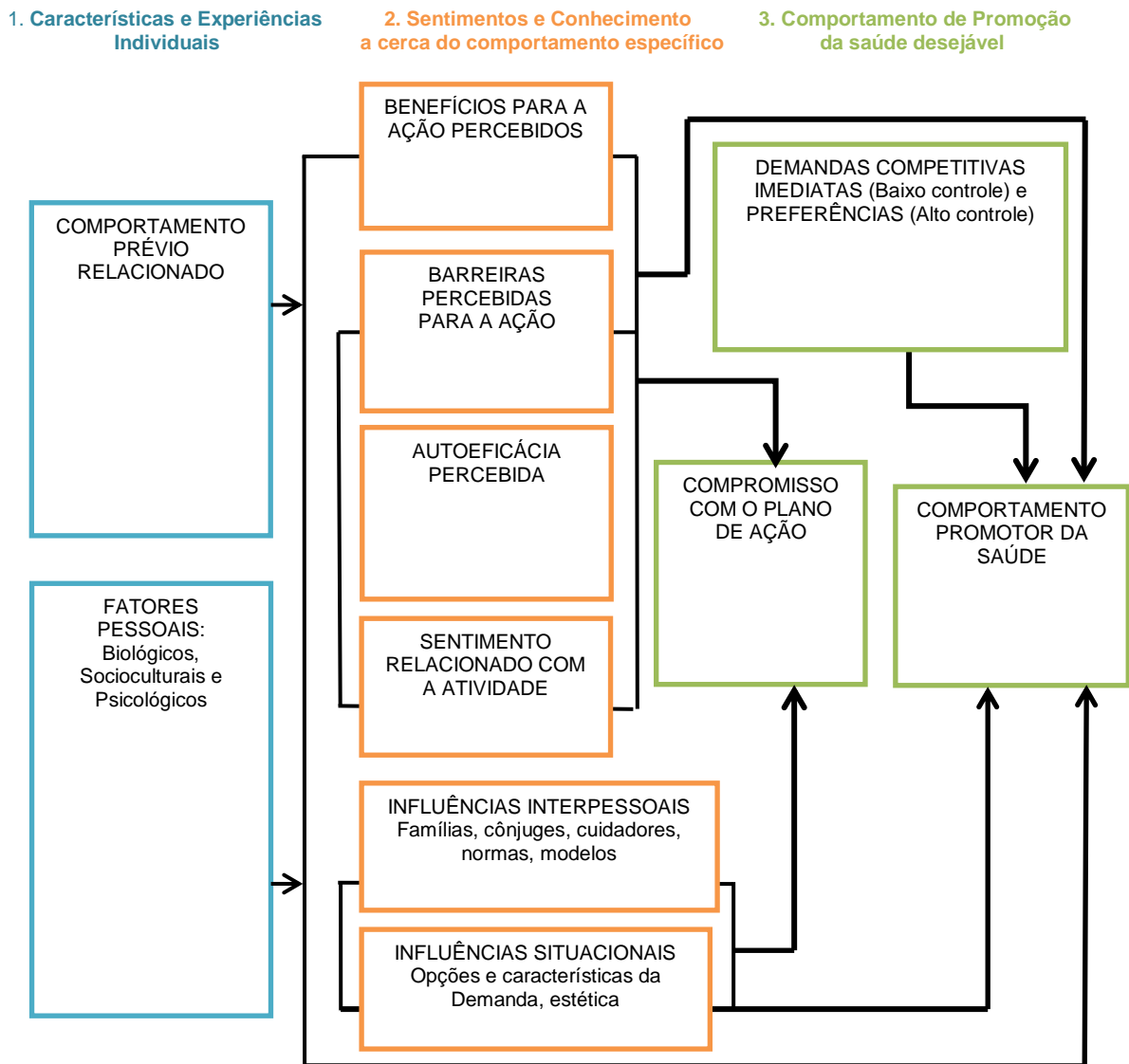
organismo biopsicossocial parcialmente transformado pelo ambiente, mas que também procura criar um ambiente no qual o potencial humano inerente e adquirido possam ser totalmente expressos; o **Ambiente** como o contexto social, cultural e físico no qual o curso da vida se desenrola; que pode ser modificado pelo indivíduo para criar um contexto de sinais positivos e facilitadores para comportamentos que melhorem a saúde; a **Enfermagem** como colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar condições mais favoráveis para expressão da ótima saúde e de altos níveis de bem-estar; e por fim a **Saúde**, que é definida como uma experiência de vida em evolução (PENDER, 2012).

Isso posto reforça-se aqui a escolha pela TMPS de Pender como referencial teórico desse estudo acreditando no potencial humano para mudança de comportamentos, quando parte desse processo de colaboração do profissional com as famílias no sentido de construir conjuntamente ações capazes de caminhar em direção à ótima saúde.

3.1.3. Polo morfológico

Esse polo articula conceitos e teorias de forma explicativa ou interpretativa definindo as regras de estruturação e formação do objeto científico (LENOIR, 2006), aqui, compreendido pelo Processo de Enfermagem (PE) proposto na Teoria Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) de Pender (2011). No caso desse estudo, o polo morfológico coerente com a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Pender, é o modelo teórico de Pender, onde está implícito o PE por ela proposto. A Figura 3 apresenta a TMPS de Pender no formato de Diagrama.

Figura 3 – Diagrama da TMPS de Nola Pender – Maceió, 2015



Fonte: Pender; Murdaugh; Parsons (2011).

Os componentes do modelo são descritos por Pender como exposto a seguir:

- 1) **Características e Experiências pessoais** envolvem os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que definem o comportamento do indivíduo (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005);
- 2) **Conhecimentos e Sentimentos específicos do comportamento** são aspectos modificáveis a depender da motivação que deve partir da avaliação de

enfermagem e que envolve os próximos seis fatores descritos no componente 2 do diagrama (HOYOS et al., 2011);

- 3) **Benefícios de Ação percebidos** referem-se à percepção das consequências positivas ou de um comportamento promotor de saúde que tem efeito de reforço e de motivação para a manutenção desse comportamento;
- 4) **Barreiras para a Ação percebidas** é referente às percepções dos obstáculos e dos custos pessoais para a realização de um comportamento promotor de saúde (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005);
- 5) **Autoeficácia percebida** é a capacidade diagnosticada pelo enfermeiro, acerca da autoconfiança do participante em aderir ao comportamento promotor de saúde;
- 6) **Sentimento relacionado com a Atividade** definido como o estado de sentimentos subjetivos ou emoções que ocorrem antes, durante e na sequência de um comportamento promotor de saúde específico, baseado na propriedade de estímulos associado ao evento comportamental;
- 7) **Influências Interpessoais**, referentes à percepção sobre os comportamentos de pessoas relevantes para o indivíduo (família, companheiro, cuidadores de saúde) no que diz respeito ao engajar-se em um comportamento específico;
- 8) **Influências situacionais** são consideradas como as percepções e o conhecimento de compatibilidade do contexto de vida ou do meio ambiente com o exercício ou comportamento específico de saúde (HOYOS et al., 2011).

A integração conceitual representada na **TMPS** de Pender (2012) revela a importância da enfermagem como colaboração com o cliente/paciente para ajudá-lo na mudança de comportamentos para alcançar um estilo de vida saudável (ALVES, 2010). Individualmente é a realização inerente e adquirida de potencial humano através de um comportamento dirigido aos objetivos, autocuidado competente e relações satisfatórias com os outros, enquanto os ajustes são feitos conforme

necessário para manter a integridade estrutural e a harmonia com os ambientes que são relevantes (SILVA; SANTOS, 2010).

Num movimento contínuo por contribuir com o indivíduo em atingir o que Pender chama de ótima saúde, o modelo avança propondo um **Compromisso com um plano de ação** que objetiva identificar estratégia específica que promova a realização de um comportamento particular de saúde, planejada de modo a obter sucesso. Essa etapa divide-se em dois fatores que compreendem as **Demandas e preferências de competição imediatas** referidos como os comportamentos alternativos que interferem na consciência do indivíduo e podem alterar o curso de ação de uma ocorrência prevista ou de um comportamento de saúde programado (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

De qualquer modo, ao concordar que a pessoa exerce o controle parcial de sua vida, uma vez que existem demandas decorrentes do ambiente como o trabalho ou mesmo as responsabilidades dentro da família para os quais não se tem nenhum controle; e ao acreditar que o **comportamento de saúde desejável** está diretamente ligado aos comportamentos de promoção da saúde que consiste em obter os resultados positivos da ação voltada à saúde tais como o ótimo bem-estar, a realização pessoal e o senso de existência produtiva não têm como refutar a coerência metodológica da TMPS de Pender (OSÓRIO et al., 2010).

Ainda nesse sentido, de exemplificar esses comportamentos de promoção da saúde Pender descreve-os como: seguir uma dieta saudável, fazer exercício físico regularmente, controlar o estresse, ter um crescimento espiritual adequado e construir relações interpessoais positivas (PENDER, 2012). Assim o resultado da aplicação do modelo de promoção da saúde de Pender é o ponto final do comportamento desejado que reflita no resultado da tomada de decisão, preparação e manutenção do **plano de ação** (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

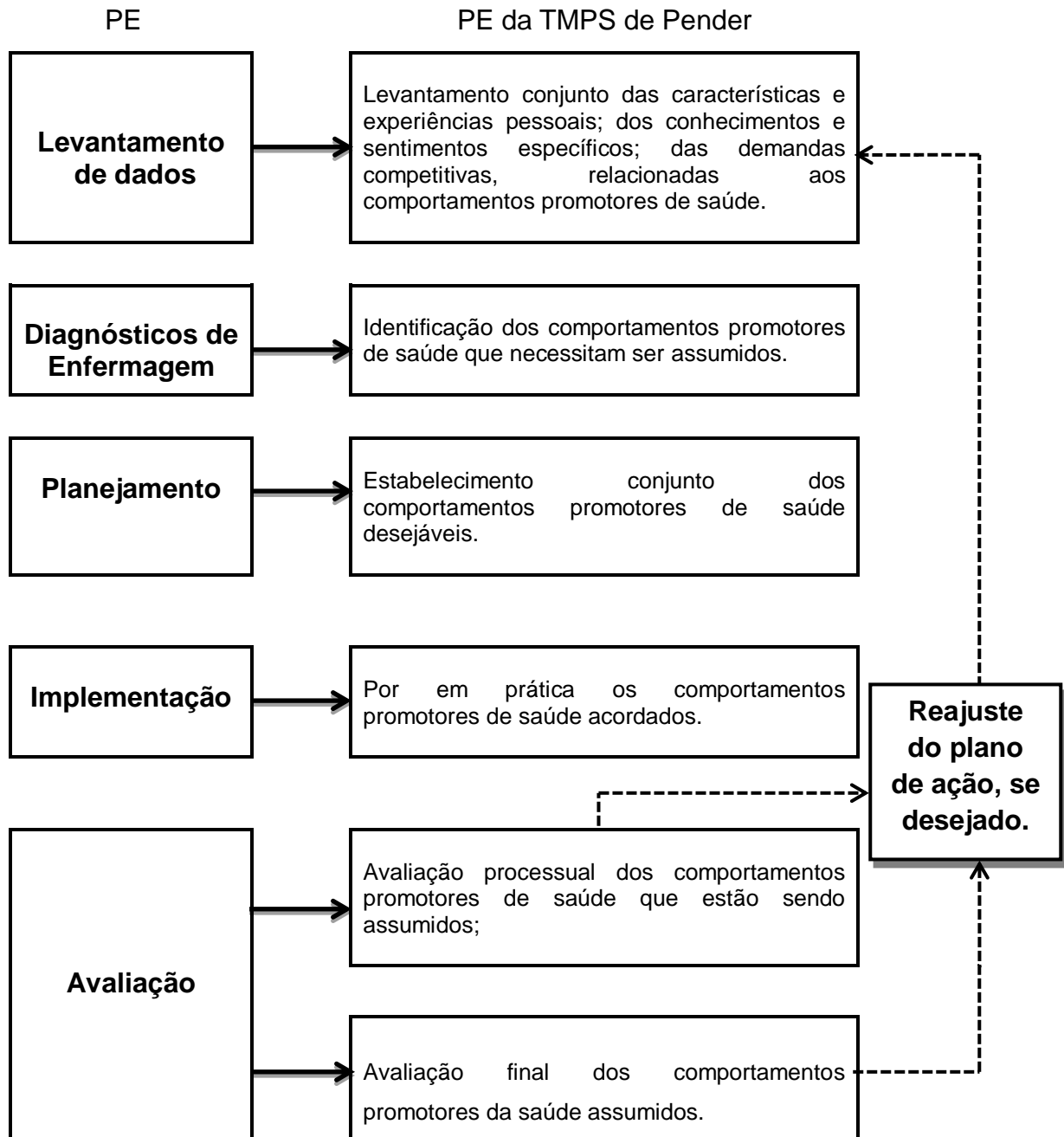
Mediante essas premissas, é possível inferir segundo Pender (2012), que as pessoas procuram criar condições de vida através da qual elas possam expressar o seu potencial único para a saúde humana por terem a capacidade de autoconsciência reflexiva, de avaliar suas próprias competências ao ponto de tomarem direções positivas ao perceberem e valorizarem o crescimento, buscando alcançar um equilíbrio pessoal aceitável entre mudança e estabilidade (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Os indivíduos em toda a sua complexidade biopsicossocial interagem com o ambiente, o transformam progressivamente, e são por ele transformados ao longo do tempo. Segundo Nola Pender (2012), os profissionais de saúde, destacando-se aqui os enfermeiros, constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exercem influência sobre as pessoas ao longo da sua vida útil.

Diante dessas considerações, cabe aqui voltar à atenção para as premissas da TMPS de Pender, que combinam harmoniosamente a enfermagem com as perspectivas das ciências comportamentais no sentido de reafirmar o papel do indivíduo na gestão de seus comportamentos, que envolvem o estilo de vida e o contexto do ambiente em relação a sua saúde. Nesse contexto é que se deve apreender enfermagem como contribuição, conceito este, tão bem defendido por Nola Pender (HOYOS et al., 2011).

Portanto, para melhor compreensão do polo morfológico, apresenta-se na Figura 4 um desenho estrutural que relaciona as fases do PE com as etapas do PE implícito na TMPS de Nola Pender.

Figura 4 - Relação das fases do processo de enfermagem com o processo de enfermagem implícito na TMPS de Nola Pender, Maceió, 2015.



Oliveira; Trezza, 2015.

3.1.4. Polo Técnico

Refere-se aos métodos de pesquisa, de produção de informações e tratamento desses dados (LENOIR, 2006), sendo a entrevista semiestruturada elegida para esse estudo, pelo entendimento de que dessa forma, diminui o risco de que o entrevistado interprete mal a questão já que o pesquisador-entrevistador pode

checar se o questionamento foi bem compreendido (POLIT; BECK, 2011). Os instrumentos de pesquisa incluem:

- 1) Ficha de Transcrição de Registro da Resposta da questão exploratória (Apêndice B, p.121);
- 2) Formulário de Entrevista Semiestruturada (Apêndice C, p.122);
- 3) Formulário de avaliação e registro dos fatores de risco para neoplasia decorrentes do estilo de vida (Apêndice D, p. 126);
- 4) Formulário de estabelecimento conjunto do Plano de Ação (Apêndice E, p.127);
- 5) Formulário de Avaliação Processual do Compromisso com o Plano de Ação (Apêndice F, p.129);
- 6) Formulário para Avaliação Final do comportamento de Saúde Assumido (Apêndice G, p.132).

Todos os instrumentos acima foram elaborados conforme sugere a TMPS de Pender (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011), adaptado para aplicação na oncologia. Os resultados da entrevista e da aplicação do **plano de ação** foram aplicados ao diagrama da TMPS de Pender conforme o polo morfológico desse estudo. Embora os instrumentos tenham sido formatados de forma padronizada seguiu-se ao preconizado pela entrevista compreensiva de modo a valorizar as características individuais dos participantes e suas necessidades pessoais para promoção da saúde expressas pelos próprios indivíduos.

Assim, embora os instrumentos contemplem os fatores de risco como alimentação, atividade física, sono/repouso, alcoolismo, tabagismo, espiritualidade e relações interpessoais, os participantes delimitaram o campo de atuação a que se propunha modificar por reconhecer ser este, ou estes, os fatores de risco para neoplasias, presentes em seu estilo de vida, reconhecendo-os como os comportamentos promotores de saúde que necessitavam ser assumidos.

Esse fato imprime flexibilidade à pesquisa e dá sentido a uma dimensão criativa, intransferível e construída a partir dos inúmeros eventos que surgem ao longo do processo de produção de informações, proporcionando profundidade a medida que se reconhece a impossibilidade de análise padronizada e engessada e

sim, uma cognição de sentidos que emergem da singularidade individual dos participantes (KAUFMANN, 2013).

3.2 Desenho do estudo

Trata-se de estudo transversal qualitativo descritivo.

3.3 Cenário e período do estudo

O cenário do estudo consistiu no serviço de Quimioterapia Antineoplásica (QTA), que faz parte do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário Prof.^o Alberto Antunes (HUPAA), situado em Maceió – AL. Criado em 2005 e desde então com uma demanda crescente, o CACON atende cerca de 300 a 400 clientes por mês no serviço de quimioterapia.

O cliente que é admitido para tratamento com QTA passa por uma consulta de Enfermagem de 1^a vez antes da primeira seção do tratamento, sempre acompanhado de pelo menos um familiar. Esse foi o momento de aproximação do pesquisador com os possíveis participantes da pesquisa; momento em que o familiar foi convidado a participar das oficinas sobre a promoção da saúde com o fim de introduzir a temática dos fatores de risco para neoplasias. Ao final destas, foi realizado o convite para participarem da pesquisa. Quanto ao período de realização desse estudo, a identificação dos participantes começou em fevereiro de 2015 e a produção de informações, teve início em abril vindo a terminar em julho do mesmo ano.

3.4 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram dez familiares de pessoa com câncer em vias de iniciar o tratamento com quimioterapia antineoplásica (QTA) no cenário do estudo, numa amostragem por saturação, sendo este método próprio das investigações qualitativas (MINAYO, 2010; THIRY-CHERQUES, 2009) usado como um processo de validação em pesquisas onde as informações coletadas foram suspensas quando se percebeu a inexistência de novas informações significativas a acrescentar aos resultados (THIRY-CHERQUES, 2009).

Os critérios de Inclusão foram: adultos, de ambos os sexos, familiares de pessoa com câncer que estivesse iniciando tratamento com QTA no cenário do estudo.

3.5 Técnicas e procedimentos de produção de informações

Como preconizado pelo SUS, às ações educativas devem acompanhar todas as atividades desenvolvidas por profissionais de saúde no âmbito da atenção integral articulando saberes e fazeres decorrentes das ações participativas de usuários, dos gestores e educadores em saúde (FERNANDES; BOETHS; RUMOR, 2011), de modo que esses profissionais, que incluem os enfermeiros apreendam o cuidado de enfermagem como responsabilidade social.

Assim, optou-se por realizar cinco oficinas de promoção da saúde como ação educativa para introduzir a temática dos fatores de risco para neoplasias inseridos no estilo de vida, com o fim de sensibilizar os participantes a aderirem à aplicação da TMPS de Nola Pender na oncologia. Intencionava-se descobrir o conhecimento prévio dos familiares de pessoas com câncer, sobre os fatores de risco para neoplasias com o fim de orientar o estilo de vida anticâncer.

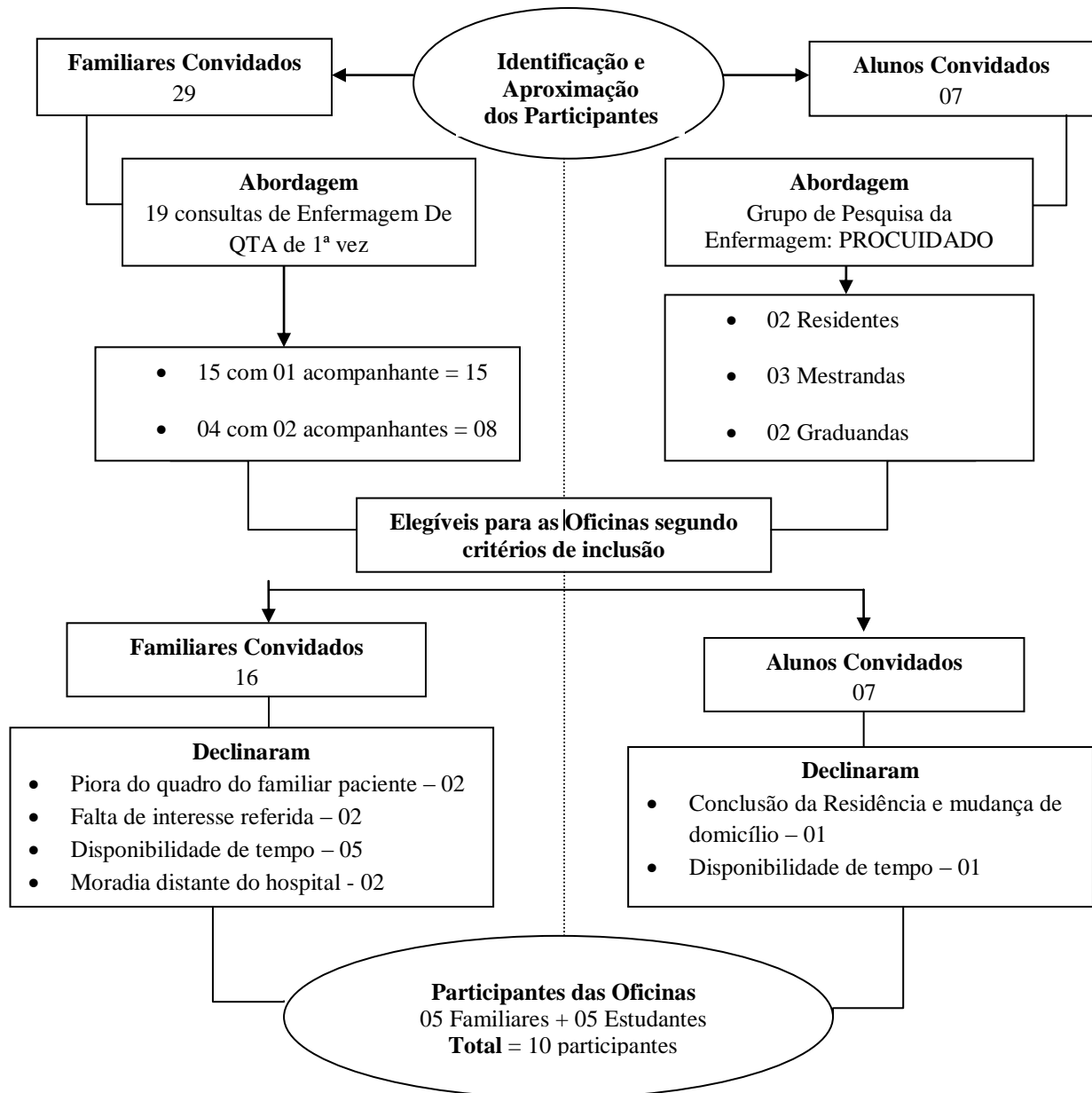
Embora vinte e nove familiares tenham sido convidados para as oficinas de promoção da saúde, apenas cinco concordaram em participar das oficinas. Como as oficinas foram programadas numa periodicidade semanal com duração de 2h30' cada, esse foi um impeditivo expresso pelos familiares convidados que se recusaram a participar, já que eles eram cuidadores de seu familiar com câncer, o que demanda bastante tempo no cotidiano de um cuidador.

Assim, ampliou-se o convite a um grupo de discentes de enfermagem para participarem das oficinas formando dois grupos: 1º com familiares de pessoas com câncer e o 2º grupo composto por cinco estudantes que corresponde a membros do Grupo de Pesquisa PROCUIDADO da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) que realizam pesquisas no campo da promoção da saúde.

A inclusão de estudantes de enfermagem como participantes das oficinas partiu tanto do reconhecimento de que o exercício da promoção da saúde deve abranger as esferas da educação, somadas à assistência e pesquisa, quanto pela intenção de formalizar as oficinas de promoção na saúde no cenário hospitalar, especialmente no CACON do HUPAA, sendo este, um hospital-escola pertencente à Universidade Federal de Alagoas, ponto de estágio dos alunos de enfermagem em todos os níveis de formação.

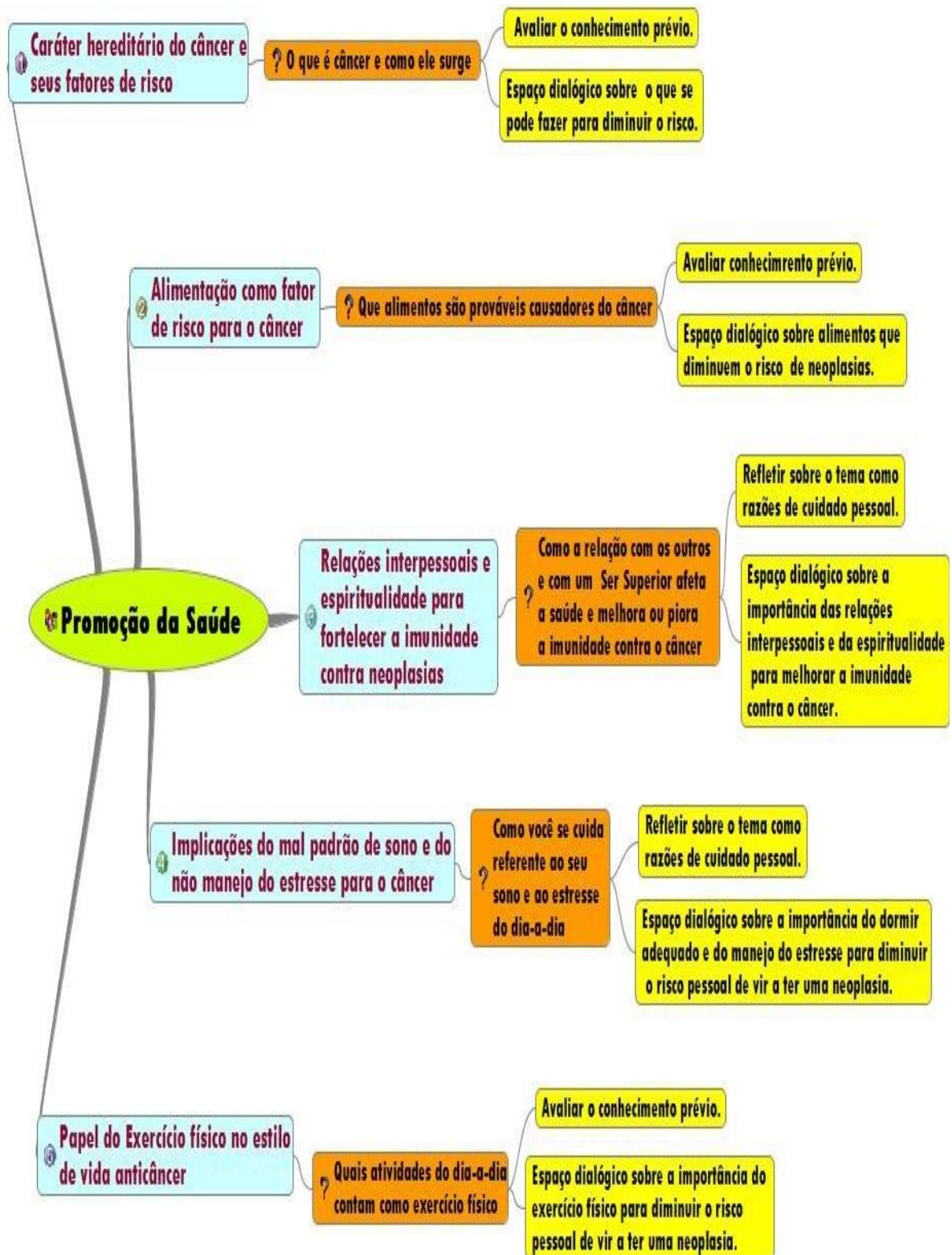
O processo de aproximação dos indivíduos para participarem da ação educativa por meio das oficinas de promoção da saúde é apresentado na Figura 5.

FIGURA 5 - Fluxograma de identificação de participantes das oficinas educativas de promoção da saúde contra o câncer, Maceió, AL, Brasil 2015.



Buscou-se desenvolver nos participantes uma aprendizagem reflexiva, mobilizadora de mudanças significativas no estilo de vida de risco ao adoecimento por câncer, enquanto sociedade de risco, esperando como enfermeira-educadora em saúde, contribuir para a adoção de comportamentos saudáveis segundo a TMPS de Nola Pender. A Figura 6 apresenta como foram desenvolvidos os temas nas oficinas de promoção da saúde contra o câncer.

Figura 6 – Mapa temático das oficinas de Promoção da saúde construído com o programa de mapas mentais FreeMind, Maceió, AL. Brasil, 2015.



Legenda: Núcleo Temático Fator de risco Questão Norteadora Objetivos

Os mapas mentais são ideais para agrupar, sintetizar e armazenar informações que expressem de forma articulada as ideias do autor no formato de diagramas. Intencionou-se articular o tema dos fatores de risco para o câncer com a questão norteadora e os objetivos, respectivamente aplicados na construção e apresentação do tema das oficinas de promoção da saúde. O programa de software FreeMind é gratuitamente disponibilizado na mídia¹ e já foi utilizado em trabalhos decorrentes de tese de doutorado como é o caso de Santos (2014).

O Convite para participar como participante da pesquisa foi realizado ao término da última oficina. Os cinco participantes assinaram o TCLE. Com relação à expressa Indisponibilidade de tempo referida pelos 29 familiares convidados para as oficinas, esse fato inicialmente revelou a possível dificuldade em aumentar o número de familiares que poderiam vir a serem participantes da pesquisa. Dessa feita, vislumbrou-se criar um grupo comparativo, de modo que logo após as oficinas, novo convite foi realizado aos familiares dantes convidados, mas que afirmaram não participar do programa educativo pela indisponibilidade de tempo.

Mais cinco familiares aceitaram participar da pesquisa culminando na análise comparativa da aplicação da TMPS de Nola Pender em dois grupos distintos: um grupo que participou das oficinas e outro que recebeu orientações quanto aos fatores de risco para neoplasias individualmente, antes da 1ª entrevista.

Ao grupo de discentes foi estimulado manter as práticas educativas de promoção da saúde no CACON, dessa vez, no serviço de QTA, no momento em que os clientes estão em tratamento com seus respectivos acompanhantes, ultrapassando a dificuldade da falta de tempo para receber as informações.

3.6 Análise dos dados

A análise dos dados se deu, segundo o PE proposto pela TMPS de Nola Pender. As proposições teóricas derivadas da TMPS de Nola Pender fornecem uma base para o trabalho de investigação do enfermeiro sobre comportamentos de saúde, tornando aparente o que é possível fazer na promoção da saúde dos indivíduos (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Assim, para esse estudo, utilizou-se a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender para nortear

¹ <http://freemind.sourceforge.net/wiki/index.php/Download>.

todas as fases do PE dessa pesquisa, em especial a fase de avaliação cuja lógica é de retorno, ajuste e ação.

3.7. Limitações do Estudo

O caráter transversal da pesquisa aponta as limitações desse estudo, pois, acredita-se que para a mudança de comportamentos que imprimem risco de neoplasias, incorporados ao estilo de vida ao longo da existência de uma pessoa, necessitaria de um período de tempo maior que o aplicado nessa investigação (3 meses), para a adoção de comportamentos promotores de saúde. Infere-se que num estudo longitudinal os resultados seriam ainda mais satisfatórios, por possibilitar aos participantes a possibilidade de investir o tempo que julgasse necessário para a transformação do seu estilo de vida.

3.8. Aspectos éticos

Por atender aos princípios da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), conforme parecer consubstanciado n. 937.077, de 22/02/2015, obedecendo-se ao que é preconizado na Resolução nº 466/12. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em observância aos aspectos éticos, a participação espontânea dos participantes, e a opção de retirarem-se da pesquisa em qualquer momento, sem que sofresse nenhum prejuízo em decorrência disto; a garantia do anonimato com o uso de códigos como a letra P de participante, seguida de um numeral que ordenasse a inclusão dos participantes no estudo; o esclarecimento do propósito da pesquisa e o respeito aos dados colhidos, sem indução ou constrangimento.

Somente a partir deste TCLE assinado é que ocorreu a produção de informações por meio das entrevistas. Os dados produzidos por meio da entrevista e dos encontros individuais para acompanhamento e avaliação do **plano de ação** voltado a adoção de comportamentos de promoção da saúde, foram analisados à luz da TMPS de Nola Pender e aplicados ao diagrama proposto no referido modelo a aplicabilidade deste modelo na oncologia.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados aqui apresentados são concernentes à aplicação da TMPS de Nola Pender voltado aos familiares de pessoas com câncer. Assim, os resultados correspondem ao processo de enfermagem relacionado às fases do PE implícito na referida teoria. Sem essa correlação a operacionalização da TMPS de Pender certamente seria dificultosa.

Essa proposta metodológica correspondente ao polo morfológico do espaço quadripolar desse estudo e utiliza o PE para o raciocínio clínico que resultaram nas intervenções de enfermagem escolhidas e planejadas (**Plano de ação**) junto com os participantes dessa pesquisa e permitiram maior coesão na explanação dos resultados.

4.1 Características e experiências individuais dos familiares de pessoas com câncer

A TMPS de Pender (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011) parte da premissa de que cada pessoa é única em suas características e experiências individuais acreditando que esses dois fatores afetam diretamente suas ações, hábitos e costumes. Assim, os **fatores pessoais** e o **comportamento prévio relacionado** ao adoecimento são fatores que vão conduzir as ações de promoção da saúde.

4.1.1 Fatores Pessoais – Envolvem os fatores biológicos, socioculturais e psicológicos conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Categorização dos participantes, segundo fatores pessoais, biológicos e socioculturais. Maceió, AL – Brasil 2015.

Código	Características Individuais							
	Idade	Sexo	Etnia/ Cor	Escolaridade	Estado Civil	Profissão/ Ocupação	Religião	Renda Familiar em SM*
P1	25	F	Branca	Fundamental incompleto	Casada	Do lar	Assembleia de Deus	3 a 4 SM
P2	24	M	Parda	Fundamental incompleto	Solteiro	Desempregado	Não possui nenhuma	1 a 2 SM
P3	26	F	Branca	Ensino Médio	Casada	Técnico em Enfermagem	Assembleia de Deus	3 a 4 SM
P4	36	F	Branca	Superior incompleto	Casada	Autônoma – Costureira	Igreja Cristã Nova Vida	3 a 4 SM
P5	28	M	Branca	Superior	Casado	Taxista	Assembleia de Deus	5 ou mais SM
P6	26	F	Parda	Fundamental incompleto	União Estável	Do lar	Católica	1 a 2 SM
P7	27	F	Parda	Ensino Médio incompleto	Solteira	Do lar e Faxineira	Católica	1 a 2 SM
P8	35	F	Branca	Fundamental incompleto	Casada	Do lar	Assembleia de Deus	1 a 2 SM
P9	33	F	Parda	Ensino Médio	União Estável	Do lar	Batista	3 a 4 SM
P10	48	F	Parda	Fundamental incompleto	União Estável	Do lar	Católica	3 a 4 SM

*Salário-mínimo em abril de 2015, igual a R\$ 788,00.

Referente à idade dos participantes, esta variou entre 24 a 48 anos sendo o participante mais novo (P2) do sexo masculino e o participante com mais idade (P10), do sexo feminino. Observa-se uma predominância no sexo feminino entre os participantes, semelhantemente ao encontrado em três estudos realizados com cuidadores (TEIXEIRA, 2011; PEDREITA; OLIVEIRA, 2012; BORGES et al., 2015) reafirmando o fato de que as mulheres diante do adoecimento de uma pessoa da família, geralmente são as que assumem o papel de cuidador principal.

Esse fato pode ter relação com a profissão ou ocupação visto que nesse estudo, a predominância foi de mulheres que exerciam suas atividades em casa, identificadas como “do lar” ou mesmo, uma que era autônoma que trabalhava em casa como costureira e outra que além de se considerar “do lar” trabalhava como faxineira, o que impõe maior flexibilidade de tempo para acompanhar o tratamento

de pessoa com câncer. Com relação ao estado civil, prevaleceram os casados com cinco participantes.

Relacionado ao nível de escolaridade houve uma maior expressão no ensino fundamental incompleto em cinco (05) participantes e apenas um (01) possuía o ensino superior incompleto. Como a baixa escolaridade tem intrínseca relação com os fatores socioeconômicos e determinantes de saúde, esse fato pode ser bem visualizado na condição educacional dos participantes desse estudo, pois, segundo Lamarca e Vettore (2012) a análise da educação na perspectiva da equidade, aponta a natureza marcante das iniquidades sociais no Brasil, tanto pela diferença de anos de estudo entre ricos e pobres, quanto pelas famílias que se sustentam com um salário mínimo inviabilizando o término do estudo fundamental pelos membros da família, onde a imperiosidade do sustento se sobrepõe as exigências educacionais.

Dessa feita, se reproduz o macro problema da educação no país perpetuando um sistema de indicadores sociais coberto pelas desigualdades que influenciam no acesso à informação e aos serviços de saúde (LAMARCA; VETTORE, 2012). A desigualdade na utilização dos serviços de saúde, com exclusão de grupos populacionais, socioeconomicamente desfavorecidos, pode significar num maior surgimento e numa maior disseminação de determinadas doenças (CHIAVEGATTO-FILHO et al., 2015) visto que a maioria dos agravos em saúde é passível de prevenção.

A esse respeito, observa-se nesse estudo, a relação escolaridade-trabalho-renda, visto que nos resultados consolidados no quadro 1, apenas um participante afirmou possuir renda familiar entre cinco ou mais salários mínimos (SM). O mesmo tem nível superior de escolaridade e curiosamente trabalha como taxista. Outro participante que reforça essa interpelação é P4, que cursava graduação de enfermagem e interrompeu o curso para atender as demandas decorrentes do tratamento da mãe com câncer de mama. No momento da entrevista, a mesma trabalhava com o esposo numa marcenaria própria. E na segunda avaliação do **plano de ação**, P4 afirmou ter deixado o trabalho na marcenaria e retomado o ateliê que possuía num cômodo de sua casa, atuando como costureira e garantindo uma renda familiar de três a quatro SM.

Ainda sobre essa questão, P3 com nível de escolaridade que corresponde ao ensino médio completo, tinha duas jornadas de trabalho como técnica em enfermagem. Uma, no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e outra no hospital do município onde residia. Assim, P3 revelou renda familiar de três a quatro SM, porém, ressaltando que tinha variações para mais, a depender da renda do esposo que era autônomo. Esses três participantes, são os que corresponderam ao maior nível de escolaridade e conseqüente, maior renda familiar.

Quanto à relação trabalho e renda familiar, fatores inter-relacionados na situação econômica como determinantes de saúde são evidenciados nesse estudo, onde a metade dos participantes (P1, P3, P4, P9, P10) encontrava-se no nível socioeconômico com renda familiar média correspondente a 3 a 4 salários mínimos (SM) conforme valores definidos pelo governo brasileiro em 2015, onde R\$ 788,00 corresponde a um SM. A baixa renda (1 a 2 SM) acometia quatro participantes (P2, P6, P7, P8) e a renda alta (5 ou mais SM) foi atribuída apenas por um participante (P5) como dantes citado.

Pode-se inferir, portanto, que níveis econômicos mais baixos produzem menores condições de acesso à educação e à saúde. E sem educação, ou quanto menor o nível educacional, menores são as chances de conseguir trabalhos com melhores remunerações diminuindo também o acesso à informação e aos serviços de atenção à saúde. Segundo Santos (2014) a coordenação de atividades mecânicas e intelectuais são elementos essenciais à força de trabalho, de modo que o intelecto se subordina ao mecânico para a realização de um projeto. E nesse sentido, ressalta-se a implicação da escolaridade como determinante social que interfere diretamente nos determinantes de saúde como é o caso dos participantes desse estudo.

No que diz respeito à procedência dos entrevistados, a maioria que corresponde a oito desses (P1, P2, P4, P5, P6, P7, P9 e P10) moravam na periferia da capital Maceió, e apenas dois (P3 e P8) residiam no interior de Alagoas. Essas considerações coadunam com as afirmações de Geib (2012) de que o cenário urbano sempre se apresenta com disparidades expressas pelos padrões básicos de vida, já que esse processo de urbanização parte de uma maior concentração de pessoas e conseqüentemente, de maior força de trabalho. Assim, as periferias

urbanas ficam mais populosas refletindo no acesso à educação e saúde além, das condições de moradias com maior precariedade de saneamento básico.

Dentre os entrevistados, nove dos dez participantes pertencia a uma religião. Houve prevalência entre os da igreja Assembleia de Deus em quatro participantes (P1, P3, P5 e P8); três (P6, P7 e P10) se diziam católicos; um (P4) frequentava a igreja cristã Nova Vida; um (P9) era da igreja Batista, e apenas um (P2) referiu não ter religião. Embora esses dados não sejam sinônimos de espiritualidade, percebe-se que frequentar uma comunidade religiosa contribui para o processo de socialização no compartilhamento da fé, o que certamente se constitui nua rede de apoio que auxilia direta ou indiretamente no enfrentamento dos problemas do cotidiano, inclusive diante do adoecimento de um membro da família por câncer.

Quando perguntado se eles frequentavam as comunidades religiosas às quais diziam pertencer, uma participante (P9), afirmou estar longe da igreja há mais de um ano, por ter tido problemas de relacionamento com alguns membros de lá, relacionado à forma como encaravam seu padrão estético. A obesidade a incomodava e se sentia discriminada por algumas pessoas pelo modo que a olhavam. Nessas observações vê-se que a obesidade além de interferir no físico, pode influenciar também as relações interpessoais e os fatores psicológicos, expressos nas subjetividades do adoecimento. Outra participante (P6), embora se denominasse católica afirmou que a última vez que havia ido à missa era criança. No momento da entrevista, o alcoolismo a impedia de ir à igreja sendo essa, uma **demanda competitiva** em todos os campos da vida dessa participante.

Todos os fatores relacionados nesse estudo fizeram parte da abordagem da pesquisa de promoção da saúde ao familiar da pessoa com câncer, acreditando-se na integralidade dos participantes, que são frutos tanto de suas características como de suas experiências individuais segundo sugere a TMPS de Pender (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Ainda sobre os **fatores pessoais** ressaltam-se os fatores biológicos que incidem no familiar da pessoa com câncer, participantes dessa pesquisa, como a hereditariedade (onde se identifica o parentesco e o tipo de câncer no seio da família), o peso corpóreo e o Índice de Massa Corpórea (IMC), conforme apresentado no Quadro 2.

QUADRO 2 – Fatores biológicos, segundo hereditariedade, peso corporal e IMC, Maceió, AL – Brasil 2015.

Código	Hereditariedade		Fatores Físicos	
	Parentesco	Tipo de câncer	Peso Corporal	IMC
P1	Mãe	Mama	97 Kg	41,44 = Obesidade Mórbida Grau III
P2	Irmão	Testículo	72,8 Kg	24,61 = Normal
P3	Sobrinha	Mama	96 Kg	32,83 = Obesidade Grau I
P4	Mãe/Tia	Mama/Períneo	80 Kg	30,11 = Obesidade Grau I
P5	Mãe	Cólon	68 Kg	21,46 = Normal
P6	Pai	Boca	60 kg	23,15 = Normal
P7	Pai	Boca	90 Kg	33,46 = Obesidade Grau I
P8	Mãe e Tia Tia/Tio	Mama Útero/Fígado	71 Kg	26,8 = Sobrepeso
P9	Tio/Sogra	Estômago/Mama	119 Kg	44,79 = Obesidade Mórbida Grau III
P10	Mãe e Irmã	Útero	85,6 Kg	31,06 = Obesidade Grau I

Referente ao fator hereditário presente na vida dos dez participantes, percebe-se uma expressividade no número de parentes com câncer denotando uma história de câncer familiar em três entrevistados (P4, P8, P10), dos quais, o P8 com a mãe na vigência do tratamento para câncer de mama, uma tia falecida também por câncer de mama, uma tia recentemente descoberta com um câncer de útero e um tio falecido por câncer de fígado.

Dentre os fatores de risco para desenvolvimento de neoplasias tem-se o sobrepeso e a obesidade, considerados fatores determinantes depois do tabagismo. Mulheres menopausadas com excesso de peso possuem maior risco de adquirir câncer de mama, útero, ovários. Também já é comprovado cientificamente que a incidência e a mortalidade por câncer associado à obesidade estão relacionadas aos cânceres de rim, esôfago, fígado, pâncreas, próstata e de alguns cânceres hematológicos (MENDES; PIMENTEL; PAULINO, 2011).

E nesse sentido, observa-se a alteração no IMC na maioria dos participantes, com exceção dos participantes do sexo masculino (P2 e P5) e de uma entrevistada do sexo feminino (P6) que curiosamente não apresentava problemas no peso corpóreo apesar do alcoolismo e tabagismo que lhes eram habituais; nesses três, o IMC estava dentro dos padrões de normalidade.

Para Pender; Murdaugh; Parsons (2011), a relevância em se avaliar os **fatores pessoais** está em contribuir para a previsão do comportamento de saúde que se quer alcançar. Quanto aos fatores psicológicos, os fatores como a automotivação, a **autoeficácia** e a percepção do estado de saúde determinarão o alcance da mudança de comportamento em direção à saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

4.1.2 Comportamento prévio relacionado – Incluem-se nesse campo de análise os hábitos e costumes que determinam os comportamentos que são considerados fatores de risco para o adoecimento por neoplasias. As pesquisas indicam que muitas vezes o melhor preditor de comportamento é a frequência deste ou de um comportamento semelhante no passado (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Nesse estudo, foram identificados os comportamentos expressos dos familiares de pessoas com câncer relacionados ao risco de adoecimento por neoplasias, balizando-se pela taxonomia da TPS de Pender, aplicados ao diagrama da mesma. Busca-se uma melhor visualização dos comportamentos de saúde dos participantes, dentro de suas subjetividades e realidade de vida de modo a contribuir para a identificação dos campos em que necessitam de maior intervenção por parte do enfermeiro promotor da saúde. Para melhor detalhamento dos resultados da pesquisa em cada fator de risco relacionado a neoplasias, explana-se aqui, os dados produzidos.

A **alimentação inadequada** foi o primeiro comportamento encontrado no qual, oito dos dez entrevistados reconheciam problemas nesse fator de risco. O hábito no consumo de alimentos oncopromotores está sumariamente apresentado no Quadro 3.

QUADRO 3 – Alimentação como fator de risco para o câncer, segundo consumo pelos entrevistados, Maceió, AL, Brasil, 2015.

Alimentos	Código Identificador									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Doces e açúcares	x	x	x	x			x		x	x
Carnes gordurosas		x						x		
Refrigerantes		x	x				x	x	x	
Churrasco	x							x		
Pão Branco	x	x		x						x
Ricos em sal e conservantes	x	x		x			x	x	x	
Embutidos	x		x	x						
Massas			x						x	x
Arroz branco	x								x	

Embora a análise das informações contidas nesse quadro evidencie um comportamento de risco frente aos hábitos alimentares em oito (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9, P10) dos dez participantes, pode-se aqui acrescentar problemas nesse fator de risco também no caso de P6. Pois, quando arguida quanto aos seus hábitos alimentares, disse que não tem problemas com alimentação por que não gosta de comer. A fala a seguir explica a razão desse fato: *“Não gosto de comer. Gosto de beber. A bebida é meu conforto e supre todas as minhas necessidades”*. (P6)

Mesmo que P6 não tenha reconhecido sua alimentação inadequada, sua declaração acima ressalta a problemática do alcoolismo que a fazia incorrer na subalimentação, levando à inferência de que seu peso com IMC normal pode até significar uma subnutrição.

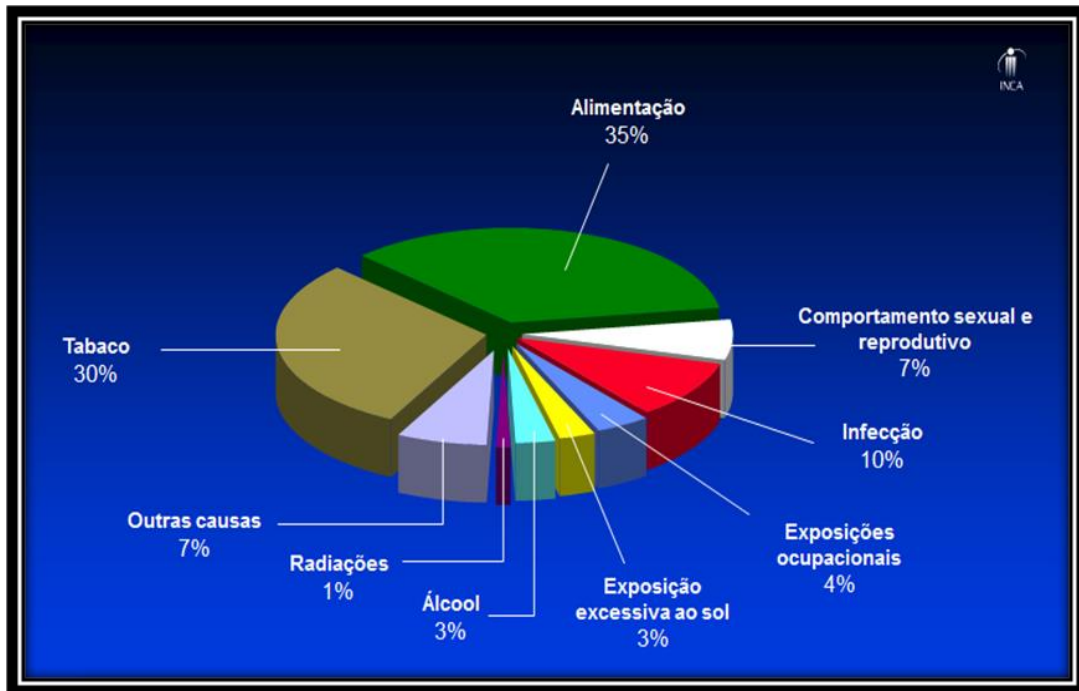
Os dados da entrevista mais detalhados destacam dois participantes (P1 e P9) que necessitavam urgentemente de uma mudança de comportamento frente à alimentação. No relato do seu consumo diário de alimentos, P1 revelou que seu maior consumo de açúcar estava no uso do cafezinho, pois, segundo ela, ao longo do dia tomava cerca de 10 a 12 xícaras dessa bebida cafeinada, adoçada com bastante açúcar branco. Além de açúcares, pão e arroz branco eram consumidos em grande quantidade e utilizava temperos industrializados e caldos processados no preparo de todos os alimentos, de modo que seus efeitos foram percebidos pelo IMC que a classificava como portadora de obesidade mórbida em grau III.

Do mesmo modo P9, o consumo de alimentos pobres em fibras, ricos em gorduras e açúcares é evidenciado pelo relato da ingestão de 2 litros de refrigerante por semana, acompanhado de muita massa. Na falta do refrigerante, bebia sucos bem adoçados. E ainda, não costumava consumir frutas, verduras e legumes. Segundo a participante, não tinha o hábito de comer saladas na hora do almoço. No momento da entrevista a mesma apresentava peso corpóreo de 119 Kg e no dia da realização do **plano de ação** o peso havia aumentado para 126,4 Kg denotando significativa obesidade mórbida em grau III. O fator ansiedade causado pelo tratamento de seu familiar com câncer lhe sobrecarregava física e mentalmente e a comida estava sendo o lenitivo para suas angústias.

Em se tratando da implicação da má alimentação para o adoecimento por neoplasias, o INCA (BRASIL^a, 2013) classifica dentre as causas externas, a alimentação como o maior fator de risco. Sendo assim, o resultado dessa pesquisa mostra-se um ponto forte para a assistência interdisciplinar, bem como, para às intervenções de enfermagem no planejamento do **plano de ação** da TMPS de pender (2011). Quanto às exceções, no fator de risco alimentação, dois (P5 e P6) participantes referiram não ter problemas relacionados. Porém, embora ambos apresentassem IMC dentro da normalidade, o caso de P6, em particular poderia ter outro significado.

Todos os participantes foram informados quanto a implicação da alimentação inadequada no risco de ser acometido por neoplasias. Aos que participaram das oficinas de promoção da saúde, a figura abaixo (Figura 7) foi utilizada para expressar essa proporção. Aos que não participaram das oficinas educativas, foi explanado resumidamente o impacto de cada fator de risco.

Figura 7 - Fatores de risco para neoplasias segundo percentual de risco, Maceió, AL, Brasil, 2015.



Fonte: INCA/BRASIL, 2014: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=471

No caso do P5, o levantamento dos alimentos consumidos no dia-a-dia desse participante revelava uma alimentação balanceada, porém, apresentava comportamento de risco pela vida sedentária, ponto que será discutido a seguir. Apesar do consumo de alimentos ricos em sal não ter sido, uma das referências de todos os entrevistados, uma das intervenções nesse sentido, foi a oferta de um potinho de sal de ervas, preparado pela pesquisadora, com o fim, de diminuir a quantidade de sal no preparo dos alimentos, contendo a receita que pode ser facilmente reproduzida em casa. Também foi oferecido receitas de sucos antioxidantes, orientações quanto aos alimentos que possuem baixo teor glicêmico, e modelo de um prato anticâncer segundo proposto por Schreiber-Servan (2011).

No fator de risco, **inatividade física**, a pesquisa demonstra um padrão de vida sedentário em todos os participantes. Os dados do Quadro 4 resumem esses resultados.

QUADRO 4 – Distribuição dos participantes, segundo comportamento de atividade física (AF), Maceió, AL, Brasil, 2015.

Código	Prática AF	Gosto por AF	Barreiras para a prática de AF (Falta de)
P1	--	Caminhada	Motivação
P2	--	Musculação e corrida	Companhia
P3	--	Caminhada livre e na esteira	Tempo
P4	--	-----	Tempo
P5	--	Jogar bola e caminhada	Motivação
P6	--	-----	Sentimento de necessidade
P7	--	Caminhada	Tempo
P8	--	Caminhada	Tempo
P9	--	Dança	Tempo
P10	--	Caminhada	Motivação

A atividade física tem sido usada como um mecanismo não farmacológico para a prevenção de doenças. Além de seu reconhecido efeito na promoção da saúde, a AF também tem sido utilizada na reabilitação de pessoas com câncer, durante e mesmo ao término do tratamento (NASCIMENTO; LEITE; PRESTES, 2014). Isso se dá pela melhora funcional na atividade citotóxica das células *Natura Killer* (NK), pois as pesquisas também têm demonstrado que após a frequência de exercícios aeróbicos três vezes por semana ocorre aumento no número dessas células do sistema imune, com maior capacidade na vigilância anticâncer (FURUE et al., 2008; CARMICHAEL et al., 2010; NASCIMENTO; LEITE; PRESTES, 2014).

Ainda quanto a relação da atividade física com a imunologia tumoral das células NK, dois estudos (CARMICHAEL et al, 2010; FURUE et al., 2008), que correlacionaram a alimentação à diminuição na citotoxicidade dessas células, por atribuírem a falta de atividade física à ocorrência da obesidade. Um estudo (CARMICHAEL et al, 2010) relacionou um índice de massa corpórea (IMC) baixo ou normal ao exercício físico como determinantes do equilíbrio e energia corporal levando a uma maior atividade antitumoral das células NK.

Diante dessas considerações e resultados do estudo, trabalhar na promoção da adoção da AF mostrou-se um desafio para a pesquisadora. Daí a importância de conhecer as preferências ou os sentimentos de cada participante a determinados tipos de exercícios físicos com o fim de realizar o **plano de ação** direcionado aquela

AF específica, conforme o gosto de cada entrevistado. De qualquer modo a autonomia dos participantes foi mantida e o **plano de ação** foi elaborado conjuntamente com cada um deles, respeitando seus limites e investindo em suas potencialidades.

O tipo de AF a que mais foi referido afeição, foi a caminhada na entrevista de seis participantes (P1, P 3, P5, P7, P8 e P10). Musculação (P2), jogar bola (P5), dançar (P9), esteira (P10) e corrida (P2) também foram referidos como preferenciais dos respectivos entrevistados. A exceção a esse fato se deu com um entrevistado (P4), que referiu não gostar de nenhum tipo de AF, porém, se dispôs a tentar incorporar essa atividade no seu dia-a-dia.

Também, ainda mais preocupante se mostrou as respostas de outro participante (P6) que a despeito de ter participado das oficinas de promoção da saúde, afirmou no ato da entrevista não gostar de nenhum tipo de AF e não sentir necessidade em exercitar-se. Percebeu-se que para P6 apenas pessoas com peso corporal aumentado necessitam aderir esse comportamento. Embora tenha lhe sido explicado novamente os benefícios da AF na diminuição do risco para neoplasias, a completa imersão no alcoolismo lhe fez ignorar as orientações e esse direito lhe foi assegurado e respeitado pela pesquisadora, de modo que a barreira do sentimento da falta de necessidade na mudança desse comportamento não pode ser trabalhada nessa pesquisa com essa participante em particular.

Quanto às **barreiras percebidas** para por em prática a AF, a variável “tempo” foi a que mais se apresentou no relato dos entrevistados. Dos dez participantes, cinco (P3, P4, P7, P8 e P9) atribuíram à falta de tempo a causa para sua inatividade física. Seguido pela falta de motivação referida por três participantes (P5, P8 e P10). Um participante (P2), atribuiu seu completo sedentarismo à falta de uma companhia pra correr, pois, embora também gostasse de praticar musculação, o desemprego lhe privava de frequentar uma academia.

Independente das preferências individuais, uma intervenção por parte da pesquisadora foi a oferta gratuita de um CD contendo aulas em áudio e vídeo, de zumba (dança) e exercícios aeróbicos para iniciantes, com o fim de estimulá-los a romperem com as barreiras por eles apresentadas. Cada um dos dois exercícios no CD exigia apenas 30 minutos diário para sua execução. Dessa forma, a barreira tempo seria facilmente suprimida. Por serem aulas interativas podia-se também

romper a barreira da motivação e até mesmo da companhia tendo sido sugerido que eles convidassem os membros da casa para praticarem com eles.

A proposta que se tem, segundo a TMPS de Pender (2012) é que a repetição de um comportamento se transforme num hábito que o indivíduo levará por toda a sua vida. Nesse sentido se deu essa pesquisa. A adoção dos comportamentos de saúde será apresentada posteriormente, individualmente nos diagramas do referido modelo.

Quanto ao **tabagismo** como fator de risco para doenças neoplásicas, o INCA/BRASIL (2014) o classifica como segundo em percentual (30%) perdendo apenas para a alimentação (35%) como oncopromotor. Também já se tem estudos sobre seu efeito negativo na imunidade das células NK (FURUE et al., 2008) de modo que as substâncias tóxicas de sua composição, compõem a fumaça inalada por fumantes passivos ou ativos e causam diversos tipos de cânceres como de pulmão, laringe, bexiga dentre outros (AMB, 2013).

O tabagismo é responsável por cerca de 200 mil óbitos, a cada ano no Brasil, sendo 3.000 casos em fumantes passivos segundo dados da Associação Médica Brasileira (AMB, 2013). Ainda segundo essa entidade, o tabagismo já foi incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), reconhecido como transtorno mental e comportamental em virtude da nicotina, substância psicoativa e causadora da dependência.

Em se tratando do **alcoolismo**, sabe-se que isolado, esse comportamento tem causado cerca de 2 a 4% de mortes por câncer no Brasil, e desse índice, 50 a 70% de mortes por câncer de língua, faringe e esôfago. O INCA também adverte que a alcoolismo associado ao tabagismo tem por efeito o desenvolvimento do câncer de boca e esôfago (BRASIL, 2014). Nesse estudo, apenas uma participante (P6) associa o alcoolismo ao tabagismo, como demonstra o Quadro 5.

QUADRO 5 – Distribuição dos participantes, segundo comportamento tabagismo e alcoolismo, Maceió, AL, Brasil, 2015.

Código	Tabagismo	Alcoolismo	Outras drogas
P1	----	----	----
P2	X (parou há 6 meses)	----	X (parou há 6 meses)
P3	----	----	----
P4	----	----	----
P5	----	----	----
P6	X (20 a 40 cigarros/dia)	X (12 a 24 litros de cerveja/dia)	----
P7	----	----	----
P8	----	----	----
P9	----	----	----
P10	----	----	----

Embora a maioria dos participantes (P1, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10) tivessem atitudes saudáveis em relação a esses fatores de risco, os dados do quadro acima apontam dois participantes que careciam de atenção frente ao tabagismo e outras drogas (P2), e frente ao alcoolismo e tabagismo (P6). Segundo relato de P2, o mesmo havia saído da detenção no sistema prisional há cerca de seis meses, no momento da primeira entrevista. Isso em razão de seu envolvimento com drogas. De lá para cá, esteve internado numa clínica de reabilitação e no momento da primeira entrevista, frequentava a clínica periodicamente com o fim de reforçar seu comportamento de afastar-se dessas drogas ilícitas.

No entanto, por mais que aparentasse calma durante esse primeiro encontro, P2 relatou que o que mais lhe incomodava era uma ansiedade que estava lhe acometendo todos os dias causando-lhe mal-estar, “palpitações” e tremores, além de um sentimento de medo e ameaça mesmo estando em casa. Assim, uma das intervenções foi direcionada ao manejo desses sintomas que indicavam abstinência às drogas, fato que será detalhado ao tratarmos do manejo do estresse.

Quanto à P6, a situação era ainda mais agravante pela vigência de comportamentos que imprimiam risco à sua saúde. A mesma relatou fumar e beber desde os 12 anos de idade, acompanhando o pai nesses comportamentos. Com o passar do tempo, foi aumentando gradativamente as unidades de cigarro que fumava e a quantidade de bebida alcoólica que consumia diariamente. No momento

da entrevista, P6 afirmou que fumava de uma a duas caixas de cigarros a cada 24 horas, o que corresponde a 20-40 cigarros por dia.

Com relação ao consumo de álcool, P6 referiu ter predileção pela cerveja, chegando a consumir de 12 a 24 litros por dia e esporadicamente fazia uso de 1 litro de outros produtos alcoólicos. Quando perguntado se ela atribuía o câncer de boca do pai ao alcoolismo e tabagismo, P6 demonstrou consciência do seu próprio risco conforme a fala que se segue:

Ah eu acho assim, por que eu tenho tendência também né? Aí fiquei mais com medo por causa dessas coisas. Assim, por que eu faço a mesma coisa que ele faz. [...] e se eles (referindo-se aos 3 filhos) crescerem me vendo fazer isso vão fazer a mesma coisa. (P6).

Assistir a P6 mostrou-se um enorme desafio para a realização do **plano de ação**. Ademais, a mesma revelou que já há alguns meses estava apresentando um “caroço” na garganta. Havia procurado um posto de saúde e já tinha em mãos uma solicitação para realizar uma ultrassonografia. Como intervenção inicial, foi realizado o cadastro da participante como cliente do CACON, cenário do estudo e agendado no serviço de radiologia o exame pendente. Paralelamente foi marcado uma consulta com médica especialista em cabeça e pescoço. Infelizmente P6 apenas realizou o exame de imagem, mas, não compareceu à consulta marcada no dia em que receberia o resultado da ultrassonografia.

A despeito de todo o apoio dado pela irmã de P6, também participante (P7) da pesquisa, dos incentivos e orientações dadas por parte da pesquisadora, P6 não compareceu ao dia de realização conjunta do **plano de ação**. Após três semanas de repetidas marcações para esse encontro, P6 falou que iria morrer de câncer então, preferia beber até morrer.

O que está implícito nessa história de P6 é uma vida cercada por vulnerabilidades sociais. O pai em tratamento de câncer, alcoólatra e tabagista; o esposo, profissional autônomo como pedreiro, também alcoólatra; os amigos, em sua maioria desempregados, todos, alcoólatras que compartilhavam do mesmo ambiente marcado pelas baixas condições socioeconômicas e psicológicas. As **demandas competitivas** para a mudança de comportamento somada às preferências de P6, certamente representam um desafio considerável para mobilizar

o comportamento de promoção da saúde. De qualquer modo, o querer mudar, depende estritamente do indivíduo limitando às intervenções profissionais.

Destarte, como princípio dessa pesquisa, a vontade de P6 foi respeitada. No entanto, coloquei-me a disposição para ajudar, no momento em que ela julgasse necessário mudar seus comportamentos de risco ao adoecimento, dessa vez, não mais como pesquisadora, e sim como profissional de saúde. Em virtude desse fato, os dados produzidos com essa participante foram aplicados no diagrama de Pender em caráter inconclusivo.

QUADRO 6 – Distribuição dos participantes, segundo sono/repouso, Maceió, AL, Brasil, 2015.

Código	Sono/repouso	Período
P1	X	3-4 horas/noite
P2	----	8-9 horas/noite
P3	X	5 horas/ noite
P4	X	5 horas/ noite
P5	----	8 horas/noite
P6	----	7-8 horas/noite
P7	----	8-9 horas/noite
P8	----	8-9 horas/noite
P9	----	8-9 horas/noite
P10	----	8-10 horas/noite

Com relação ao **sono/repouso inadequado**, os estudiosos afirmam que os benefícios de dormir com qualidade e na quantidade certa, incluem a prevenção da degeneração cerebral; favorecem a desintoxicação diária do cérebro; contribui para o armazenamento de memórias; e ainda possibilita a regulação fisiológica do hormônio melatonina para controlar e desacelerar crescimento de massas tumorais (IZU; CORTEZ; VALENTE, 2011). A melatonina determina a quantidade de sono em nove horas para criança e cerca de oito horas para adultos, por noite (IZU; CORTEZ; VALENTE, 2011).

A esse respeito, apenas três (P1, P3 e P4) participantes desse estudo, relataram problemas de insônia, com razões variadas para tal. No caso de P1, a dependência da cafeína provavelmente era a razão da mesma dormir cerca de apenas 3 a 4 horas por noite, sendo uma das intervenções da pesquisadora contribuir para a redução dessa substância no seu dia-a-dia.

Em se tratando de P3, o padrão de atividades laborais com cerca de 36 a 48 horas de plantões noturnos por semana lhe custavam uma baixa qualidade de sono, além, do hábito de dormir apenas cinco horas por noite, até mesmo nos dias em que estava de folga.

A orientação dos malefícios da insônia teve impacto considerável na vida de P3, pois, relatou começar a ir para cama mais cedo, inclusive nos plantões calmos, socializando essa informação com os colegas de trabalho, que logo aderiram com ela, a essa mudança de comportamento. No caso de P4, as múltiplas tarefas do seu dia-a-dia que lhe imprimiam responsabilidades como mãe de dois filhos em idade escolar, como filha de pessoa com câncer (morando ao lado da mãe), como esposa e dona de casa, funcionária do estabelecimento comercial do esposo, além de estudante de música, das atribuições decorrentes da frequência à comunidade religiosa, e dos cargos de liderança que possuía na igreja, a insônia era resultado do pouco tempo que lhe restava no seu dia-a-dia.

P4 foi uma das participantes que não participou das oficinas de promoção da saúde que antecederam as entrevistas desse estudo. Porém, quando orientada quanto aos malefícios e benefícios do sono, P4 imediatamente tratou de reorganizar sua vida. Percebeu que muitas de suas tarefas poderiam ser divididas com o esposo, como levar e buscar as crianças na escola, tanto para as aulas, quanto para os esportes.

Essa pequena mudança possibilitou a P4 otimizar o tempo para suas atividades, e a resposta disso foi a reversão paulatina da insônia de modo que, na terceira entrevista a mesma, referiu estar dormindo cerca de sete a oito horas por noite. P4 reconheceu que essa mudança de comportamento lhe deu melhores condições físicas e emocionais para lidar com a demanda estressante de seu cotidiano, decorrente do tratamento oncológico de um membro da família e das frequentes relações conflituosas entre o esposo e a mãe; fato que lhe trazia muitos problemas e angústias.

Em se tratando do fator **espiritualidade**, apenas 01 participante (P9) referiu ter problemas nesse aspecto. Embora espiritualidade não seja sinônimo de religiosidade, acredita-se que ambas se relacionam pelo fato de que praticar alguma religião estimula a relação com um Ser Superior. No caso de P10, embora ela tenha afirmado ser membro da igreja Batista, referiu não frequentar o templo há mais de

um ano. Preocupava-se com o filho de sete anos que perdeu o hábito de ir à igreja demonstrando mudança em seus interesses particulares e de comportamento. Embora sentisse falta de ir à igreja, o modo como se via e como imaginava que os outros a viam, tinha se mostrado um fator impeditivo para isso.

A conexão com o Divino foi aos poucos sendo suprimida e o bem-estar espiritual foi apagado pela rotina do dia-a-dia, agravado pelo acometimento do câncer de um membro da família. A fala a seguir contextualiza esse fato:

[...] Eu não leio mais a Bíblia, não oro mais. Sei lá. Antes eu passava o dia todo ouvindo louvores. Era uma paz! Aí eu me afastei. Aí nem igreja, nem nada. E logo agora que eu to enfrentando essa barra lá em casa. Cuidar de gente com câncer é fogo viu? [...] Eu sei que Ele é Deus e ta o tempo todo comigo, mas, eu sinto falta. Quero voltar, mas quando penso que aquele povo, quer dizer, algumas pessoas né. Sei lá, vão me olhar estranho de novo, por que eu to pior do que naquela época (referindo-se a sua obesidade). (P9)

Dentre os conceitos encontrados na literatura para espiritualidade, talvez o mais apropriado seja o que a denomina de mergulho infundável no transcendental (NASCIMENTO et al., 2010). É o que dá sentido a vida, independente de sua ligação com uma instituição religiosa. Está diretamente relacionada com a essência da vida por produzir sentimentos e comportamentos permeados pela esperança, pela fé, pelo amor, numa perspectiva de pura subjetividade transcendental (GUERRERO et al., 2011).

Todos esses sentimentos são reconhecidos na literatura como responsáveis pela liberação de endorfinas, as quais promovem maior atividade das células NK no combate e na prevenção do câncer, razão para esse fator também ter sido foco desse estudo (SCHEREIBER-SERVAN, 2011; D'ASSUMPÇÃO, 2012¹⁻³).

No caso de P9, a mesma demonstrou na segunda entrevista, interesse em voltar aos poucos, a frequentar uma comunidade religiosa. Isso por que, uma irmã consanguínea frequentava a igreja Adventista do 7º Dia e a convidou para assistir a um culto a fim de testar como ela se sentiria em outra comunidade.

Com referência às **relações interpessoais disfuncionais**, os resultados são apresentados no quadro 7.

QUADRO 7 – Distribuição dos participantes, segundo as relações interpessoais disfuncionais, Maceió, AL, Brasil, 2015.

Código	Relações interpessoais disfuncionais	Relativo à (ao)
P1	----	----
P2	X	Irmão em tratamento de câncer
P3	----	----
P4	X	Mãe em tratamento de câncer e esposo da participante
P5	----	----
P6	----	----
P7	----	----
P8	X	Mãe em tratamento de câncer e esposo da participante
P9	----	----
P10	----	----

Com respeito às **relações interpessoais disfuncionais**, os resultados desse estudo destacam três participantes (P2, P4 e P8) com problemas em relação a esse fator de risco. Pela premissa de que não se vive sozinho e que a vida é feita de relacionamentos, o contexto e a maneira nos quais as relações interpessoais se desenvolvem determinam resultados satisfatórios ou se configuram em situações de estresse que podem carecer de ajuda profissional para o manejo dessas condições (VIANA, 2009).

No caso de P2, a relação com o irmão com câncer foi prejudicada desde o momento que este passou ao consumo das drogas. P2 referia um sentimento de culpa pela neoplasia do irmão, já que o diagnóstico correspondeu a um ano depois que o mesmo (P2) estava em período de reclusão no sistema prisional. No momento do **plano de ação**, este participante apontou como um dos benefícios percebidos, melhorar o relacionamento com o próximo, pois, acreditava que se permanecesse longe das drogas a relação interpessoal com o irmão iria melhorar. Também reconheceu que necessitava ser ele um apoio para o irmão, naquele momento difícil representado pelo tratamento do câncer.

Na realização conjunta do **plano de ação** com P4, no fator relações interpessoais, a participante disse que acreditava que a única opção que ela tinha era ver o que ela podia fazer. Pois sobre a relação conflituosa da mãe com seu esposo, percebia que nada havia sido feito, reconhecendo que maior determinação

e atitude, poderia amenizar tal situação, já que ela era a razão de conflito entre eles. Disse ainda, que iria buscar recursos em Deus e que a pesquisa havia sido importante para estimulá-la agir nessa direção.

Com respeito a P8, a abertura para intervenções de enfermagem foi diferente. Dessa feita, traçou-se conjuntamente às seguintes intervenções: Conversar com o esposo reconhecendo sua ingrata agressividade no tratamento que lhe vinha prestando; Estrear um lingerie novo que havia comprado logo após a primeira entrevista reavivando e reativando as relações sexuais; aumentar o número de relações sexuais de uma vez por mês, para uma vez por semana; e ir às quartas e sextas à noite com a mãe e aos domingos com o esposo em suas respectivas igrejas.

Na terceira entrevista para avaliação do **plano de ação**, P8 apareceu de forma surpreendente. Os efeitos do **plano de ação** lhe foram muito favoráveis, pois a conversa com o esposo foi a chave para voltar a terem um bom relacionamento sexual e conseqüentemente, as relações interpessoais dele com a mãe, deixaram de ser competitivas. P8 parecia ser outra participante, de cabelos pintados e com um largo sorriso no rosto afirmou: “Você com sua pesquisa mudou a minha vida”. (P8)

Dados como esses revelam o impacto das relações interpessoais na vida e na saúde das pessoas evidenciando a importância dos profissionais de saúde atentar para esse fator como objeto de cuidado. Ainda a respeito das relações interpessoais, embora uma participante (P6) não tenha citado na sua entrevista, problemas relacionados a esse fator de risco pode-se facilmente identificá-lo na sua história de vida.

O alcoolismo presente há 14 anos na sua vida lhe fez incorrer em **processos familiares disfuncionais**, fatos que foram verbalizados pela mesma, ao longo da primeira entrevista. Infelizmente, P6 desistiu da pesquisa antes mesmo da realização do **plano de ação**. Pretendia-se uma proposta para redução de danos pela supressão gradativa do número de cigarros e da quantidade de cerveja por dia. Espera-se que P6 retome ao pensamento e desejo pessoal de livrar-se desses comportamentos que imprimem risco à sua saúde, a despeito do término dessa pesquisa.

QUADRO 8 – Distribuição dos participantes, segundo percepção de causas para o estresse de longa duração, Maceió, AL, Brasil, 2015.

Código	Estresse de longa duração	Causas
P1	----	----
P2	X	(Abstinência)
P3	----	----
P4	----	----
P5	----	----
P6	----	----
P7	X	(socioeconômicos)
P8	X	(sexualidade ineficaz)
P9	----	----
P10	----	----

Com relação à **falta do manejo do estresse**, segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011), o estresse é uma potencial ameaça para a saúde mental e física, que interfere no bem-estar e pode causar doenças cardiovasculares, distúrbios gastrointestinais e câncer. Sabe-se que a resposta do organismo ao estresse é um mecanismo fisiológico que busca adaptação frente a mudanças, geralmente desencadeado por situações que ameacem a integridade do indivíduo (SCHEREIBER-SERVAN, 2011). A resposta do corpo ao estresse envolve aumento na secreção de noradrenalina, hormônio relacionado à fuga ou ao combate, bem como, provoca aumento dos níveis de cortisol considerado o hormônio específico do estresse (SCHEREIBER-SERVAN, 2011; ALLEN, 2014).

Segundo Allen (2014), esses hormônios ativam o organismo preparando-o para a possibilidade de um ferimento e estimulam imediatamente os fatores de inflamação essenciais para a reparação tecidual gerando uma regulação incorreta de NF-KappaB, que é a principal enzima pró-inflamatória, influenciando negativamente a ação citotóxica das células NK frente às células cancerígenas. O NF-KappaB é um complexo proteico que está envolvido na resposta celular a estímulos como citocinas, estresse, radicais livres, antígenos bacterianos e virais dentre outros. Desempenha um papel fundamental na regulação da resposta imune frente à infecção, porém, a regulação incorreta de NF-KappaB tem sido amplamente

relacionada às doenças autoimunes, inflamatórias e conseqüentemente ao câncer (SCHEREIBER-SERVAN, 2011).

Vários estudos (ZHOU et al., 2005; ANDERSEN et al., 2010) têm demonstrado que o estresse leva a perturbações na qualidade de vida e na saúde por interferir diretamente na imunidade antitumoral das células NK. Esses autores concluíram que uma intervenção direcionada para reduzir a aflição emocional e melhorar ajustamento social, o comportamento de saúde e adesão a medidas preventivas, também pode melhorar a imunidade e o curso da doença.

Pela premissa de que todos recebem uma carga de estresse no seu dia-a-dia, bem como, pelo reconhecimento da influência desse fator, na família onde o câncer acomete um de seus membros, esse fator de risco para neoplasias também foi alvo de intervenções nessa pesquisa, porém, a intervenção de enfermagem variou em cada caso.

Para P2, ficava claro que ele estava incorrendo na síndrome de abstinência às drogas e embora ele estivesse determinado a reconstruir sua vida, as influências pessoais ainda era uma ameaça visto que, ao sair do sistema prisional e posteriormente da clínica de reabilitação, P2 retornou para o ambiente onde iniciou o contato com as drogas. O estar desempregado imprimia-lhe tempo de sobra o que entendia ser um risco para o seu novo projeto de vida. Assim, trabalhar a ansiedade que lhe causava um estresse contínuo foi a primeira intervenção, que se concretizou pela marcação de consulta com psiquiatra no hospital, cenário do estudo.

Essa medida foi essencial para que P2 se mantivesse firme referente ao **plano de ação** para promoção de sua saúde contra o câncer. Ainda depois do término desse estudo, P2 permanecia sob acompanhamento psiquiátrico para apoio profissional e medicamentoso no tratamento da abstinência às drogas.

Com relação à P7, o manejo do estresse provocado pela atitude de outras pessoas, no caso o pai que abandonou o tratamento de câncer de boca vencido pelo alcoolismo e a irmã alcoólatra que descuidava do cuidado das filhas e transferia esse papel de mãe para ela, essa intervenção de enfermagem foi direcionada a fazê-la pensar um pouco mais em si mesma e reordenar o senso de responsabilidade com o pai e a irmã em detrimento de si mesma e de suas duas filhas. Quando perguntada o que ela gostava de fazer para aliviar o estresse antes

do adoecimento do pai, P7 afirmou que o que mais lhe alegrava era passear com as filhas e com uma amiga, também mãe solteira.

Assim, buscou-se uma alternativa para que o lazer com as filhas voltasse a acontecer, porém, que para tanto, não houvesse a necessidade de muito investimento financeiro, já que a mesma encontrava-se desempregada. A renda familiar no momento era correspondente a uma pensão de um salário mínimo, que recebia de uma das filhas. A alternativa foi escolher um dia na semana para ir ao parquinho numa praça perto de sua casa. Ao mesmo tempo, tirar um dia na semana para si mesma, para sair com a amiga de infância com quem compartilhava momentos de descontração e alegria.

Embora os problemas advindos do tratamento do pai e do alcoolismo da irmã permanecessem, na segunda avaliação do **plano de ação**, P7 mostrou-se mais tranquila. Disse que além de ter cumprido as metas traçadas, passou a assistir filmes infantis com as crianças antes de dormir e tal medida tinha-lhe dado um senso de priorizar o cuidado com as filhas a despeito de toda carga de cuidadora de pessoa com câncer.

Já no caso de P8, percebeu-se que a atitude de indiferença e raiva que ela expressava do esposo era em virtude do comportamento dele em não se envolver no tratamento da mãe com câncer. Por outro lado, a atitude da mãe em cobrar-lhe atenção excessiva em nome da doença lhe fez suprimir a atenção ao esposo de modo que, essa atitude refletiu na comunicação do casal e principalmente nas relações sexuais. Dessa feita, pela inferência de que a melhora nas relações íntimas do casal contribuiria para o rearranjo das relações familiares, as intervenções traçadas conjuntamente no **plano de ação** priorizaram o padrão de sexualidade ineficaz para atender as demandas que se apresentavam em decorrência do adoecimento de sua mãe com câncer.

Como os resultados dessas intervenções já foram citados no tópico relações interpessoais mostrou-se desnecessário detalhá-los novamente. Porém, cabe afirmar ter sido satisfatório trabalhar esse fator de risco com P8, visto ter sido assertiva, a inferência. Pois, a melhora das relações sexuais com o esposo contribuiu para a aceitação dele, às reações e novas ocupações de P8 com as nuances do tratamento do câncer de sua mãe e com isso, propiciou o manejo do estresse como meta alcançada na promoção da saúde anticâncer.

4.2. Sentimentos e conhecimentos a cerca do comportamento específico

Segundo Pender; Murdaugh; Parsons (2011), estes comportamentos são pontos críticos que devem ser observados pelos enfermeiros, já que são passíveis de modificação por meio das intervenções. Incluem os fatores psicológicos como a percepção das barreiras, dos benefícios, da **autoeficácia** e de seus sentimentos ou afetos direcionados à mudança de comportamento em busca de sua saúde. Esses fatores denotam a visão que o indivíduo tem de si mesmo, de seus comportamentos e de suas competências para alcançar determinados objetivos traçados por ele mesmo, auxiliado pelo enfermeiro.

Ainda nesse campo, as **influências interpessoais** são cognições que envolvem os comportamentos dos outros que influem direta ou indiretamente no comportamento do indivíduo. Nola considera a família, os amigos e os provedores, além de normas e modelos apreendidos como representando essas **influências interpessoais** (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Somado a esta, Pender (2012) considera também, as **influências situacionais** que partem da percepção do indivíduo de uma situação ou contexto que impede ou facilita seu comportamento de saúde e acabam interferindo na forma como a pessoa encara a mudança comportamental devendo ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde.

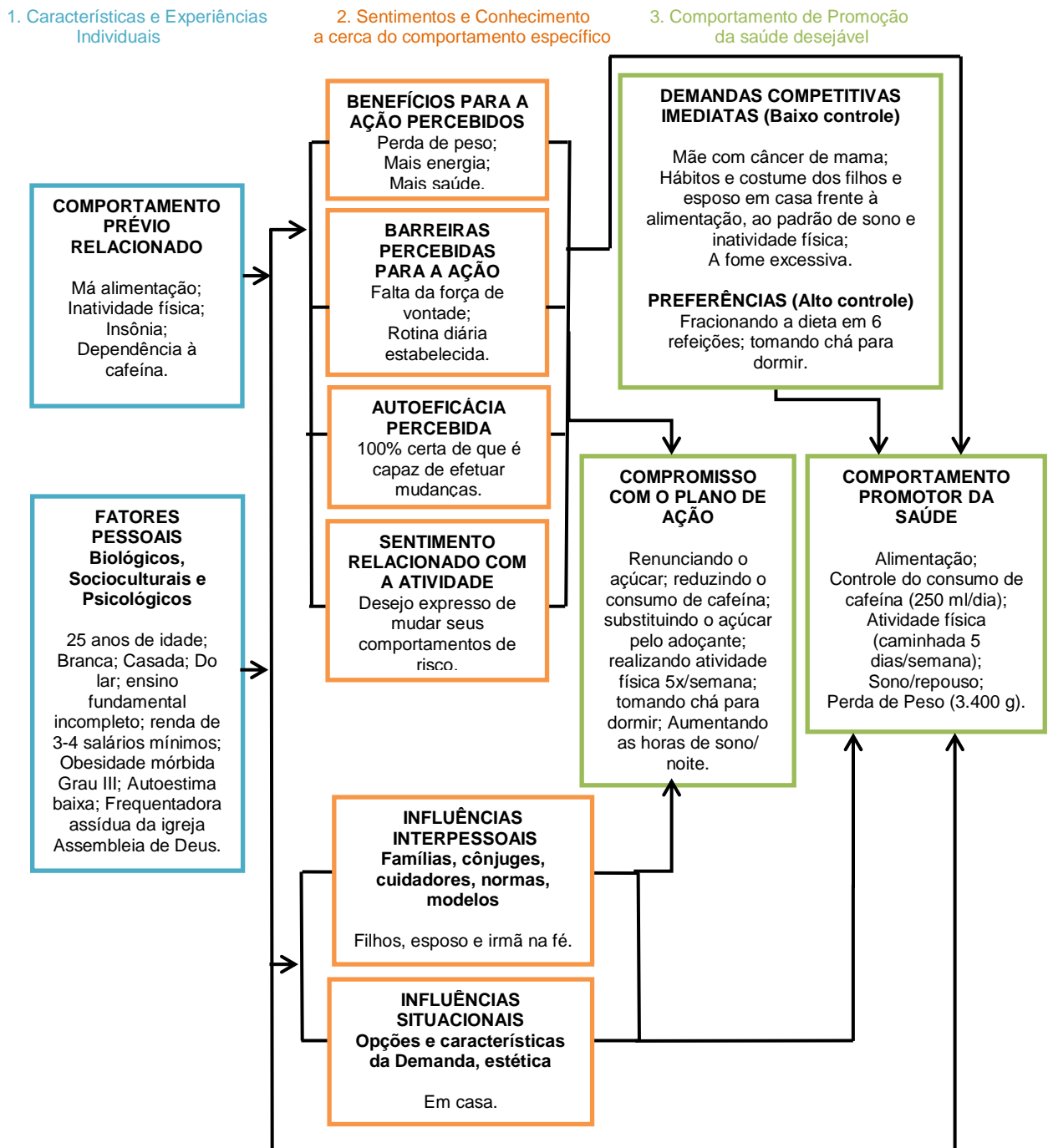
O modo como esses fatores subjetivos e objetivos se apresentam, segundo Nola determinará o **compromisso com o plano de ação** formulado pelo indivíduo e pelo enfermeiro com o fim de mudar os comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011) sabendo-se que durante esse processo surgirão situações que carecerão de intervenções do profissional comprometido com a promoção da saúde do indivíduo, ao que Nola chama de **demandas competitivas** imediatas sobre as quais não se tem controle. Como por exemplo, um ambiente de trabalho cercado por fumantes em um indivíduo que fez um **plano de ação** para livrar-se do tabagismo, certamente necessitará de uma alternativa traçada pelo enfermeiro para que a pessoa permaneça firme em seu intuito de melhorar o seu comportamento de saúde de parar de fumar.

Deve-se para tanto atentar para as preferências concorrentes por terem poderosas propriedades de reforço ao longo do qual os indivíduos exercem um nível relativamente elevado de controle (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). O

grau de resistência a uma **demanda competitiva** depende da capacidade de autoregulação do indivíduo e de suas preferências como pode ser exemplificado no caso de uma pessoa tentando melhorar seus hábitos alimentares vir resistir à **demanda competitiva** de um alimento gorduroso, e comer um alimento com baixo teor de gordura, simplesmente por preferir o gosto ou o sabor. Conhecer esses fatores é para o enfermeiro uma ferramenta indispensável para trabalhar junto a indivíduos com o fim de contribuir para a adoção de estilo de vida saudável e para tanto a TMPS de Pender é um instrumento norteador das ações de promoção da saúde.

Mediante esses resultados, a aplicação dos dados produzidos a partir das entrevistas, da realização do **plano de ação** e das avaliações quanto à mudança dos comportamentos de saúde, foram aplicados individualmente na TMPS de Nola Pender segundo as Figuras 8-17.

Figura 8 – Diagrama da TMPS segundo dados das entrevistas de P1, Maceió, Al, Brasil, 2015.



A análise dos diversos campos do diagrama da TMPS de Nola Pender, com os dados produzidos nas entrevistas de P1 demonstram que os comportamentos prévios correspondiam a três fatores de risco para neoplasias: alimentação inadequada, inatividade física e sono/repouso inadequado. Quanto aos **fatores pessoais**, chamava a atenção, a obesidade mórbida em grau III numa pessoa jovem

com apenas 25 anos de idade. P1 atribuiu o seu excesso de peso à maternidade. Sua ocupação diária como mãe e esposa, com as atividades da casa, o preparo das refeições e cuidados com os dois filhos em idade escolar, a fizera suprimir o autocuidado incorrendo no estilo de vida sedentário.

Segundo P1, pouco a pouco foi se sentindo infeliz com sua autoimagem; sentia-se desestimulada e percebeu que ao ingerir café, sentia-se melhor, mais animada. Assim, foi aumentando a ingestão de café até chegar aos 3 litros diários, como referiu no momento da primeira entrevista. O padrão de sono/repouso inadequado começou a modificar-se ao ponto de resultar em insônia tal, que P1 dormia cerca de 3-4 horas por noite. Interessante observar, que P1 afirmou como percepção dos benefícios em melhorar seus comportamentos: a perda de peso, mais energia e mais saúde.

A falta da força de vontade e a rotina diária há tanto tempo estabelecidas lhe pareciam barreiras para mudar seu estilo de vida. Porém, ao revelar seu desejo expresso de mudar seus comportamentos de risco, P1 afirmou que estava 100% certa que era capaz de efetuar tais mudanças em prol de sua saúde. A despeito das **demandas competitivas** essa participante manteve-se fiel ao **plano de ação** e o resultado obtido com as pequenas mudanças teve impacto muito favorável.

A mesma conseguiu executar o **plano de ação** correspondente à totalidade dos comportamentos de risco a que se propôs modificar. Embora o IMC permanecesse alterado ao final da pesquisa, a perda de 3,400 g de peso já fez diferença nesse fator, de modo que o IMC passou de 41,44 para 39,3, significando que P1 saiu da obesidade mórbida em grau III para obesidade grau II.

Quanto ao consumo de café, P1 aderiu a um plano de redução de danos no **plano de ação** e como resultado final, passou a consumir apenas uma xícara de café (250 ml) por dia, apenas, no desjejum. Outro benefício percebido por P1 quanto à redução da ingestão de café, está no fato de ter relatado sentir-se mais disposta durante o dia, o que lhe deu condições de sair do sedentarismo. A mesma adquiriu o hábito de caminhar cerca de 2 horas por dia e isso corroborou também pra sua perda de peso e conseqüentemente, para a melhora no IMC sugerindo menor risco para neoplasias.

Na avaliação final, ao buscar avaliar a autoeficácia de P1 perguntou-se se ela se sentia capaz de influenciar outras pessoas a assumirem comportamentos

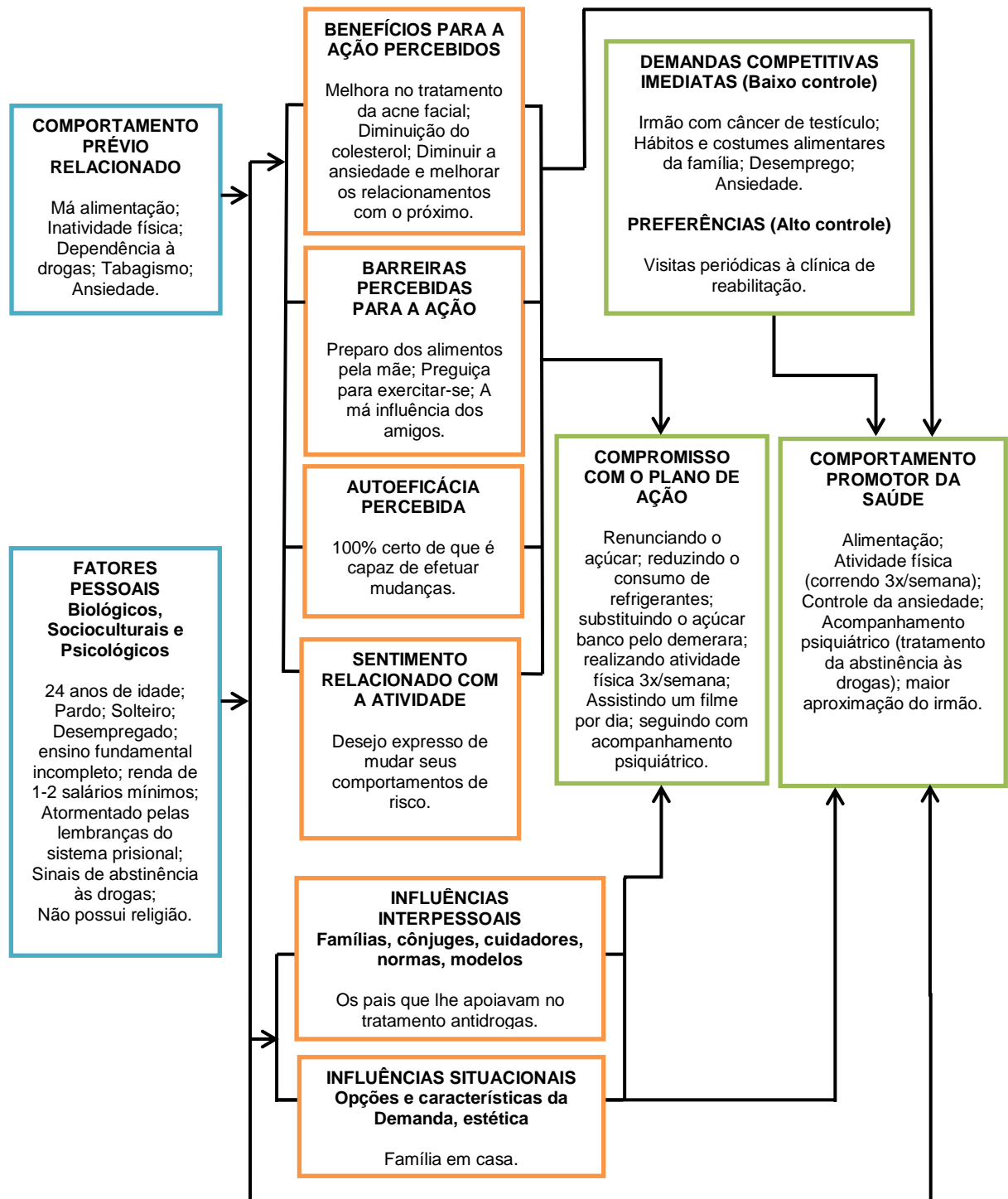
promotores de saúde. A resposta de P1 mostra esse resultado: “*Sim. Estou ajudando duas mulheres da minha igreja. Elas já estão mudando a alimentação e começaram a caminhar comigo.*” (P1).

Figura 9 – Diagrama da TMPS segundo dados das entrevistas de P2, Maceió, Al, Brasil, 2015.

1. Características e Experiências Individuais

2. Sentimentos e Conhecimento a cerca do comportamento específico

3. Comportamento de Promoção da saúde desejável



No diagrama de P2, observam-se quatro **comportamentos prévios relacionados** aos fatores de risco para o câncer: alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo e outras drogas e a ansiedade que corresponde ao estresse. Sexo masculino, jovem aos 24 anos de idade, solteiro, ensino fundamental incompleto, desempregado, há seis meses liberto do sistema prisional pelo envolvimento com drogas ilícitas, eram os fatores biológicos e socioculturais que envolviam a vida de P2. No momento da primeira entrevista, P2 atribuiu a melhora no tratamento da acne facial, a diminuição do colesterol, a diminuição da ansiedade e melhorar os relacionamentos com o próximo, como benefícios percebidos em transformar seus comportamentos de risco em comportamentos promotores de saúde.

Com relação à melhora do relacionamento com o próximo, a fala a seguir explica a quem ele se referia:

[...] Eu sofro de ver ele (irmão) naquela situação. Acho, de não poder ajudar ele né? De até [...] posso ajudar ele, mas aí ele se fecha um pouco, tá entendendo? E eu assim, não tenho mais uma relação muito próxima com ele né? Mas, eu tenho que quebrar essa dificuldade com ele, chegar mais nele, né? [...] (P2)

Como já dantes referido, esse participante se culpava pelo câncer que acometia seu irmão. Acreditava que todas as angústias sofridas pela família pelo seu envolvimento com as drogas e pelo período que passou em reclusão, eram a causa também de seu irmão mais velho ter sido acometido pela neoplasia. Voltar a relacionar-se bem com o irmão parecia a forma correta de reorganizar as relações familiares. E seu desejo foi levado em conta justamente pelo conhecimento de que as relações interpessoais disfuncionais são causas de estresse de longa duração que atuam como fatores oncopromotores.

Dentre os fatores de risco supracitados, a ansiedade diária referida por P2 apresentava-se como a maior barreira percebida para a ação. Sintomas como tremores, dor de cabeça, sensação de medo e as lembranças do sistema prisional eram frequentes e o sentimento de impotência lhe acometia. Segundo esse participante, o sentimento de culpa também lhe atormentava por que seu irmão teve o diagnóstico de câncer quando ele estava em reclusão. P2 realmente acreditava que seu envolvimento com as drogas havia causado tanto sofrimento à sua família, que a doença de seu irmão surgiu em decorrência disso.

Assim, a estratégia para controlar a ansiedade parecera ser o primeiro passo para aumentar a **autoeficácia** de P2. Só depois do acompanhamento com profissional psiquiatra e terapêutica medicamentosa para o quadro de abstinência a drogas e controle da ansiedade, o **plano de ação** avançou para trabalhar a inatividade física e a má alimentação. P2 pouco a pouco pareceu recobrar a autoconfiança, de modo que o comportamento de saúde assumido foi a melhora no tipo de alimentação consumido e na atividade física. Na última entrevista, P2 relatou estar correndo por 40 minutos, 3 vezes por semana; afirmou estar controlando a ansiedade pelo tratamento de abstinência às drogas e já considerava estar apresentando uma maior aproximação com seu irmão.

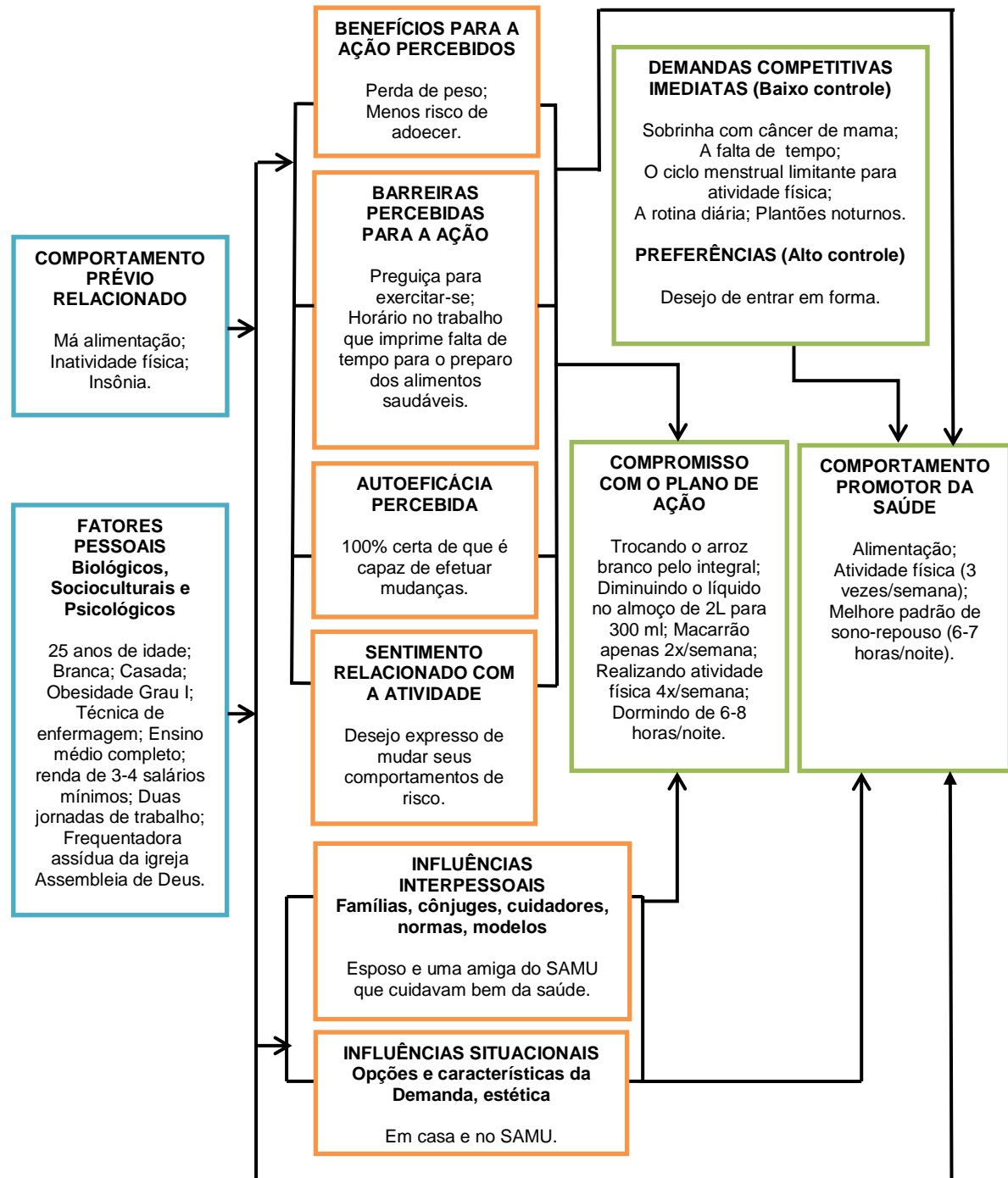
Na avaliação final do **plano de ação**, P2 estava tentando voltar a estudar, como havia sido sugerido pela pesquisadora na terceira entrevista, ao tempo que procurava emprego para ajudar no sustento da família. A limitação desse estudo por vezes foi percebida por seu caráter transversal. Ao pensar, segundo Pender, na enfermagem como contribuição, pois, fica evidente ao avaliar os resultados, que para acompanhar a mudança de comportamentos de risco em comportamentos de saúde precisaria de tempo maior que 3 meses, como foi o período dessa pesquisa. De qualquer modo, é possível reafirmar o papel do enfermeiro como agente mobilizador de transformações pessoais e comunitárias pelo empoderamento de indivíduos ou grupos.

Figura 10 – Diagrama da TMPS segundo dados das entrevistas de P3, Maceió, Al, Brasil, 2015.

1. Características e Experiências Individuais

2. Sentimentos e Conhecimento a cerca do comportamento específico

3. Comportamento de Promoção da saúde desejável



Na primeira entrevista, antes da realização do **plano de ação**, P3 parecia estar muito assustada quanto a ocorrência de câncer em sua prima, o que lhe servia de estímulo para investir na prevenção de neoplasias e na promoção de sua saúde, conforme demonstrado na fala a seguir:

Eu trabalho na saúde e uma colega ia operar de câncer de mama. Aí eu fui examinar minha mama e achei um caroço. Daí ao mesmo tempo minha prima falou que o peito tava duro e com muita dor. Marcamos o mastologista e ela pediu a biópsia e já disse que era câncer após 15 dias dos exames [...]. Todo mundo perguntava por que ela só procurou o médico agora. Mas ela estava amamentando e o médico do interior medicou para mastite, que diminuiu a dor e a inflamação [...]. Tento alimentar pensamentos positivos, mas é difícil. (P3)

Os nódulos surgidos na mama de P3 foram diagnosticados como benignos, mas, paralelamente, sua prima, no 6º mês de puerpério teve o diagnóstico do carcinoma na mama. Essa participante quando abordada para participar da pesquisa mostrou-se muito disposta a trabalhar com seus hábitos e costumes que necessitavam ser substituídos por comportamentos promotores de saúde.

Alimentação inadequada, inatividade física e insônia foram os fatores de risco para neoplasias, identificados como **comportamentos prévios relacionados**. Com 25 anos de idade, sexo feminino, casada, mãe de uma criança em idade escolar, técnica de enfermagem com duas jornadas de trabalho, uma no Serviço de Atendimento Médico em Urgência (SAMU) e outra no hospital de um município de alagoas onde residia. Os plantões noturnos frequentes lhe provocaram a insônia e a inatividade física. Em consonância com os pressupostos da TMPS de Pender, as características e experiências individuais são determinantes do comportamento.

O acompanhamento da sobrinha com câncer de mama, a falta de tempo para preparo dos alimentos e para atividade física; além da rotina diária com cerca de 3 plantões noturnos por semana, se apresentaram como **demandas competitivas** para P3, porém, o desejo de entrar em forma referido por ela foram fundamentais para a mudança de comportamento.

Como profissional de saúde, uma maior apreensão das orientações quanto aos fatores de risco para neoplasias foi evidenciada nos resultados dessa participante, que já na segunda avaliação do **plano de ação** havia efetuado mudanças consideráveis no tipo de alimentos consumidos, bem como, na hora em que ia pra cama para dormir. A inatividade física demorou a ser rompida, mas, 30 minutos de caminhada diários foram estabelecidos. Nos dias em que P3 estava 24 horas de plantão, não era possível exercitar-se. Essa foi a **demanda competitiva** mais difícil de ser superada.

Ao final da pesquisa, o comportamento de saúde adotado por P3 correspondia à mudança na alimentação, melhor padrão de sono/repouso

correspondente a 6 a 7 horas por noite, inclusive nos plantões noturnos com poucas ocorrências e a realização de atividades físicas sempre que possível (2-3 dias por semana). A perda de peso tão desejada por P3 se apresentou com 2,500 g a menos e na avaliação final essa participante havia suspenso a atividade física pela suspeita de gravidez sugerida pelo atraso no ciclo menstrual em 7 dias.

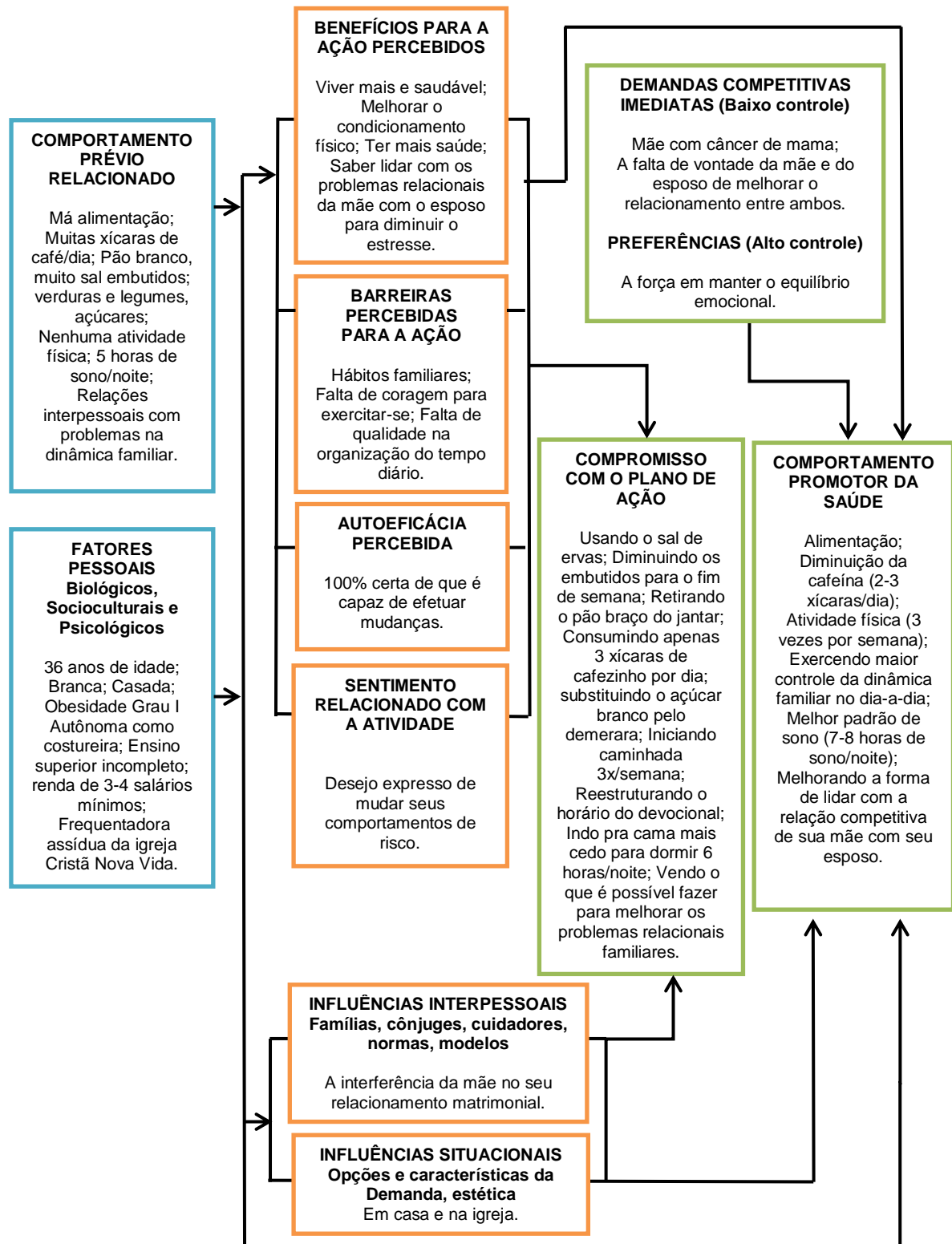
Do mesmo modo que antes referido, a sensação da necessidade de continuidade da pesquisa também foi aqui sentida. A promoção da saúde é cabível em todas e quaisquer situações da vida das pessoas. E essa foi a percepção ao realizar a avaliação final de P3.

Figura 11 – Diagrama da Tmps segundo dados das entrevistas de P4, Maceió, Al, Brasil, 2015.

1. Características e Experiências Individuais

2. Sentimentos e Conhecimento a cerca do comportamento específico

3. Comportamento de Promoção da saúde desejável



P4, sexo feminino, 36 anos de idade, casada, mãe de duas crianças em idade escolar, ensino superior incompleto, autônoma como costureira, obesidade grau I,

frequentadora assídua da Igreja Cristã Nova Vida. No conjunto de suas características e experiências individuais, hábitos alimentares inadequados, a inatividade física e a dinâmica familiar marcada por problemas nas relações interpessoais ressaltaram o **comportamento prévio** relacionado ao risco de adoecimento por neoplasias no diagrama da TMPS de P4.

Na primeira entrevista com essa participante foi possível perceber as implicações do câncer de sua mãe em seu dia-a-dia. P4 morava em uma casa da periferia de Maceió vizinho a casa de sua mãe. Filha única responsabilizava-se inteiramente em acompanhar a mãe em todo o seu tratamento, o que demandava muito de seu tempo. Embora a mãe tivesse um companheiro, padrasto de P4, o mesmo, não se oferecia em ajudar no acompanhamento às seções de quimioterapia, radioterapia, pós-operatório, acarretando uma insatisfação no marido de P4 por sua frequente ausência nos cuidados da casa e dos filhos.

Em resposta a questão: “Como está sendo sua vida nesse momento em que você acompanha a sua mãe com câncer?” percebe-se na fala a seguir, o quanto essa doença pode significar e interferir na dinâmica familiar:

[...] Tem sido difícil, novo, diferente [...]; por que é algo que eu nunca tinha vivido antes né? É algo que eu não conhecia. Eu só ouvia falar o que era câncer. A gente lia [...] mas, não tinha presenciado né? Então é muito difícil. Não dá pra dissociar o lado emotivo com o lado preocupante com esse acompanhamento diário que a gente tem que ter [...] (P4)

P4 deixou-se absorver completamente pelos cuidados com a mãe, mas, percebeu que sua dedicação estava interferindo em seu relacionamento com o esposo. Então, conversou com o padrasto pedindo-lhe sua colaboração em dividir com ela as idas e vindas ao CACON onde sua mãe realizava o tratamento. Embora seu pedido tenha sido bem recebido por parte do padrasto, sua mãe não aceitou a mudança, acreditando ter sido por influência do genro que a filha havia tomado a decisão de não acompanhá-la totalmente.

Segundo P4, um turbilhão de problemas nas relações familiares teve início a partir daquele momento e resultou numa maior cobrança pessoal de modo que, na primeira entrevista, ela se mostrava exausta e muito frágil emocionalmente. Havia tomado para si encargos que mal conseguia cumprir no período de 24 horas e por isso, 5 horas de sono por noite, era o que lhe restava para o descanso. Para se manter acordada durante o dia tomava de 6 a 8 xícaras de café.

A falta de vontade da mãe e do esposo em melhorar o relacionamento entre ambos era a **demanda competitiva** que mais se apresentava. De qualquer modo, a força de vontade e o desejo em manter o equilíbrio foram as preferências que contribuíram para a mudança de comportamentos de P4. Em seu **plano de ação**, a mesma não quis elaborar nenhuma estratégia para lidar com os problemas das relações interpessoais disfuncionais. Acreditava que essa era uma missão só dela. E que necessitava pensar um pouco sem si mesma para cuidar-se.

Assim, fizeram parte do **plano de ação**: melhorar o tipo de alimentos consumidos, diminuindo embutidos, sal, açúcar e café; realizar atividade física 5 vezes por semana por 30 minutos e reorganizar sua rotina diária com o fim de aumentar suas horas de sono por noite e otimizar seu tempo para os cuidados da casa, como mãe e esposa e ainda, acompanhar sua mãe nas demandas do tratamento da neoplasia.

Ao final da pesquisa, P4 afirmou uma melhora relativa quanto às **relações interpessoais** do esposo com sua mãe atribuindo a isso, seu posicionamento diante da situação. Numa conversa com ambos, abriu seu coração pedindo-lhes ajuda em compreender suas limitações em cuidar de tudo sozinha. Dividiu com o esposo o cuidado dos filhos, transferindo para ele a responsabilidade de leva-los e busca-los na escola e no ginásio de esportes; e sensibilizou a mãe a aceitar a companhia de seu padasto a acompanhá-la as seções de radioterapia em dias alternados com P4.

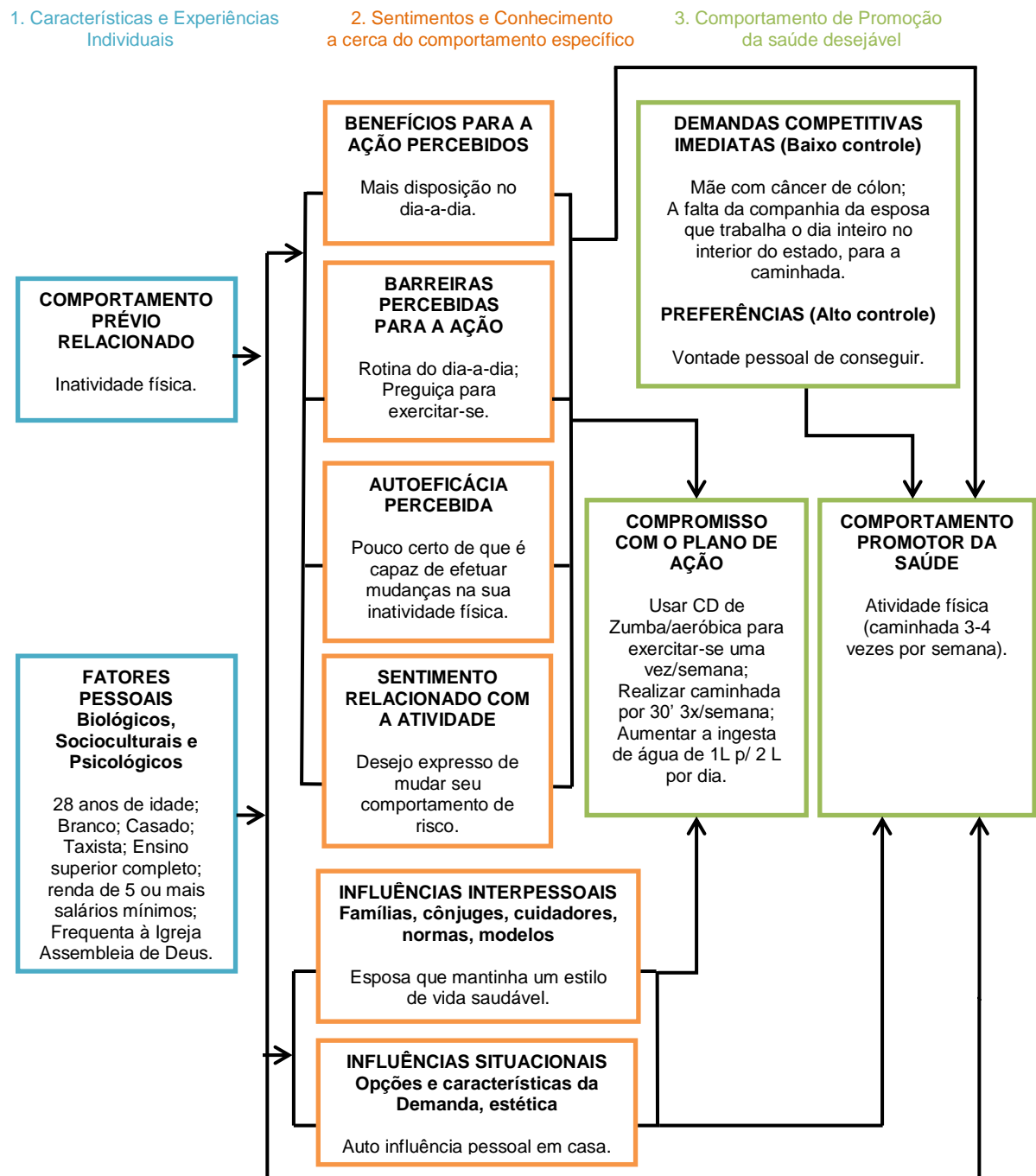
Passou a dormir cerca de 7 a 8 horas por noite e com a otimização do tempo, ainda conseguia reservar uma hora para sua meditação, estudo da bíblia e oração que lhe serviam de suporte espiritual para enfrentar os problemas do dia-a-dia. A mudança na alimentação também foi referida e quanto às atividades físicas, P4 saiu da inatividade, mas só conseguiu realizar caminhada ou fazer as aulas de zumba 3 vezes por semana, o que ainda é muito melhor do que o sedentarismo. Acredita-se que um tempo maior que o delimitado por essa pesquisa seria ideal para estimular P4 a prosseguir na manutenção da atividade física e aumentar pouco a pouco sua realização para 5 dias a cada semana.

Fato interessante que cabe aqui destacar, no momento em que a alopecia completa em virtude da quimioterapia acometeu a mãe de P4, essa participante espontaneamente, num ato de solidariedade e empatia raspou os cabelos de sua cabeça para encorajar sua mãe, que parecia bastante vaidosa quanto à sua

aparência, a apresentar-se de cabeça erguida, sem chapéu ou lenço. Essa atitude de P4 mostrou sua sensibilidade com o momento vivido pela sua mãe e certamente a ligação mãe-filha foi marcada de forma muito positiva.

O cerne das relações interpessoais foi assinalado aqui na aplicação da TMPS de Nola Pender no caso de P4 ressaltando aos enfermeiros mais um objeto de cuidado para a promoção da saúde de seus clientes.

Figura 12 – Diagrama da TMPS segundo dados das entrevistas de P5, Maceió, Al, Brasil, 2015.



P5, 28 anos de idade, sexo masculino, casado à apenas nove meses, ensino superior completo, renda familiar de 5 ou mais salários mínimos, taxista, frequentador assíduo da Igreja Assembleia de Deus, apresentou seus **comportamentos prévios** marcados pela inatividade física. Passava a maior parte do dia sentado, dirigindo um táxi nas ruas da parte nobre da cidade. Muito cuidadoso com sua alimentação e com seus relacionamentos interpessoais e com o Ser Superior, P5 só não encontrava tempo para exercitar-se.

Esse participante demonstrou muita consistência em sua espiritualidade durante toda a pesquisa. Alimentava um relacionamento com o Ser superior em busca de forças para passar por mais essa etapa de sua vida conforme a fala:

[...] A grande diferença é ter Deus. Com Deus a gente procura superar muitas coisas. Ele fortalece muitas vezes, até mais do que a gente merece e precisa. [...] Na vida da minha mãe, o que é mais interessante é pela força que ela tem né? Assim [...] tem sido bem diferente por que a gente esperava que fosse algo mais sofredor, mais doloroso. Mas graças a Deus ta tudo no caminho certo. [...] Deus falta só terminar algumas coisas que tem iniciado. E no tempo certo vai acontecer. (P5).

Como **demandas competitivas**, a mãe com câncer de cólon e a falta da companhia da esposa que trabalhava o dia inteiro no interior do estado, foram referidas por P5 logo na primeira entrevista. Gostava de jogar bola, mas, os dias em que seus amigos faziam isso, eram justamente nos fins-de-semana, tempo que ele reservava inteiramente à sua esposa e a seus familiares.

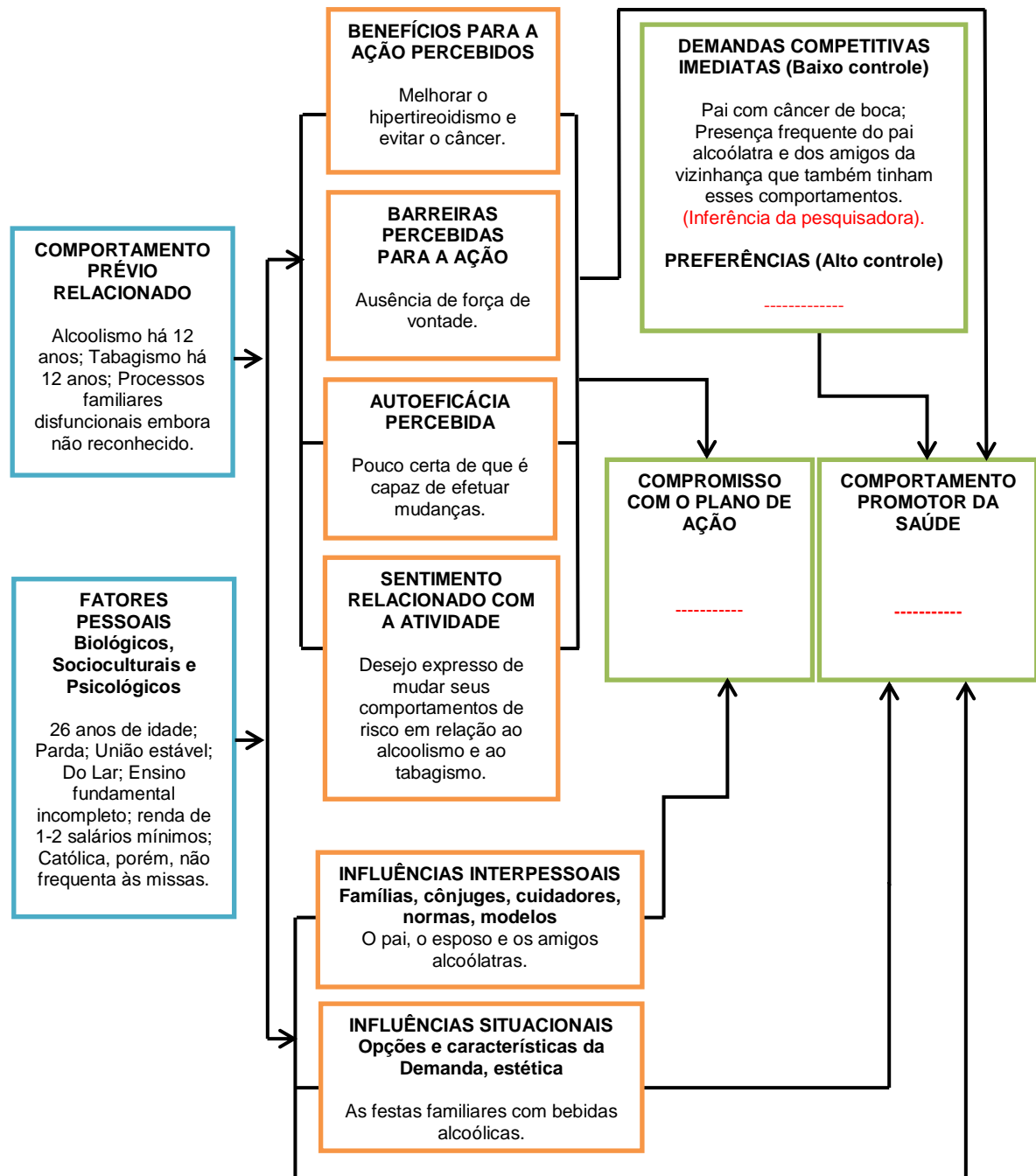
P5 conseguiu sair do sedentarismo pouco a pouco. Ao final do **plano de ação**, revelou estar fazendo caminhada de 4 a 5 vezes por semana. Sentia-se com mais disposição e havia adquirido o hábito de beber 2 litros de água por dia, o que não fazia antes de participar da pesquisa. Embora apenas um fator de risco tenha sido trabalhado com esse participante, os efeitos da atividade física na imunidade antitumoral já são cientificamente comprovados (CARMICHAEL et al, 2010; FURUE et al., 2008), ressaltando a importância desse fator na prevenção do adoecimento por câncer por parte dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros que podem utilizar-se de uma ferramenta prática como é a TMPS de Nola Pender aqui apresentada.

Figura 13 – Diagrama da TMPS segundo dados das entrevistas de P6, Maceió, Al, Brasil, 2015.

1. Características e Experiências Individuais

2. Sentimentos e Conhecimento a cerca do comportamento específico

3. Comportamento de Promoção da saúde desejável



P6, sexo feminino, 26 anos de idade, união estável, do lar, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, moradora de um bairro na periferia de Maceió, **comportamento prévio** relacionado expresso pelos comportamentos de alcoolismo e tabagismo há 14 anos, por processos familiares

disfuncionais e subalimentação, embora, esses últimos não reconhecidos por essa participante.

Em resposta à questão exploratória: “Como está sendo sua vida neste momento em que você acompanha seu familiar com câncer?” demonstrou medo expresso pela fala: *“Ta sendo difícil por que ninguém ta na pele dele (referindo-se ao pai) né? Quando eu soube fui tomada pelo medo. [...] porque eu tenho tendência também de ter né? Aí fiquei mais com medo por causa dessas coisas.”* (P4)

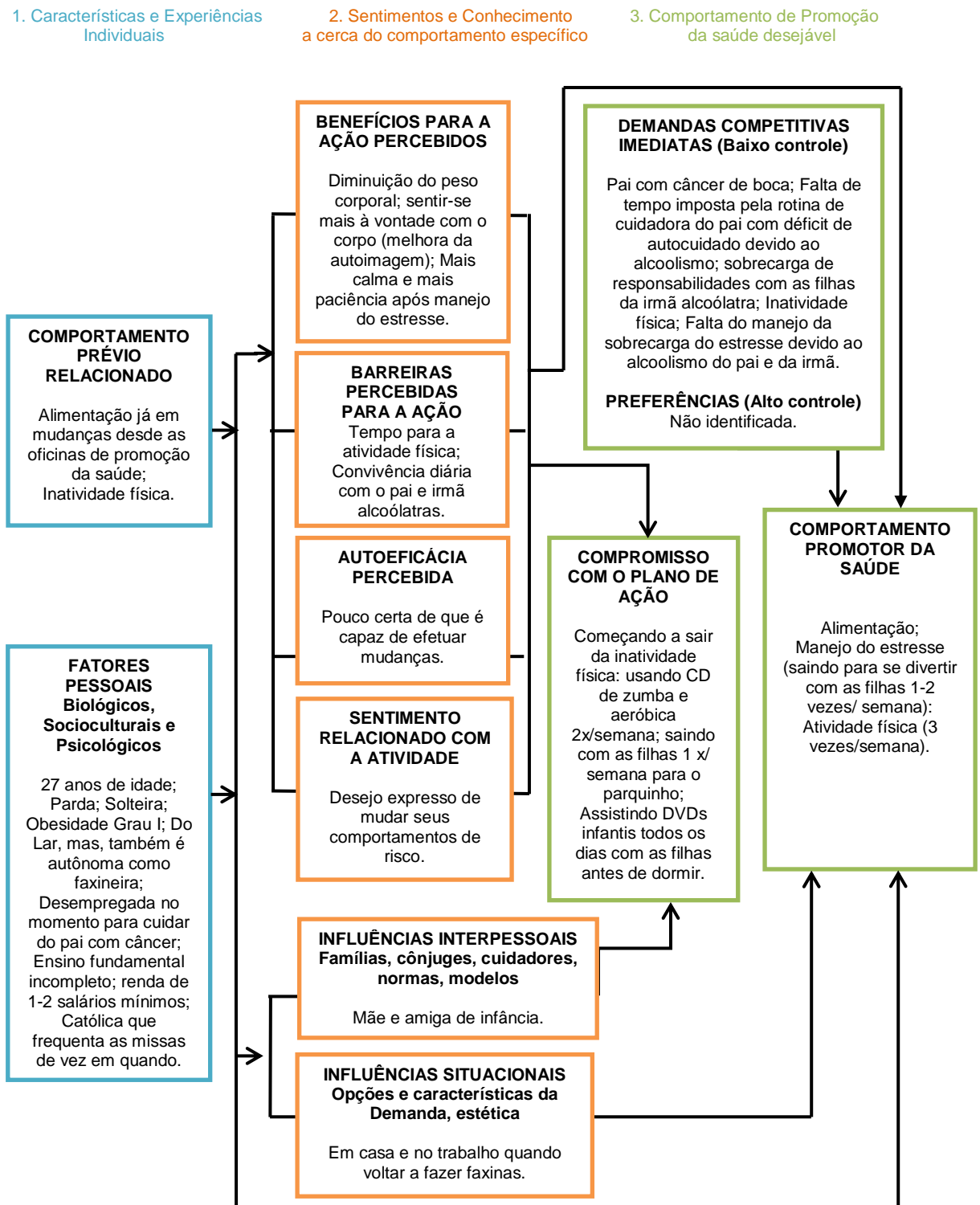
As **características e experiências individuais** de P6 se apresentaram como um grande desafio para trabalhar a mudança de comportamento nesse estudo, e isso foi identificado ainda nas oficinas de promoção da saúde. Traçaram-se estratégias para redução de danos na primeira entrevista, porém P6, não compareceu no dia de realização do **plano de ação** e a despeito de várias tentativas terem sido feitas por parte da pesquisadora para esse encontro, a participante desistiu de continuar na pesquisa.

Na primeira entrevista, P6 demonstrou um baixo grau na **autoeficácia**, pois, se dizia pouco certa de que era capaz de realizar mudanças em seus comportamentos de risco. Suas **demandas competitivas** careciam de atenção, pois estavam representadas pelo pai acometido pelo câncer de boca, mas que ainda mantinha o alcoolismo durante o tratamento, bem como, pelo convívio diário com os amigos da vizinhança que também tinham esses comportamentos.

Percebia-se na história de P6, um cenário marcado por vulnerabilidades sociais, carente de intervenções no âmbito individual e coletivo, numa parceria entre ações de enfermagem e políticas públicas. Faltava-lhe o empoderamento, capaz de tornar-lhe dona de si e de sentir-se pronta para efetuar mudanças significativas em prol de sua saúde.

De qualquer modo, permanece o desafio, pois, ao analisar os resultados desse estudo, a história de P6 produz a sensação de ser esta participante, a que provavelmente, mais necessitava das intervenções de enfermagem voltadas à promoção de sua saúde e diminuição do risco de acometimento por câncer. Espera-se conseguir nova estratégia de aproximação, a despeito do término desse estudo, para atuar de modo correspondente ao que Nola Pender define como a essência da Enfermagem: a Contribuição.

Figura 14 – Diagrama da Tmps segundo dados das entrevistas de P7, Maceió, Al, Brasil, 2015.



Com 27 anos de idade, mãe de duas filhas em idade escolar, solteira, do lar, ensino médio incompleto, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, moradora de um bairro na periferia de Maceió, obesidade grau I. P7, irmã de P6, apresentava como **demandas competitivas** para seus comportamentos de saúde: o pai com câncer de

boca e por vezes, abandonando o tratamento por causa do alcoolismo; a falta de tempo imposta pela rotina de cuidadora dele com déficit de autocuidado; a sobrecarga de responsabilidades com as filhas da irmã também, imersa no alcoolismo; a Inatividade física; e a falta do manejo da sobrecarga do estresse advinda do contexto aqui referido: *“Ta sendo preocupante por que ele (pai) não quer ajuda e ao mesmo tempo tenta se equilibrar. [...] É duro conviver com pessoas assim com câncer. Só o resultado depois da quimio é estressante e doloroso [...]”*. (P7)

Como P7 participou das oficinas de promoção da saúde, na primeira entrevista, relatou já haver mudado em muito seus hábitos alimentares. Consumia arroz integral, estava substituindo a carne vermelha pelo peixe e pelo frango; trocou o açúcar pelo adoçante a base de frutose e havia diminuído o consumo de frituras pelos assados. Também gostava de pão integral e o consumia mesmo antes das oficinas.

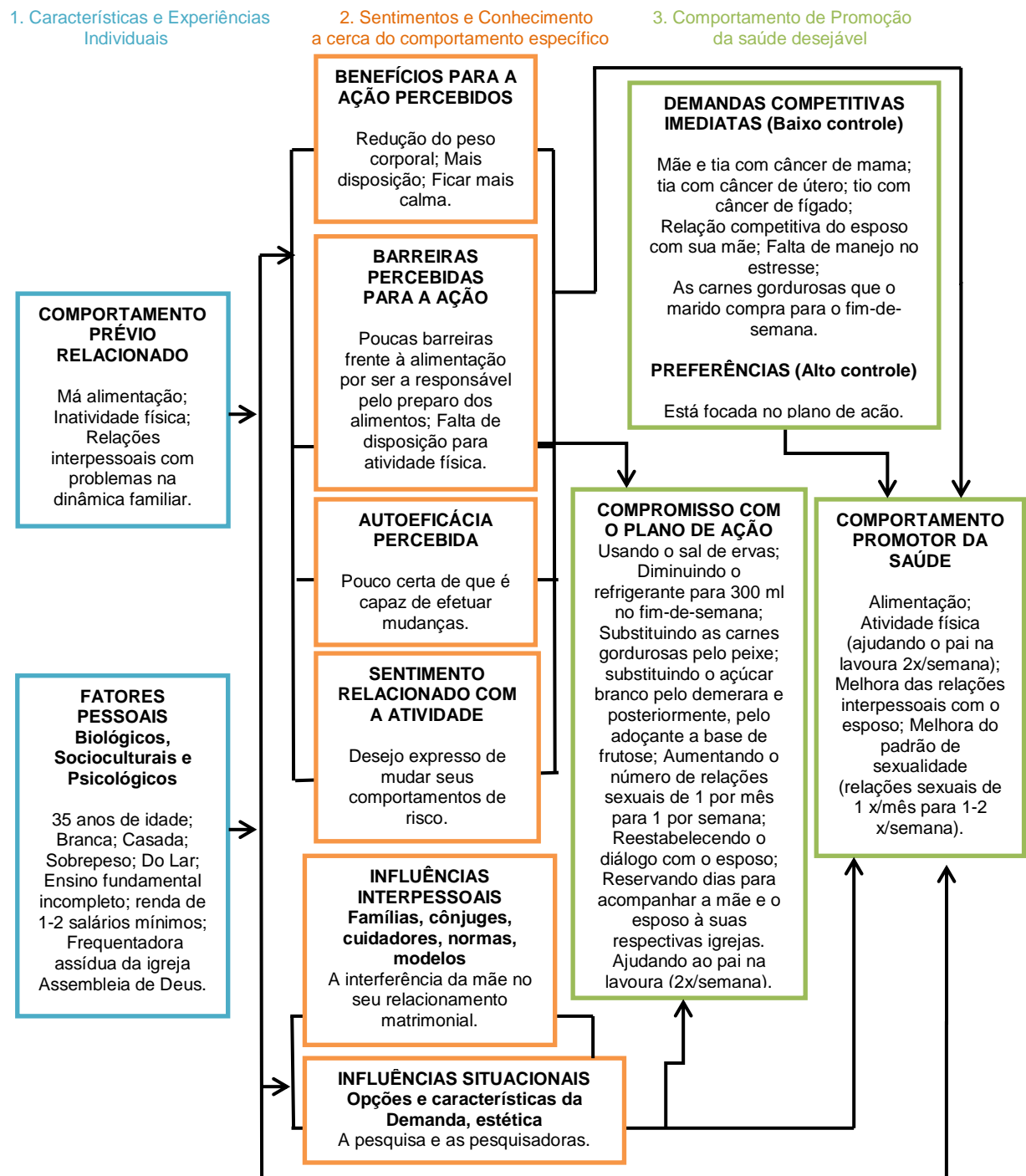
Na primeira entrevista identificou-se a necessidade de trabalhar com os fatores de risco: inatividade física e manejo do estresse. A sobrecarga como cuidadora do pai em tratamento de câncer, das suas duas filhas e das duas sobrinhas, filhas de P6, além dos cuidados domésticos na casa de sua mãe em vigência de tratamento de pé diabético, lhe cobravam muito, física e emocionalmente de modo que não lhe restava tempo para o autocuidado.

P7 apresentou-se com uma personalidade altamente altruísta. Mas faltava-lhe equilíbrio no sentido de reconhecer suas necessidades pessoais e da importância de cuidar-se para não aumentar o risco de vir a ser acometida por alguma doença, inclusive por neoplasias. Depois de refletir sobre sua condição de vida atual, decidiu acordar no **plano de ação**, reservar um dia por semana para dedicar-se ao lazer com as filhas. Quanto à atividade física, P7 começou a dançar zumba junto com a filha mais nova, e segundo ela, aqueles 30 minutos eram os mais divertidos do seu dia. Encontrava motivos para sorrir e sua autoestima pouco a pouco foi aumentando de modo favorável ao reconhecimento da necessidade de investir no seu autocuidado.

Na avaliação final do **plano de ação**, P7 referiu que a mãe já estava melhor das intercorrências com a lesão no pé devido ao diabetes e isso lhe deu oportunidade de reorganizar sua vida para cuidar do pai, da irmã, das filhas e das sobrinhas. Buscava a todo custo ajudar a sua irmã P6, mas, acreditava que o

momento certo ainda estava por vir. P7 é uma das participantes que também sugerem as limitações desse estudo. A sensação de incompletude permanece ao perceber que uma das **demandas competitivas** do diagrama de P7, não foi trabalhada; e esta, dependeria das intervenções de enfermagem direcionadas à sua irmã (P6), o que não foi possível durante as fases desse estudo.

Figura 15 – Diagrama da Tmps segundo dados das entrevistas de P8, Maceió, Al, Brasil, 2015.



P8, sexo feminino, casada, mãe de uma criança em idade escolar, ensino fundamental incompleto, do lar, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, sobrepeso. Como **comportamento prévio relacionado**, os fatores de risco como a alimentação inadequada, a inatividade física e as relações interpessoais com problemas na dinâmica familiar foram identificados.

Com referência à alimentação, P8 participou das oficinas de promoção da saúde e em decorrência disso, já estava modificando seus hábitos alimentares. Assim, o **plano de ação** focou mais na atividade física e nas relações interpessoais. Com o ICM significando um sobrepeso, P8 precisava apenas romper o sedentarismo e prosseguir na mudança dos hábitos alimentares. Contudo, sentiu-se a necessidade de aumentar a **autoeficácia**, já que P8 se dizia pouco certa de que era capaz de efetuar mudanças.

Na primeira entrevista com essa participante, ao tratar das relações interpessoais, P8 deixou claro que a **demandas competitiva** que mais lhe incomodava era a dinâmica familiar ameaçada pelas relações interpessoais entre ela e seu esposo. O fato de ter-se deixado absorver com os cuidados prestados à sua mãe parecia ser a causa de seu relacionamento matrimonial apresentar-se com problemas no momento da primeira entrevista conforme sugere a fala: “[...] *Tá sendo muito corrido né? Uma vida muito corrida e triste. [...] Aí é assim, um dia ela tá melhor, outro dia ela tá assim triste mesmo. É muita luta. [...].*” (P8).

Ao falar de seu conjugue, o descrevia como um homem bom para ela e para a filha, trabalhador, daqueles que não deixava faltar nada em casa, calmo e carinhoso, mas apesar disso, P8 se mostrava ressentida pelo fato dele não ajudá-la nos cuidados de sua mãe em tratamento de câncer de mama.

Contou que passou a ser agressiva com o esposo e não conseguia mais ser diferente. A má relação resultou na falta de diálogo e diminuição das relações sexuais para 1 vez por mês. Sentia que estavam se afastando cada vez mais e não sabia como sustentar aquele relacionamento. Chegou a expressar dúvidas quanto ao amor do esposo por ela, embora, acreditasse que como homem religioso, não seria capaz de traí-la.

A fragilidade de P8 diante dessa situação foi o principal foco para intervenção de enfermagem. Dessa feita, no **plano de ação** foi elaborado estratégias para reflexão quanto a atitude agressiva de P8 direcionada ao esposo. Ela concluiu que

suas ações estavam provocando reações negativas nele. Foi-lhe entregue um CD de aconselhamento familiar e traçado estratégias para reaproximação do casal. P8 se comprometeu a conversar com o esposo assumindo que o adoecimento da mãe por câncer estava exigindo muito dela e por isso, estava reagindo mal a toda àquela demanda estressante. Pediria a ele, um pouco mais de compreensão e apoio nessa fase difícil da vida. Aumentar o número de relações sexuais também foi estabelecido no plano.

P8 seguiu o plano de forma surpreendente. Ao final da pesquisa, havia se reaproximado do esposo. A conversa que tiveram rompeu as barreiras para o diálogo e conseqüentemente as relações sexuais melhoraram em número, de 1 por mês, à 1 ou 2 vezes por semana e em qualidade também. O esposo de P8 passou a ser mais compreensivo e atencioso quanto aos problemas decorrentes do tratamento da mãe e a dinâmica familiar voltou ao normal.

Embora P8 não tenha conseguido em sua totalidade assumir o **comportamento promotor de saúde** através da realização de atividade física (caminhada, 5 vezes por semana), ao final da pesquisa, com o término do tratamento de sua mãe, a mesma relatou estar capinando no sítio de seu pai cerca de 3 horas, durante 2 a 3 dias por semana. Por essa informação é possível concluir que essa participante conseguiu sair do estilo de vida sedentário reafirmando aqui mais uma contribuição da enfermagem na adoção de comportamentos promotores de saúde.

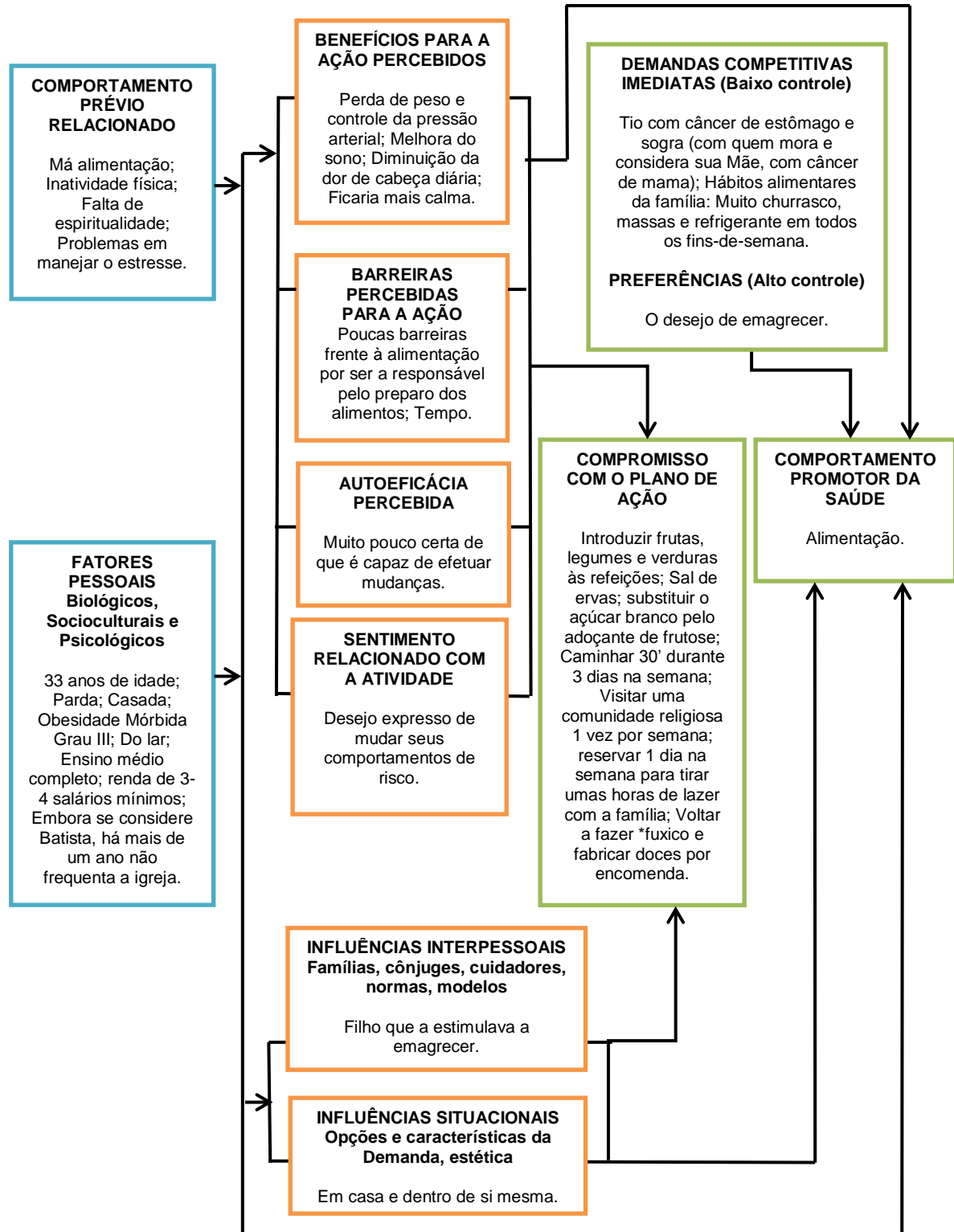
Como as relações interpessoais representam fatores psicossociais que influenciam a capacidade de resistência a doenças inclusive ao câncer (Hernandez-Reif, 2014), é possível inferir que a pesquisa contribuiu significativamente na vida de P8 e mais indivíduos poderão ser auxiliados em suas necessidades físicas e emocionais pelas intervenções de enfermagem.

Figura 16 – Diagrama da Tmps segundo dados das entrevistas de P9, Maceió, Al, Brasil, 2015.

1. Características e Experiências Individuais

2. Sentimentos e Conhecimento a cerca do comportamento específico

3. Comportamento de Promoção da saúde desejável



*Arte de transformar retalhos em peças de coxas e almofadas.

As **características e experiências individuais** de P9 correspondem a uma participante do sexo feminino, de 33 anos de idade, casada, mãe de uma criança em idade escolar, ensino médio completo, do lar, obesidade mórbida em grau III, com **comportamentos prévios** que incluem a alimentação inadequada, a inatividade física, a falta de espiritualidade e os problemas em manejar o estresse decorrente das **demandas competitivas** do tio com câncer de estômago e da sogra com câncer de mama, com quem morava e considerava sua mãe. A fala de P9 denota a implicação de ser cuidadora de pessoa com câncer:

A minha vida ta meio parada por que eu deixei de estudar e trabalhar só pra tomar conta dela (sogra). Eu fazia um curso de fisioterapia e parei por que eu não posso deixar ela só. Mudou tudo. A minha vida, do meu filho, do meu marido. Mudou tudo. (P9).

Chamava a atenção em sua fala, às angústias vivenciadas com o tratamento de câncer de dois membros da família. Como morava com a sogra, e pelo fato do tratamento com quimioterapia antineoplásica estivesse causando muitas reações adversas naquele período, P9 deu muita ênfase ao estresse em seu cotidiano e queixou-se da falta de apoio espiritual. Contou que a cerca de um ano havia deixado de frequentar a comunidade religiosa da qual fez parte, uma igreja batista próxima a sua casa.

A causa de ter deixado de ir à igreja foi o seu peso corporal. Sua autoimagem estava comprometida e começou a achar que as pessoas da igreja a viam de forma preconceituosa. Assim, resolveu afastar-se justo no período em que a sogra adoeceu com câncer. Deixou também de ler a Bíblia, de louvar e de orar e no momento, afirmou sentir falta disso, embora, não tivesse coragem de voltar à igreja que frequentava anteriormente.

Diante dessas informações, traçaram-se estratégias no **plano de ação** para reforçar sua espiritualidade, manter a reforma alimentar, pois, por ter participado das oficinas de promoção da saúde, na primeira entrevista P9 já relatou as mudanças que vinha fazendo em seus hábitos alimentares. Também se traçou medidas para que ela saísse do estilo de vida sedentário com o fim de proporcionar a diminuição do peso corpóreo e conseqüente diminuição do IMC.

Na avaliação final do **plano de ação**, P9 estava visitando à outra igreja cristã (atendendo ao convite de sua irmã), voltou a fazer suas meditações, orações e

leitura da Bíblia de onde retirava conforto e fortalecimento para enfrentar as demandas como cuidadora de pessoa com câncer, mantinha os cuidados com a alimentação, mas, não realizava nenhum tipo de atividade física devido a uma hérnia de disco que lhe acometia, além de um problema no joelho causado pelo seu excesso de peso.

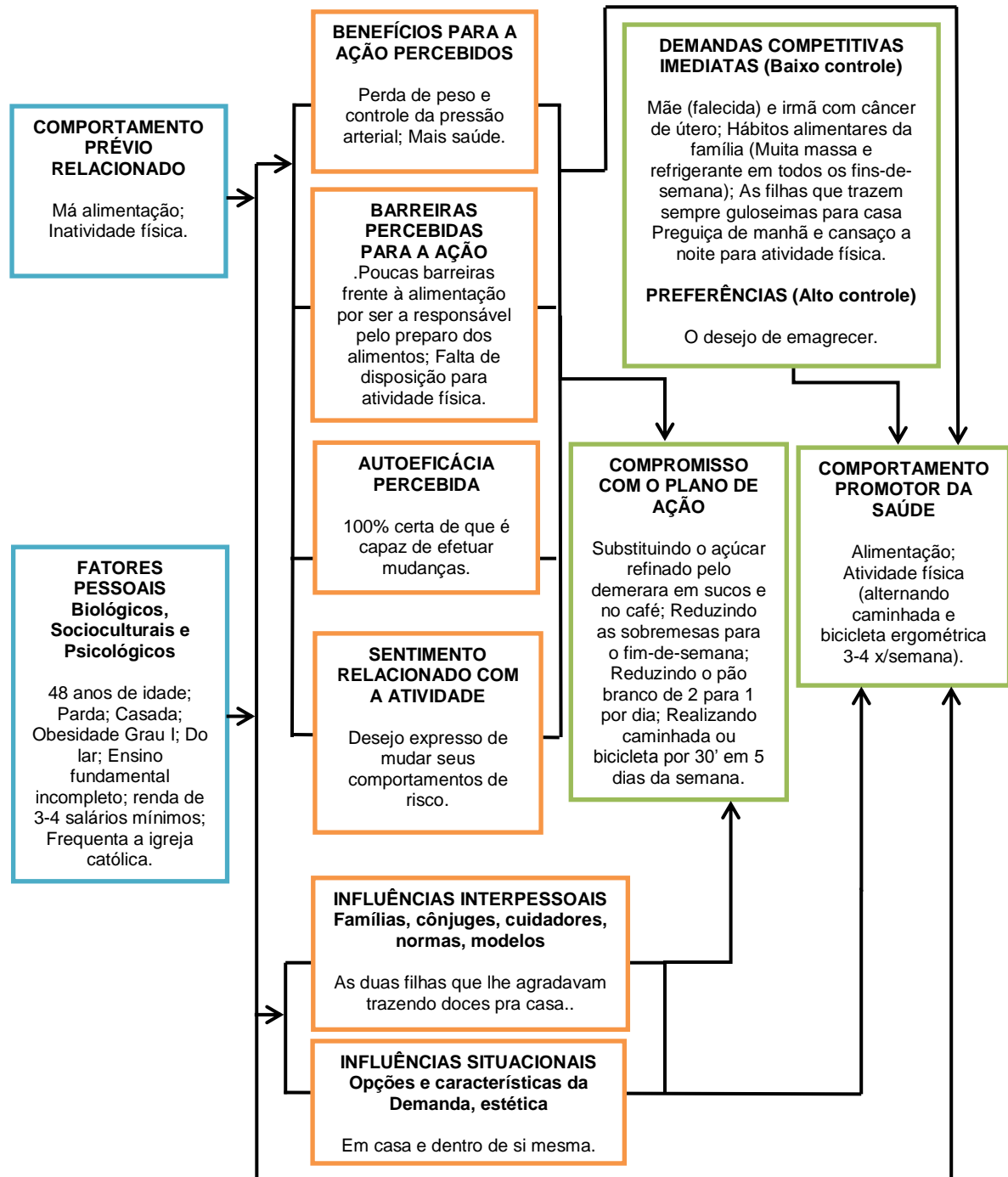
As limitações desse estudo foram mais uma vez percebidas ao trabalhar a promoção da saúde com P9. Lidar com a mudança de comportamentos estabelecidos ao longo de uma vida imprime a necessidade de mais tempo. E certamente, esse tempo deverá ser definido de forma diferente para cada indivíduo, o que não foi possível diante dessa pesquisa.

Figura 17 – Diagrama da TMPS segundo dados das entrevistas de P10, Maceió, Al, Brasil, 2015.

1. Características e Experiências Individuais

2. Sentimentos e Conhecimento a cerca do comportamento específico

3. Comportamento de Promoção da saúde desejável



Aos 48 anos, P10 foi a participante de maior idade; obesidade em grau I, casada, mãe de duas filhas universitárias, do lar, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 3 a 4 salários mínimos. A alimentação inadequada e a inatividade física eram os fatores de risco para neoplasias vigentes em seus **comportamentos**

prévios. Suas **demandas competitivas** de baixo controle correspondiam à mãe falecida devido ao câncer de útero e irmã também tratando desse mesmo tipo de câncer; hábitos alimentares da família composto por muita massa e refrigerante em todos os fins-de-semana, bem como, as filhas que traziam sempre guloseimas para casa. Quanto à inatividade física, definiu a preguiça pela manhã e o cansaço a noite como barreiras para sua realização.

P10 se mostrava agradecida por ter participado das oficinas de promoção da saúde e o fato de ter acompanhado o câncer em dois membros da família ressaltava sua preocupação com a prevenção e promoção de sua saúde:

[...] É uma coisa que abala tudo. Tanto o paciente como a gente que ta cuidando. E cada dia a gente aprende mais. [...] Aprende a se cuidar e a cuidar da paciente e, a saber, mais. É, a partir do momento que minha mãe teve, eu era curiosa de saber. Mas não foi tanto como agora que é a minha irmã. Por que eu lidei com pessoa que me explicava as coisas (referindo-se às pesquisadoras) pra mim saber como é. Pra eu ficar ciente se um dia eu for ter né? [...] Porque da primeira vez não fui orientada em nada. Até as palavras que falavam, que os médicos tem um linguajar diferente da gente que é difícil né? Tem gente que é até analfabeto. [...] Eles diziam e eu nem procurava saber. Hoje em dia eu vou em cima; eu procuro saber o que é (P10).

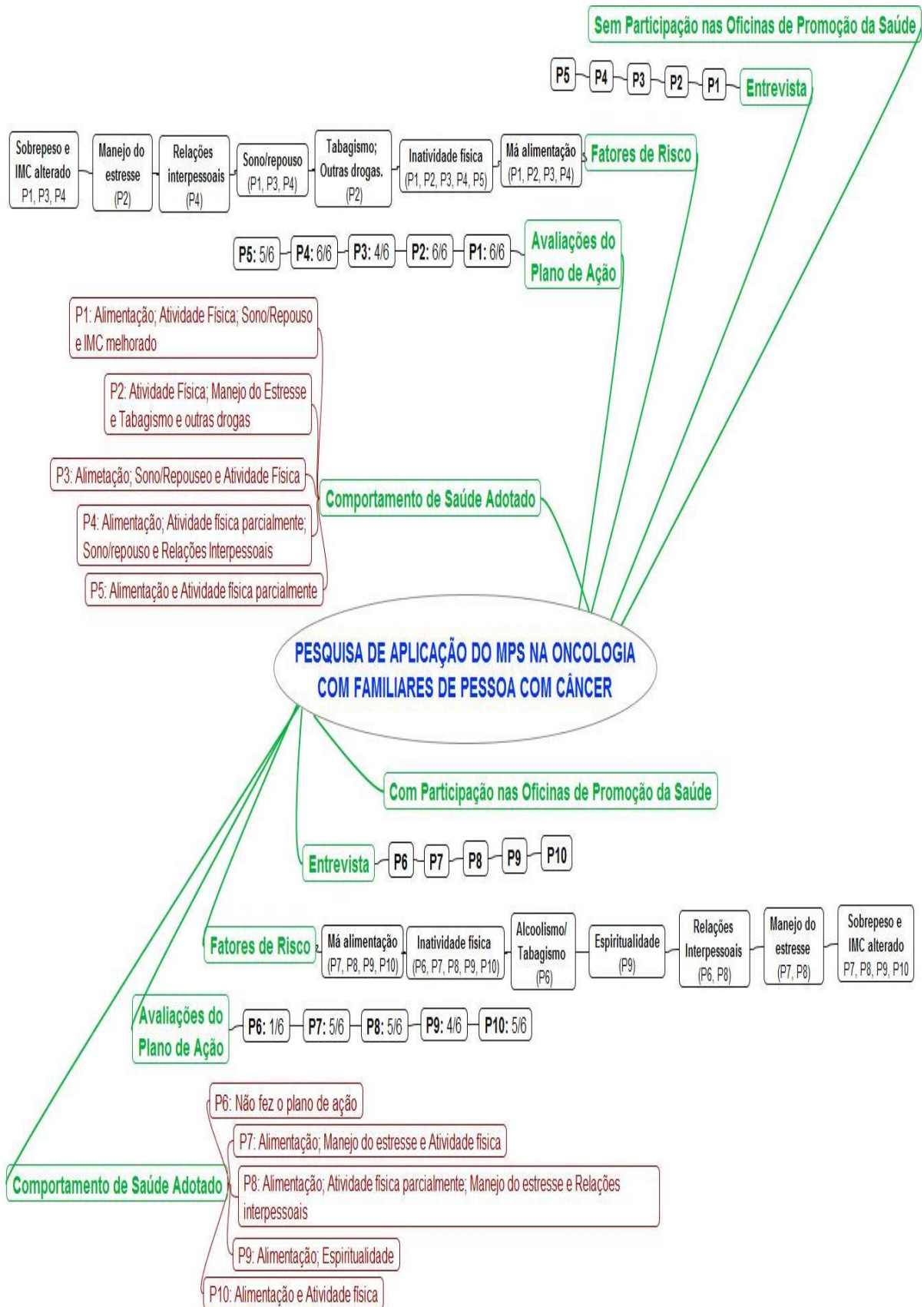
Com base nessa fala é possível refletir quanto à importância da comunicação adequada na assistência da clientela nos serviços de saúde. Também se pode inferir que as oficinas educativas, ao orientar quanto aos fatores oncopromotores e quanto aos comportamentos de saúde que necessitavam ser assumidos para a promoção da saúde e proteção contra o adoecimento por neoplasias, resultaram no empoderamento de P10, ao ponto de estimulá-la para querer saber, conhecer e preparar-se para transformar seu estilo de vida a favor de sua saúde.

Assim, P10 mostrou-se disposta a efetuar mudanças em seus comportamentos de risco frente à alimentação inadequada e a inatividade física. Dessa feita, foram estabelecidas estratégias para isso no **plano de ação**. Na avaliação final essa participante estava realizando atividade física por 30 a 40 minutos durante 5 dias por semana. Alternava a caminhada com a bicicleta ergométrica e se mantinha firme na mudança da alimentação. P10 mostrou muita consistência em todo o período da pesquisa e cumpriu o **plano de ação** conjunta em sua totalidade.

4.3. Comportamento de promoção da saúde desejável

Esse tópico trata do comportamento de promoção de saúde desejável. Embora os diagramas da TMPS aplicados individualmente tenham apresentado esses resultados, busca-se aqui, observar, se as informações dadas nas oficinas previamente às entrevistas e aplicação da TMPS de Pender, influenciaram nos resultados desse estudo. Para tanto, construiu-se um mapa temático comparativo do comportamento de saúde adotado pelos dois grupos de participantes desse estudo. A figura 18 apresenta esses dados.

Figura 18 – Mapa do resultado final da TMPS aplicado em grupos comparativos de familiares de pessoa com câncer, Maceió, Al, Brasil, 2015.



Os dados do mapa comparativo revelam que o grupo de participantes da pesquisa que não frequentaram as oficinas (GRUPO 1) trabalhou o mesmo número de fatores de risco que o grupo de participantes que compareceram as oficinas de promoção da saúde contra o câncer (GRUPO 2). Porém em se tratando dos comportamentos de saúde adotados, houve mais adesão no primeiro grupo e isso foi atribuído ao fato de que uma participante (P6) não realizou o **plano de ação** no 2º grupo. Também, a alteração no IMC só foi melhorada no caso de P1, fato que se atribuiu a necessidade de maior tempo para diminuição do peso corporal com consequente diminuição do IMC em todos os participantes desse estudo. O Quadro 9 consolida esses resultados.

Quadro 9 – Comportamentos de risco identificados e comportamentos de saúde adotados pelos grupos de participantes da pesquisa, Maceió, Al, Brasil, 2015.

Fatores de Risco para Neoplasias	GRUPO 1		GRUPO 2	
	Comportamento Identificado	Comportamento Adotado por	Comportamento Identificado	Comportamento Adotado por
Alimentação	4	4	4	4
Atividade Física	5	5	5	3
Tabagismo/Outras Drogas	1	1	1	----
Alcoolismo	----	----	1	----
Sono/Repouso	3	3	----	----
Relações Interpessoais	1	1	2	1
Espiritualidade	----	----	1	1
Manejo do Estresse	1	1	2	2
IMC	3	1	4	0

Os dados da tabela acima destacam que o número de comportamentos de risco para o adoecimento por neoplasias foi maior no Grupo 1 e que a adoção do comportamento de saúde também foi maior nesse grupo. Fato justificado pela desistência de uma participante do Grupo 2 (P6) em realizar o **plano de ação**.

Acredita-se que as oficinas de promoção da saúde influenciaram na mudança de comportamento principalmente frente à alimentação, pois, quando foi realizado o **plano de ação** dos participantes desse grupo, esse fator de risco já havia sofrido

mudanças nas 4 participantes, em conformidade com as orientações dadas nas oficinas. Os outros fatores, porém, careciam de estratégias mais individualizadas e por esta razão, não apresenta grandes diferenças entre os comportamentos de risco identificados e os comportamentos de saúde adotados em comparação com o Grupo 2.

Com esses resultados é possível afirmar que a aplicação da TMPS de Pender é viável e atende ao que se propõe no sentido de possibilitar ao enfermeiro contribuir com os indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco de neoplasias, no sentido de orientá-los e empoderá-los para que possam transformar seu estilo de vida adotando comportamentos promotores de saúde. Vale ressaltar, que o PE não necessita ser concluído na avaliação final, pois, até mesmo nessa fase é possível realizar reajustes ou até mesmo, identificar novos diagnósticos de enfermagem que necessitem de intervenção e atenção.

Assim, a reformulação do plano deve atender às necessidades individuais dos participantes, considerando o cotidiano de vida de cada um, bem como, o tempo que eles individualmente vão precisar para a adoção dos comportamentos promotores de saúde. Essas considerações sugerem que estudos longitudinais provavelmente contribuirão para superar as limitações desse estudo, já que para fins de pesquisa, o tempo empregado foi de apenas três meses, denotando o caráter transversal.

5 CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo aplicar a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na oncologia e avaliar os resultados provenientes de sua aplicação em familiares de pessoa com câncer, com o fim de responder a questão de pesquisa: “Que resultados se podem obter a partir da aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde (TMPS) de Nola Pender na Oncologia?”.

O principal resultado a ser apontado diz respeito à adequação do Processo de enfermagem (PE) implícito na TMPS de Pender, como ferramenta para abordagem de familiares da pessoa com câncer tendo em vista à promoção e proteção de sua saúde em especial no que se refere ao adoecimento por neoplasias.

Na primeira fase do processo, correspondente ao **levantamento de dados**, ao levantar **características e experiências pessoais, conhecimentos e sentimentos específicos** e as **demandas competitivas** relacionadas aos **comportamentos promotores de saúde** foi possível identificar os comportamentos que imprimem risco de neoplasias tais como: o padrão inadequado de sono/repouso, o alcoolismo, o tabagismo, a falta de espiritualidade, as relações interpessoais disfuncionais, a ausência no manejo do estresse, a alimentação inadequada e o sedentarismo, sendo os dois últimos, os que preponderaram nesse estudo.

Dessa feita, é possível afirmar que o modelo de Pender possibilita levantar os comportamentos de saúde que correspondem aos fatores oncopromotores, e que são passíveis de serem modificados quando reconhecidos pelo indivíduo, que ao perceber os benefícios da mudança de comportamento, sente-se motivado a assumir **comportamentos promotores de sua saúde**.

Isso é visto na segunda e terceira fases do P.E. A segunda correspondeu aos **diagnósticos de enfermagem**, ou seja, a análise feita pela enfermeira dos dados levantados chegando a identificação dos **comportamentos promotores de saúde** que necessitariam ser assumidos. Dentre esses foi possível dirigir especial atenção àqueles que protegiam contra o adoecimento por neoplasias tais como: diminuir o uso excessivo de cafeína que refletia na quantidade inadequada de sono/repouso; trabalhar a ansiedade que se configurava no estresse contínuo devido à abstinência às drogas, diminuir a obesidade provocada pelos hábitos alimentares inadequados e pelo sedentarismo, dentre outros.

Ao comunicar como previsto na TMPS, a cada familiar os comportamentos que poderiam por eles ser adotados percebia-se que as pessoas ao tomar ciência de que os mesmos lhe protegeriam do risco de adoecer por câncer se dispunham a efetuar mudanças em sua vida, ao concordarem com a elaboração conjunta com a enfermeira de um **plano de ação**, que estabelecia os **comportamentos promotores de saúde** que desejava assumir sendo essa a operacionalização da terceira fase do P.E., isto é, a fase de **planejamento**. Os comportamentos desejados por eles retratavam o entendimento da necessidade de transformar seu estilo de vida. Assim, a alimentação e a atividade física foram os comportamentos mais definidos pelos familiares como desejáveis para mudança.

Conseqüentemente ao PE foram aplicáveis a quarta e quinta fase que trabalharam a **implementação** e a **avaliação do plano** respectivamente mostrando que o PE não é estático em si mesmo, mas sim, parte de uma avaliação processual contínua, com o fim de observar a necessidade de ajustes ou de reforço, enquanto se está assumindo a mudança dos comportamentos promotores de saúde. A individualidade na aplicabilidade da TMPS de Pender também foi percebida como essencial à valorização do indivíduo, respeitando-o em sua autonomia e capacidade para assumir novos comportamentos que julgue necessário.

A última fase do PE correspondeu à **avaliação final** que objetivou avaliar quais comportamentos de saúde, os familiares individualmente, foram capazes de assumir. Embora acreditando segundo Pender, que a repetição de um hábito, levará ao costume e mudança tal que pouco a pouco esse será incorporado ao estilo de vida, reconhece-se que determinados comportamentos necessitariam de maior tempo para completa adesão. Ainda assim, os resultados mostraram que o conhecimento do risco e a apreensão pelo indivíduo de que ele é capaz de efetuar mudanças em seus hábitos de vida, com o fim de preservar sua saúde e mais especificamente, proteger-se contra o câncer, atuou como um estímulo positivo em direção a adoção de comportamentos promotores da saúde.

Considera-se, portanto, que o objetivo de aplicar a Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, na oncologia, voltado aos familiares de pessoas com câncer foi atingido ao se usar a estratégia da metodologia do PE implícito na TMPS de Pender pelos resultados descritos. Igualmente, também foi

possível avaliar os resultados obtidos com a aplicação dessa teoria como dantes explicitado na discussão.

Ao tratar-se dos benefícios que uma pesquisa pode trazer à comunidade científica, entende-se que seus resultados devem propiciar a utilização de um produto aplicável nas esferas do ensino, da pesquisa e da assistência visando a melhoria da qualidade em todos os níveis. Nos campos da administração e marketing, produto significa: *“Tudo aquilo que pode ser oferecido para apreciação, aquisição, uso ou consumo e para satisfazer um desejo ou uma necessidade do consumidor.”* (UVB, 2015, p.2).

Assim, o produto final dessa pesquisa está na apresentação aos enfermeiros de uma teoria imersa da própria enfermagem, que pode ser utilizada para dar a conhecer aos indivíduos seus comportamentos de risco para o adoecimento por neoplasias, entendendo que o conhecimento lhes servirá de estímulo para a mudança de comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis orientados pela enfermagem com o fim de promover a saúde dessa comunidade vulnerável.

Ressalta-se aqui a importância da utilização de teorias de enfermagem para que o trabalho do enfermeiro seja direcionado segundo o raciocínio clínico pautado no conhecimento científico. A esse respeito, em bibliometria (em processo de submissão em periódico científico) realizada durante o mestrado sobre a utilização da TMPS de Nola Pender nas teses e dissertações de enfermeiros brasileiros, nos Catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), percebeu-se que essa teoria não foi aplicada nos estudos sobre promoção da saúde nos catálogos CEPEN – ABEN de 2009 a 2013.

Portanto sugere-se que os cursos de pós-graduação *stricto sensu* em enfermagem considerem a possibilidade de investir no ensino, aplicação e validação de teorias e modelos teóricos produtos do saber científico da categoria, com vistas a favorecer o reconhecimento da profissão como ciência.

Tratando-se da promoção da saúde sugere-se também, que a TMPS de Pender seja aplicado atendendo ao proposto pelas Políticas Públicas de Saúde e a própria Política de Promoção da Saúde, dando visibilidade às ações de enfermagem em resposta às prioridades nacionais em saúde e conseqüentemente da população, sendo instrumentos como mostrou este estudo, que cooperam para a transformação

da realidade social contribuindo para a abordagem das situações de vulnerabilidade e dos fatores condicionantes e determinantes de saúde.

Espera-se, que novas pesquisas, adaptáveis à área de interesse sejam feitas, norteando-se por esse produto, e que os enfermeiros apropriem-se dessa ferramenta em sua prática assistencial valorizando a profissão como ciência.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, B.L. et al. Biohavioral, imune, and health benefits following recurrence for psychological intervention participants. **Clinical Cancer Research**. Ohio, USA, v.16, n.12: 3270-3278, 2010.

ALLEN, I.C. Non-inflammasome forming NLRs in inflammation and tumorigenesis. **Journal Frontiers in Oncology**, Blacksburg, VA, USA, 22 apr. 2014.v.5, n.169, p.1-7, 2014. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4001041/pdf/fimmu-05-00169.pdf. Acesso em: 03 maio 2014.

ALVES, A. C. S. **Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**. 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ANDOLHE, R.; GIDO, L.A.; BIANCHI, E.R.F. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Santa Maria, RS, v.43, n.3, p.711-200, 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a30v43n3.pdf. Acesso em: 14 abr. 2014.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Projeto diretrizes: evidências científicas sobre tabagismo para subsídio ao poder judiciário**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2013.

AYRES, J. R. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P.F.S.; FERANDES, J.J.S. **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014. p. 1-25.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 121-143.

BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M.M. Developing competency -based accreditation for health promotion in Europe. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 87-96. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/79564/83582>. Acesso em: 28 ago 2015.

BARBOSA, D.C.; SOUSA, F.G.M.; LEITE, J.L. Pontuando interveniências nas relações familiares frente ao cuidado à criança com condição crônica. **Texto &**

Contexto Enferm., Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 87-95. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00087.pdf. Acesso em: 17 maio 2015.

BECK, U. **Risck Society: toward a new modernity**. London: Newbury Park; New Delhi, Sage Publications; 1992. 272 p.

BEKTAS, M. et al. Turkish university students' nutritional habits regarding cancer prevention and healthy lifestyles. **Asian Pac. J. Cancer Prev.** Turquia, v.11, n.5, p.1347-1350. 2010. Disponível em: http://www.apocpcontrol.org/paper_file/issue_abs/Volume11_No5/c%201347-50%20Murat%20Bektas.pdf. Acesso em: 12 mar 2014.

BERBEL, D.B.; RIGOLIN, C.C.D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Rev. Bras. de Ciência, Tecnologia e Sociedade**. São Carlos, SP, v. 2, n. 1, p. 25-38, 2011.

BORGES, C.L. et al. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. **J. Nurs. UFPE on line**. Fortaleza, v.9, n. 4, p.7474-7481. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6660/11975>. Acesso em: 16 abr 2015.

BORGES, G.F. et al. Diferenças em populações de células exterminadoras naturais (Natural Killers-NK) sanguíneas periféricas entre atletas de caiaque e não atletas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v.18, n.5, p.305-307, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 18 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS. **Unidades de Conteúdo Políticas públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde**. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, 2011. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 19 maio 2015.

_____^a. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Políticas e ações para a prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. Rio de Janeiro, RJ:

INCA, 2013. 4. Reimpr.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rede Nacional de Câncer Familiar: manual operacional/Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_nacional_cancer_manual.pdf. Acesso em: 22 set 2013.

_____.^b Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **O câncer e seus fatores de risco: o que a educação pode evitar?**. Rio de Janeiro, INCA, 2013. 2ª ed . rev atual. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancerfatoresrisco.pdf>. Acesso em 16 abr 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011. Disponível em:
http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf. Acesso em: 11 set 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem: núcleo integrador. Planejando uma prática pedagógica autônoma e significativa em enfermagem 10 / Ministério da Saúde**. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/form_ped_modulo_10.pdf. Acesso em: 16 set 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Prevenção e detecção: fatores de risco – alcoolismo**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=14. Acesso em 17 set 2014.

CARMICHAEL, A.R et al. Physical activity and breast cancer outcome: abrief review of evidence, current practice and future direction. **Eur. J. Surg. Oncol**. Dudley, West Midlands, Inglaterra, v. 36, n.12, p.1139-1148. 2010. Disponível em:
<http://www.ejso.com/article/S0748-7983%2810%2900510-X/pdf>. Acesso em: 23 jun 2015.

CARVALHO, A.I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de janeiro, v. 24, n.1, p. 4-5, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/00.pdf>. Acesso em 27 abr 2015.

CATELAH, T.T.T. et al. Aspectos celulares e moleculares da inflamação. **Rev. Sinopse de Reumatologia**, v.08, n.10, p.66-81, 2014.

CHIAVEGATTO-FILHO, A.D.P. et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, n. 1, p.1-12, 2015.

D'ASSUMPÇÃO, E.A. Tanatologia e Biotanatologia. **Núcleo Fênix.com**, Anchieta, Espírito Santo, 2012. Disponível em: <http://www.nucleofenix.com/index.php/artigos-do-prof-evaldo/textos-para-estudo/129-tanatologia-e-biotanatologia>. Acesso em 30 Set 2014.

_____. Suicídio endógeno. **Núcleo Fênix.com**, Anchieta, Espírito Santo, 2012. Disponível em: <http://www.nucleofenix.com/index.php/artigos-do-prof-evaldo/textos-para-estudo/152-suicidio-endogeno>. Acesso em 30 Set 2014.

_____. Doença e Espiritualidade. **Núcleo Fênix.com**. Anchieta, Espírito Santo, 2012. Disponível em: <http://www.nucleofenix.com/index.php/artigos-do-prof-evaldo/textos-para-estudo/153-doenca-e-espiritualidade>. Acesso em: 30 Set 2014.

FERNANDES, G.C.M.; BOETHS, A.E.; RUMOR, P.C.F. Rotinas e rituais familiares: implicações para o cuidado. **Ciênc. Cuid. Saúde**. Santa Catarina, v.10, n.4, p. 866-871, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18334/pdf>. Acesso em: 03 nov 2015.

FLÓRIA-SANTOS, M. et al. Atuação do enfermeiro em oncologia na perspectiva da genética e genômica. **Texto contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.22, n.2, p.526-533, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a31.pdf>. Acesso em: 21 set 2014.

FURUE, H. et al. Decreased risk of colorectal cancer with the high natural killer cell activity NKG2D genotype in Japanese. **Carcinogenesis**. Nagoya, Japão, v.29, n. 2, p. 316-320, 2008. Disponível em: <http://carcin.oxfordjournals.org/content/29/2/316.full.pdf+html>. Acesso em: 21 set 2014.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso. Access on 24 May 2015.

GIORDANO, M.G. **Envelhecimento, câncer e hormônios**. Rio de Janeiro: Ed. Ciência Moderna Ltda., 2012.

GUERRERO, G.P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez 2014.

HERNANDEZ-REIF, M. et al. Natural killer cells and lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. **Int. J. Neurosci.** Miami, v. 115, n. 4, p. 495-510, 2014. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/00207450590523080>. Acesso em: 11 dez 2014.

HOYOS, G.P.A. et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Uma reflexión em torno a su comprensión. **Enfermería Universitaria**. México, v.8, n.4, p.16-23, 2011. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>. Acesso em: 14 set 2014.

IZU, M.; CORTEZ. E.A.; VALENTE, G.C. et al. Trabalho noturno como fator de risco na carcinogênese. **Cienc. Enferm.** Concepción, Chile, v. XVII, n. 3, p. 1-13, 2009.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Texto Contexto – Enferm.** Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012; Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12173/8639Risco%20ou%20vulnerabilidade%20social>. Acesso em: 18 maio 2015.

KAUFMANN, J-C. **A entrevista compreensiva**: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes; Maceió: EDUFAL, 2013. 202p.

KILE, R.G. et al. Adolescents' awareness of cancer risk factors and associations with health-related behaviours. **Oxford Journal**. Inglaterra, v.18, n. 5, p. 816-827, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23648385>. Acesso em: 22 ago 2014.

LAMARCA, G; VETTORE, M. Escolaridade: um macro determinante limitado por diferentes realidades sociais. 2012. In: Determinantes sociais da saúde: portal e observatório sobre iniquidades em saúde. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/01/escolaridade-um-macro-determinante-limitado-por-diferentes-realidades-sociais/>. Acesso em: 11 maio 2015.

LEONIR, Y. Pesquisar e formar: repensar o lugar e a função da prática de ensino. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 97, p. 1299-1325, set./dez. 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/es/v27n97/a11v2797. Acesso em: 17 set 2014.

MARTINS, P.C.A.; BERSANI, S. As situações de vulnerabilidade social e a família contemporânea: aspectos do convívio familiar. **Rev. Conexão**, v. 1, n. 37, p. 1-9, 2013.

MATTA, D.C et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v. 19, n. 3, p. 286-299, 2014.

MENDES, M.C.S; PIMENTEL, G.D; PAULINO, D.S.M. Obesidade e câncer: as doenças do século. **Rev. Abeso**, v. 54, n. 7, n. 1- 4, 2011.

MENESES, R.C.T. et al. Promoção da saúde em população quilombola nordestina – análise de intervenção educativa em anemia falciforme. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 132-139, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000100132&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 21 maio 2015.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, Set. 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1993000300002&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 11 set 2014.

MINKLER, M. Linking Science and Policy Through Community-Based Participatory Research to Study and Address Health Disparities. **American Journal of Public Health**, California, v.100, n.51, p. 581-587. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837446/>. Acesso em: 29 ago 2015.

MOURA, Maria Martha Duque de. Família contemporânea e saúde: significados,

práticas e políticas públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 397-398, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/00.pdf>. Acesso em: 08 out 2014.

NASCIMENTO EB, LEITE RD, PRESTES J. Câncer: benefícios do treinamento de força e aeróbio. **Rev. Educ. Fís. UEM.**, v. 22, v.4, p. 651-658, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/refuem/v22n4/a15.pdf>. Acesso em 11 dez 2014.

NASCIMENTO, L.C. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paul. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 23, n.3, p. 437-440, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a21.pdf>. Acesso em: 07 mar 2015.

NASCIMENTO, N.A. et al. Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. **Rev Ciênc Cuid Saúde**. Vila Velha, ES, v.10, n.4, p.789-794, 2011.

OGUISSO, T.; FREITAS, G.F. Direitos humanos e vulnerabilidades. In: BARROS, S.; CAMPOS, P.F.S.; FERANDES, J.J.S. **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014. p. 26-53.

OLIVEIRA, A.M. et al. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Rev. esc. enferm. USP**. Uberaba, MG, v. 46, n.1, p. 240-245. 2012.

OSORIO, G.A. et al. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. **Hacia la Promoción de la Salud**, Manizales, Colombia, v.15, n.1, p.128-143, 2010.

PEDREITA, L.C; OLIVEIRA, A.M.S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. Bras Enferm.** Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 730-736, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>. Acesso em: 24 abr 2015.

PENDER, N. **The Health Promotion Model** – Manual online. 2012. Disponível em: <http://www.healthpromotionmodel.org/theory>. Acesso em: 30 set 2014.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M.A. **Health Promotion in Nursing Practice**. New Jersey: Pearson, 2011.

PINTO, B.K. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em

construção. **Rev. Min. Enferm.**, n. 16, n. 4, p. 487-493, 2012.

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Salvador, BA, v. 46, n. 3, p. 580-9, 2012.

POLIT, D.F.; BECK C.T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATI, L.E.; COUTO, M.C.P.P.; KOLLER, S.H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Rev. Psicologia Teoria e Pesquisa**. Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 403-408, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a14v25n3.pdf>. Acesso em: 23 abr 2015.

RANGEL-S, M.L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciênc. Saúde Coletiva** online, v.12, n.5, p.1375-1385, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/29.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.

RODRIGUES, J.S.; FERREIRA, N.M.L.A.; CALIRI, M.H.L. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. 2013. **Rev Medicina**. Ribeirão Preto, SP, v.46, n.3, p. 289-296.

SACHAHIAMAN, L.A. **Modelo de promoción de la salud de Nola Pender**. 2014. [online. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/maribelmezagamarra/nola-pender-36554641?related=2>. Acesso em: 30 set 2014.

SANCHEZ, K.O.L.; FERREIRA, N.M.L.A. O apoio social para a família do doente com câncer em situação de pobreza. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, SC, v. 21, n. 4, p. 792-799, 2012.

SANTOS, D.S. **Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 2014.

SCHEREIBER-SERVAN, D. **Anticâncer: Prevenir e vencer usando nossas defesas naturais**. 2ª. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SILVA, K.L et al.. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção da saúde. **Rev. Bras Enferm**. Brasília, 2009; 62(1): 86-91.

SILVA, A.C.S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável. Aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p.745-753: 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/18.pdf>. Acesso em: 13 set 2015.

TAVARES, M.F.L. et al. Promoção da saúde como política nacional de promoção da saúde. In: **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

TEIXEIRA, M.U.B. Buscando sentidos para o ato de conhecer: perspectivas de estudantes e professores. SILVA, G.T.R. Espósito VHC. In: **Educação e saúde: cenários de pesquisa e intervenção**. São Paulo (SP): Martinari; 2011. p. 203-18.

THIRY-CHERQUES, H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Revista PMKT**, v.003, n.2, p.20-7, 2009.

TORRES, C.V.; ALLEN, M.W. Influência da cultura, dos valores humanos e do significado do produto na predição de consumo: síntese de dois estudos multiculturais na Austrália e no Brasil. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 127-152, June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712009000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jun 2015.

TRINDADE, L.L. et al. Desafios na assistência aos grupos vulneráveis. In: **2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: um projeto possível**. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/117.pdf>. Acesso em: 07 jun 2015.

VAN DER SAND, I.C.P. et al. Produção do conhecimento em enfermagem à luz dos campos sociais e do espaço quadripolar da pesquisa: um exercício reflexivo. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1187-1196, Dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000400038&lng=en&nrm=isso. Acesso em 04 Sept 2014.

VIANA, C.D.M.R. **Fatores de risco e marcadores de vulnerabilidade ao câncer de mama em mulheres com HIV/AIDS**, Fortaleza: UEC, 2009, 103 p.

VICTOR, J.F.; LOPES, M.V.O.; XIMENES, L.B. Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul. de Enferm**. Fortaleza, v.18, n.3, p. 235-240, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>.

Acesso em: 27 maio 2014.

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. **Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acesso em: 09 Apr 2014.

ZHOU, F.L. et al. Impact of comorbid anxiety and depression on quality of life and cellular immunity changes in patients with digestive tract cancers. **World J. Gastroenterol.** v. 11, n. 15, p, 2313-2318, 2005. Disponível em: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/11/2313.pdf>. Acesso em: 11 Dec 2014.

Universidade Virtual Brasileira (UVB – online). **Gestão Mercadológica de produtos e serviços**. Aula 2: Conceito básico de produtos e serviços. Disponível em: http://arquivos.unama.br/nead/gol/gol_mkt_6mod/gestao_mercado_prod_servicos/pdf/aula02.pdf. Acesso em: 07 jun 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Categorização dos artigos da amostra final da revisão integrativa sobre a Promoção da Saúde. p.1/5.

Base de Dados	Periódico/ Dados da Publicação	Número de Identificação/ Título	Autoria/ Tipo de Pesquisa/Nível de Evidência	Sujeitos da Pesquisa/ Origem	Objetivos
PubMed	A Cancer Journal for Clinicians v.59, n.1, p.1-3; 2009. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20000/pdf	1. Infectious Diseases and Global Cancer Control	Elizabeth T. H. Fontham Reflexão/ Consenso/ VII	----- EUA	Ressaltar a importância de se trabalhar os fatores de risco modificáveis
	BMC Public Health v.6, n.2,p.1-6; 2006 http://www.biomedcentral.com/submit/pdf/1471-2458-6-2.pdf	2. Public awareness of risk factors for cancer among the Japanese general population: A population-based survey.	Manami Inoue, Motoki Iwasaki, Tetsuya Otani, Shizuka Sasazuki & Shoichiro Tsugane Ensaio Clínico Controlado Randomizado/ II	2000 japoneses em idade de 20 anos ou mais, selecionados nos ônibus. Japão	Fornecer informações sobre a atribuível fração de câncer provocada sobre a população japonesa em geral.
	Como responde a questão da pesquisa? Apesar da pesquisa voltada para a população geral japonesa mostrou que a fração atribuível de câncer entre os japoneses tende a ser mais elevada para o câncer causado por infecção, pela exposição ocupacional, poluição do ar e comida, sendo um dos principais fatores de estilo de vida a dieta.	3. Cancer prevention	Janusz Jankowski e Estudo Descritivo/ VI	Um cliente com uma amiga diagnosticada com câncer cólon retal. EUA	Informar os fatores de risco para o câncer cólon retal e os fatores de risco modificáveis do estilo de vida anticâncer
	British Medical Journal (BMJ) v.331, p.618; 2005 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1215557/pdf/bmj33100618.pdf	Como responde a questão da pesquisa? Descrevendo que muitos fatores de risco para o câncer dizem respeito ao estilo de vida (dieta, atividade física, tabagismo) e prevenção do câncer sobrepõe-se com a prevenção s de outras doenças, como a doença vascular.	4. Modifiable risk factors for cancer	C J Stein e G A Colditz Revisão de Estudo Descritivo/ V	----- EUA	Demonstrar que a incidência do câncer pode ser bastante reduzida através da modificação do estilo de vida.
British Journal of Cancer v. 26; n. 90(2), p. 299-303; 2004. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2410150/pdf/90-6801509a.pdf	Como responde a questão da pesquisa? A pesquisa indica que mais da metade de todos os cânceres em países desenvolvidos poderiam ser evitados se nós implementássemos medidas de toda a população para promover os seguintes comportamentos: reduzir o uso do tabaco, aumentar a atividade física, controle peso, melhorar a dieta, limitar o álcool, utilizar práticas sexuais mais seguras, fazer os testes de rastreio do cancro de rotina, e evitar o excesso de exposição ao sol.				

APÊNDICE A - Categorização dos artigos da amostra final da revisão integrativa sobre a Promoção da Saúde. p.2/5.

Base de Dados	Periódico/ Dados da Publicação	Número de Identificação/ Título	Autoria/ Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência	Sujeitos da Pesquisa/ Origem	Objetivos
PubMed	The Journal of Nutrition v.134, n.12(Suppl), p.3513S-3516S; 2004. http://jn.nutrition.org/content/134/12/3513S.full.pdf+html	5. Diet and cancer prevention: evidence-based medicine to genomic medicine.	Go VL, Wong DA, Wang Y, Butrum RR, Norman HA, Wilkenson L. Revisão Sistemática/ |	..... EUA	Fazer relatório abrangente das evidências disponíveis e da posterior conclusão que os cânceres mais importantes são influenciados por padrões dietéticos.
	Como responde a questão da pesquisa? Relacionando o estilo de vida em relação aos maus hábitos alimentares como um dos maiores fatores de risco para o câncer.				
	The Journal of Nutrition v.135, n.12 Suppl, p.3016S-3020S; 2005 http://jn.nutrition.org/content/135/12/3016S.long	6. Nutrient-gene interaction: metabolic genotype-phenotype relationship.	Go VL, Nguyen CT, Harris DM, Lee WN. Revisão Sistemática/ |	..... EUA	Apresentar a relação das informações sobre a interação nutriente-gene baseado no metabolismo para propor recomendações dietéticas individualizadas para diminuir o risco de câncer.
	Como responde a questão da pesquisa? Apresentando a relação da alimentação com alteração genética e o desenvolvimento de doenças, inclusive o câncer.				
	Health Promotion International v.22, n.2, p.137-145; 2007 http://heapro.oxfordjournals.org/content/22/2/137.full.pdf+html	7. Health promotion at NHS breast cancer screening clinics in the UK.	Bernadette Fisher, Dawn Dowding, Kate E. Pickett, Fiona Fylan Ensaio Clínico Controlado Randomizado/ II	413 mulheres atendidas em duas clínicas de triagem de mama Reino Unido	Mostrar como a dieta, o sedentarismo, excesso de peso e obesidade expõe 2/3 das mulheres com idade superior a 50 anos a um aumento do risco de morbididades relacionadas com o estilo de vida, até o câncer de mama.
	Como responde a questão da pesquisa? Provando a relação da dieta inadequada, sedentarismo, excesso de peso e obesidade como responsáveis por dois terços dos casos de câncer de mama na Inglaterra.				
	Asian Pacific J Cancer Prev v.7, p.672-678, 2006 http://www.apoccontrol.org/paper_file/issue_aps/Volume7_No4/Kobayashi%20672-678.pdf	8. "One Step" for cancer prevention	Hiroshi Kobayashi Artigo de opinião e Revisão/ VII	..... Japão	Apresentar os pontos de vista do autor sobre a prevenção do câncer, juntamente com alguns resultados experimentais.
	Como responde a questão da pesquisa? Defendendo pelos resultados de algumas pesquisas que o câncer é uma das doenças mais comuns que tem seu desenvolvimento relacionado ao estilo de vida. Apresentando a Dieta, o tabaco e a infecção como os maiores fatores de risco para o câncer.				

APÊNDICE A - Categorização dos artigos da amostra final da revisão integrativa sobre a Promoção da Saúde. p.3/5.

Base de Dados	Periódico/ Dados da Publicação	Número de Identificação Título	Autoria/ Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência	Sujeitos da Pesquisa/ Origem	Objetivos
PubMed	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention v.9, p.569-574; 2008 http://www.apocpcjournal.org/abstract/issue/abs/volume9/No4/569%20c%20Esin.pdf	9. Eating Habits, knowledge about cancer prevention and the HPLP scale in turkish adolescents.	Can HO, Ceber E, Sogukpinar N, Saydam BK, Otles S, Ozenturk G. Estudo Qualitativo Descritivo/ VI	390 estudantes adolescentes Turquia	Determinar os hábitos alimentares, o nível de conhecimento sobre a prevenção do câncer e o comportamento de um grupo de adolescentes.
	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention v.11, p.1347-1350; 2010 http://www.apocpcjournal.org/abstract/issue/abs/volume9/No4/569%20c%20Esin.pdf	10. Turkish University Students' nutritional habits regarding cancer prevention and healthy lifestyles.	Bektas M, Malak AT, Yumer AS, Korkmaz M, Ozkan A. Estudo Qualitativo Descritivo/ VI	390 estudantes voluntários Turquia	Determinar estilo de nutrição, comportamento de saúde dos alunos de 05 escolas, estilo de vida de saúde e suas implicações para o câncer.
	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention v.12, p.869-874, 2011 http://www.apocpcjournal.org/abstract/issue/abs/volume12/No4/869-74%20c%2011%20Heul-Sug%20Jo.pdf	11. Adherence Segmentation to promote lifestyle for cancer prevention in the Korean community.	Jo HS, Jung SM. Estudo de Coorte IV	2025 pessoas abordadas por chamada telefônica Coreia do Sul	Descrever 10 orientações para o estilo de vida para a prevenção do câncer.
	Journal Community Healthy v.37, n.2, p.434-440; 2011. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062537/pdf/nihms-459202.pdf	12. Physical activity among Amish and non-Amish adults living in Ohio Appalachia.	Katz ML, Ferketich AK, Broder-Oldach B, Harley A, Reiter PL, Paskett ED, Bloomfield CD. Estudo de Coorte IV	112 famílias Amish. EUA	Entender os fatores comportamentais do estilo de vida que podem contribuir para reduzir as taxas de incidência de câncer entre a população Amish; avaliar as diferenças de atividade física (AF), os níveis entre adultos Amish e não Amish vivem em Ohio.
					Como responde a questão da pesquisa? Apresentando o estado nutricional e o estilo de vida saudável e o estilo de vida saudável como importantes fatores não só na etiologia do câncer, mas também na prevenção da doença. Detalhando a importância da promoção de estilo de vida saudável entre as pessoas desde a infância.
					Como responde a questão da pesquisa? Determinando o estilo de vida, tais como o alcoolismo e o tabagismo que são fatores evitáveis e modificáveis, como intimamente associados ao câncer. Atribuindo maiores respostas quanto a relação da adoção, desenvolvimento e mudança de comportamentos de saúde relacionados ao risco de câncer em adultos.
					Como responde a questão da pesquisa? Determinando o estilo de vida, tais como o alcoolismo e o tabagismo que são fatores evitáveis e modificáveis, como intimamente associados ao câncer. Atribuindo maiores respostas quanto a relação da adoção, desenvolvimento e mudança de comportamentos de saúde relacionados ao risco de câncer em adultos.

APÊNDICE A - Categorização dos artigos da amostra final da revisão integrativa sobre a Promoção da Saúde. p.4/5.

Base de Dados	Periódico/ Dados da Publicação	Número de Identificação/ Título	Autoria/ Tipo de Pesquisa/ Nivel de Evidência	Sujeitos da Pesquisa/ Origem	Objetivos
PubMed	British Journal of Cancer v. 105, n. 9, p. 1443-1450; 2011. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241547/pdf/bjc2011370a.pdf	13. Physical activity and breast cancer risk in chinese women.	Pronk A, Ji BT, Shu XO, Chow WH, Xue S, Yang G, Li HL, Rothman N, Gao YT, Zheng W, Matthews CE. Estudo de coorte/ IV	73 049 mulheres chinesas (40-70 anos). EUA	Apontar tanto o exercício como a atividade ocupacional associável a um menor risco de câncer de mama, e apoiar as campanhas de promoção da saúde atuais que promovem o exercício.
	Health Education Research. v. 28, n5, p. 816-27; 2013 http://her.oxfordjournals.org/doi/abs/10.1093/her/cdt016	14. Adolescents' awareness of cancer risk factors and associations with health-related behaviors.	Kyle RG, Nicoll A, Forbat L, Hubbard G. Estudo de coorte/ IV	422 Adolescentes entre 11-17 anos, alunos de 04 escolas na Inglaterra e Scotland. Reino Unido	Apresentar os resultados de uma intervenção educativa para aumentar a conscientização sobre os fatores de risco do câncer em adolescentes.
SCIELO	Journal of the National Medical Association v. 96, n. 1, p. 76-86 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2594759/pdf/jnma00301-0078.pdf	15. Addressing multiple breast cancer risk factors in african-american women.	Stolley MR, Fitzgibbon ML, Wells A, Martinovich Z. Estudo de coorte/ IV	44 mulheres afro-americanas em sobrepeso EUA	Explorar a aceitação e a facilidade de estimar os efeitos da obesidade e sobrepeso na saúde da mama e designar a intervenção de redução do risco em afro-americanas.
	Texto Contexto Enferm. v. 14, n. 2, p. 246-249; 2005 http://www.scielo.br/pdf/ctce/v14n2/a12v14n2	16. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem.	Isaura Maria Bata Henriques Peixoto Branco Artigo de Reflexão/Opinião/ VII	..... Portugal	Apresentar algumas reflexões e alguns pressupostos teóricos sobre prevenção do câncer e educação em saúde, uma vez que esta área tem constituído uma preocupação pessoal e sócio profissional.
		Como responde a questão da pesquisa? Afirmando que mais de 70% dos canceres são determinados por agentes externos ao organismo, intimamente ligados ao ambiente e aos estilos de vida das populações. Ressaltando a importância da educação em saúde como uma estratégia para entameiros exercerem a promoção da saúde, pela orientação do estilo de vida saudável.			

APÊNDICE A - Categorização dos artigos da amostra final da revisão integrativa sobre a Promoção da Saúde. p.5/5.

Base de Dados	Período: Dados da Publicação	Número de Identificação: Título	Autoria: Tipo de Pesquisa: Nível de Evidência	Sujeitos da Pesquisa: Origem	Objetivos
Medline	Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics v.113, n.7, p.972-979; 2013. http://www.andjnl.org/article/S2212-2672(13)2900528-5/pdf	17. Position of the academy of nutrition and dietetics: the role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention.	Deborah Leachman Slawson, Nurgul Fitzgerald, Kathleen T. Morgan. Artigo de Opinião/ VII	..... EUA	Apresentar a posição da Academia de Nutrição e Dietética de que a Prevenção Primária é o mais eficaz e acessível método para prevenir a doença crônica inclusive o câncer, e que intervenção dietética impacta positivamente nos resultados de saúde em todo o ciclo de vida.
	The American Journal of Clinical Nutrition v.96, p.150-163; 2012. http://ajcn.nutrition.org/content/96/1/150.full.pdf.html	18. Is concordance with World Cancer Research Institute for Cancer Research guidelines for cancer prevention related to subsequent risk of cancer? Results from the EPIC study.	Dora Romaguera et al. Estudo de coorte / IV	355 participantes de 09 países europeus. Reino Unido	Investigar se há concordância com as Recomendações do WCRF/ AICR relacionado ao risco de câncer na Investigação Prospectiva Europeia sobre o Estudo do Câncer e Nutrição (EPIC).
	Transactions of the American Clinical and Climatological Association v.121, p.1-20; 2010. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917156/#_ftn_sec2title	19. Presidents' address: common mechanisms of multiple diseases: why vegetables and exercise are good for you.	R. Wayne Alexander Revisão de Estudo Descritivo/ V	..... EUA	Apresentar as escolhas de estilo de vida como a Plataforma Fundamental para a Saúde.
		Como responde a questão da pesquisa? Afirmando que o exercício físico regular, comer uma dieta de estilo mediterrânico, a ingestão moderada de álcool e abster-se de fumar promove a longevidade e reduz a mortalidade cardiovascular por todas as causas, incluindo a de câncer.			

APÊNDICE C - Formulário de Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)
MESTRADO EM ENFERMAGEM – PPGENF



Entrevista Semiestruturada			
Roteiro para Entrevista			
Identificação: _____		DATA: __/__/__	
1. CARACTERÍSTICAS E EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS			
1.1. Fatores Pessoais			
Sexo: F () M () Idade: _____ Naturalidade: _____ Etnia: Negra () Parda () Branca ()	Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Profissão/Ocupação: _____ Escolaridade: _____ Religião: _____	Estado de União: Casado () União Estável () Divorciado () Viúvo () Solteiro ()	Nível Socioeconômico: Alto () Médio () Baixo () Legenda: 5 ou mais SM – Alto 3 a 4 SM – Médio 1 a 2 SM – Baixo
1.2. Comportamento Prévio Relacionado			
Você já fez tentativas no passado para melhorar esses comportamentos?	Alimentação Sim () Não () () Não se aplica	Atividade Física Sim () Não () () Não se aplica	Sono/Repouso Sim () Não () () Não se aplica
	Alcoolismo Sim () Não () () Não se aplica	Tabagismo Sim () Não () () Não se aplica	Espiritualidade Sim () Não () () Não se aplica
	Relações Interpessoais Sim () Não () () Não se aplica	Manejo do Estresse Sim () Não () () Não se aplica	Outro: Sim () Não () () Não se aplica
O que você aprendeu dessas experiências?			

Formulário de Entrevista Semiestruturada

1.3. Desejo expresso de mudar algum comportamento			
Mas atualmente, você gostaria de mudar alguns desses comportamentos?	Alimentação Sim () Não () () Não se aplica	Atividade Física Sim () Não () () Não se aplica	Sono/Repouso Sim () Não () () Não se aplica
	Alcoolismo Sim () Não () () Não se aplica	Tabagismo Sim () Não () () Não se aplica	Espiritualidade Sim () Não () () Não se aplica
	Relações Interpessoais Sim () Não () () Não se aplica	Manejo do Estresse Sim () Não () () Não se aplica	Outro: Sim () Não () () Não se aplica
2. CONHECIMENTOS E SENTIMENTOS ESPECÍFICOS DO COMPORTAMENTO			
2.1. Benefícios percebidos Quais os benefícios que você vê em melhorar esses comportamentos?	Alimentação () Não se aplica	Atividade Física () Não se aplica	Sono/Repouso () Não se aplica
	Alcoolismo () Não se aplica	Tabagismo () Não se aplica	Espiritualidade () Não se aplica
	Relações Interpessoais () Não se aplica	Manejo do Estresse () Não se aplica	Outro: () Não se aplica
2.2. Barreiras percebidas Que barreiras você pode ter para melhorar esses comportamentos?	Alimentação () Não se aplica	Atividade Física () Não se aplica	Sono/Repouso () Não se aplica
	Alcoolismo () Não se aplica	Tabagismo () Não se aplica	Espiritualidade () Não se aplica
	Relações Interpessoais () Não se aplica	Manejo do Estresse () Não se aplica	Outro: () Não se aplica
Pág.2/4	() Não se aplica	() Não se aplica	() Não se aplica

Formulário de Entrevista Semiestruturada

2.3. Autoeficácia Percebida O quanto você está certo que pode superar essas barreiras e melhorar esses comportamentos? <small>1 2 3 – Incerto/ 4 5 6 7- Pouco certo 8 9 10 - Muito certo</small>	Alimentação: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica	Atividade Física: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica	Sono/Repouso: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Alcoolismo: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica	Tabagismo: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica	Espiritualidade: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Relações Interpessoais: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica	Manejo do Estresse: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica	Outro:: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica
2.4. Sentimento Relacionado à Atividade O que você mais gosta relacionado a esses comportamentos?	Alimentação Quais? <input type="checkbox"/> Não se aplica	Atividade Física Quais? <input type="checkbox"/> Não se aplica	Sono/Repouso Quantas horas? <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Alcoolismo Quais? Quantas doses/ dia? <input type="checkbox"/> Não se aplica	Tabagismo Quantos por dia? <input type="checkbox"/> Não se aplica	Espiritualidade O Que? Frequência? <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Relações Interpessoais O quê? Com quem? <input type="checkbox"/> Não se aplica	Manejo do Estresse O quê? Como? <input type="checkbox"/> Não se aplica	Outro: <input type="checkbox"/> Não se aplica
2.5. Influências Pessoais			
2.5.1. Normas Sociais Será que alguém importante para você espera que você melhore em relação a esse comportamento? Quem?	Alimentação <input type="checkbox"/> Não se aplica	Atividade Física <input type="checkbox"/> Não se aplica	Sono/Repouso <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Alcoolismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Tabagismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Espiritualidade <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Relações Interpessoais <input type="checkbox"/> Não se aplica	Manejo do Estresse <input type="checkbox"/> Não se aplica	Outro: <input type="checkbox"/> Não se aplica
2.5.2. Suporte Social Quem vai te encorajar e melhorar esse comportamento com você? Pág.3/4	Alimentação <input type="checkbox"/> Não se aplica	Atividade Física <input type="checkbox"/> Não se aplica	Sono/Repouso <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Alcoolismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Tabagismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Espiritualidade <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Relações Interpessoais <input type="checkbox"/> Não se aplica	Manejo do Estresse <input type="checkbox"/> Não se aplica	Outro: <input type="checkbox"/> Não se aplica

Formulário de Entrevista Semiestruturada

2.5.3. Modelos pessoais Tem alguém da sua família ou algum de seus amigos que mantém atitude saudável em relação a esse comportamento?	Alimentação () Não se aplica	Atividade Física () Não se aplica	Sono/Repouso () Não se aplica
	Alcoolismo () Não se aplica	Tabagismo () Não se aplica	Espiritualidade () Não se aplica
	Relações Interpessoais () Não se aplica	Manejo do Estresse () Não se aplica	Outro:
2.6. Influências Situacionais			
Onde você poderia encontrar condições para melhorar atitudes relacionadas a esses comportamentos e mantê-las em sua vida diária?	Alimentação () Não se aplica	Atividade Física () Não se aplica	Sono/Repouso () Não se aplica
	Alcoolismo () Não se aplica	Tabagismo () Não se aplica	Espiritualidade () Não se aplica
	Relações Interpessoais () Não se aplica	Manejo do Estresse () Não se aplica	Outro:

Pág. 4/4

Fonte: OLIVEIRA, S.M.B., 2015.

Ass./Carimbo Enf.ª:

APÊNDICE D - Formulário para Avaliação e Registro dos Fatores de Risco para Neoplasia Decorrentes do Estilo de Vida



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)
MESTRADO EM ENFERMAGEM – PPGENF



Fatores de risco para neoplasia decorrentes do estilo de vida	
Identificação: _____	DATA: ___/___/___
Fatores de Risco	
Hereditariedade	Peso Corpóreo
Atividade Física	Alimentação
Sono/Repouso	Alcoolismo
Tabagismo	Espiritualidade
Relações Interpessoais	Manejo do Estresse
Pág.1/1	

APÊNDICE E - Formulário para estabelecimento conjunto do Plano de Ação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)
MESTRADO EM ENFERMAGEM – PPGENF



Formulário para estabelecimento conjunto do Plano de Ação		
Identificação: _____		DATA: ___/___/___
1. Estabelecimento de compromisso Você está pronto para estabelecer metas e desenvolver um plano para melhorar seus comportamentos de saúde?	Alimentação Sim () Não () Porque?	Atividade Física Sim () Não () Porque?
	Sono/Repouso Sim () Não () Porque?	Alcoolismo Sim () Não () Porque?
	Tabagismo Sim () Não () Porque?	Espiritualidade Sim () Não () Porque?
	Relações Interpessoais Sim () Não () Porque?	Manejo do Estresse Sim () Não () Porque?
Eu _____ <i>firmo aqui um compromisso em me esforçar para assumir os comportamentos de saúde que agora me propus a adotar buscando melhorar minha saúde e diminuir meus fatores de risco para o adoecimento por uma neoplasia.</i>		
Ass.: _____		Enfa.: _____
Pág.1/2		

Formulário para estabelecimento conjunto do Plano de Ação

2. PLANO DE AÇÃO	
Alimentação	Atividade Física
Sono/Repouso	Alcoolismo
Tabagismo	Espiritualidade
Relações Interpessoais	Manejo do Estresse
Outro:	Data da Próxima Consulta: ___/___/___ as ___ horas Observação: Carimbo/Ass. Enf. ^a :

Pág.2/2

APÊNDICE F – Formulário para Avaliação Processual do Compromisso com o Plano de Ação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)
MESTRADO EM ENFERMAGEM – PPGENF



Avaliação Processual do Compromisso com o Plano de Ação			
1. RESULTADO DO COMPORTAMENTO DE SAÚDE		Avaliação n.: _____	
Identificação: _____		DATA: ___/___/___	
1.1. Revendo o plano de ação			
Alimentação Plano proposto:	Atividade Física Plano proposto:	Sono/Repouso Plano proposto:	
Alcoolismo Plano proposto:	Tabagismo Plano proposto:	Espiritualidade Plano proposto:	
Relações Interpessoais Plano proposto:	Manejo do Estresse Plano proposto:	Outro: Plano proposto:	
1.2. Avaliando o plano de ação Como você tem conseguido colocar em prática o nosso plano de ação?	Alimentação () Não se aplica	Atividade Física () Não se aplica	Sono/Repouso () Não se aplica
	Alcoolismo () Não se aplica	Tabagismo () Não se aplica	Espiritualidade () Não se aplica
	Relações Interpessoais () Não se aplica	Manejo do Estresse () Não se aplica	Outro: () Não se aplica
	Pág.1/3	() Não se aplica	() Não se aplica

Formulário para Avaliação Processual do Compromisso com o Plano de Ação

1.3. Identificando as barreiras Quais são as barreiras que você encontrou para seguir com o plano de ação relacionado a esses comportamentos?	Alimentação <input type="checkbox"/> Não se aplica	Atividade Física <input type="checkbox"/> Não se aplica	Sono/Repouso <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Alcoolismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Tabagismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Espiritualidade <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Relações Interpessoais <input type="checkbox"/> Não se aplica	Manejo do Estresse <input type="checkbox"/> Não se aplica	Outro: <input type="checkbox"/> Não se aplica
1.4. Superando as Demandas de Preferências e Competição Imediatas Como você pode evitar esses problemas no futuro e seguir em frente com os comportamentos de saúde?	Alimentação <input type="checkbox"/> Não se aplica	Atividade Física <input type="checkbox"/> Não se aplica	Sono/Repouso <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Alcoolismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Tabagismo <input type="checkbox"/> Não se aplica	Espiritualidade <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Relações Interpessoais <input type="checkbox"/> Não se aplica	Manejo do Estresse <input type="checkbox"/> Não se aplica	Outro: <input type="checkbox"/> Não se aplica
1.5. Avaliando necessidade de reformulação do plano de ação Você gostaria de refazer o plano de ação relacionado a algum desses comportamentos?	Alimentação Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica	Atividade Física Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica	Sono/Repouso Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Alcoolismo Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica	Tabagismo Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica	Espiritualidade Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Relações Interpessoais Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica	Manejo do Estresse Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica	Outro: Sim () Não () <input type="checkbox"/> Não se aplica

Formulário para Avaliação Processual do Compromisso com o Plano de Ação

PLANO DE AÇÃO Nº _____ Data: ___/___/___	
1.6. Reformulando o plano de ação	
Alimentação	Atividade Física
Sono/Repouso	Alcoolismo
Tabagismo	Espiritualidade
Relações Interpessoais	Manejo do Estresse
Outro:	Data da Próxima Consulta: ___/___/___ as ___ horas Observação: Carimbo/Ass. Enf. ^a :
Pág.3/3	

APÊNDICE G – Formulário para Avaliação Final do Comportamento de Saúde Assumido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)
MESTRADO EM ENFERMAGEM – PPGENF



1. AVALIANDO O COMPORTAMENTO DE SAÚDE ASSUMIDO			
Identificação: _____ ____/____/____		DATA:	
1. Avaliando o alcance dos objetivos do plano de ação Que resultados você identifica hoje relacionado aos seus atuais comportamentos de saúde? IMC: _____ Vigor Físico:	Alimentação	Atividade Física	Sono/Repouso
	Alcoolismo	Tabagismo	Espiritualidade
	Relações Interpessoais	Manejo do Estresse	Outro:
2. Avaliando a auto eficácia Em quais desses comportamentos de saúde você se sente capaz de influenciar outros a adotar um estilo de vida saudável?	Alimentação Sim () Não () () Não se aplica	Atividade Física Sim () Não () () Não se aplica	Sono/Repouso Sim () Não () () Não se aplica
	Alcoolismo Sim () Não () () Não se aplica	Tabagismo Sim () Não () () Não se aplica	Espiritualidade Sim () Não () () Não se aplica
	Relações Interpessoais Sim () Não () () Não se aplica	Manejo do Estresse Sim () Não () () Não se aplica	Outro: Sim () Não () () Não se aplica
Carimbo/Ass. Enf.^a Pág. 1/1	Próxima Consulta voluntária Observação:		

ANEXOS

ANEXO A – Autorização Institucional



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL

Autorizo ao (a) pesquisador (a) Silvana Maria Barros de Oliveira a ter acesso ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL), objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com título Aplicação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Oncologia: cuidados de enfermagem ao familiar do paciente oncológico (projeto anexado, entregue em forma digital e cadastrada na direção de ensino), para fins de obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, devendo o(a) mesmo(a) seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece a Resolução CNS 446/12, itens III.1 “a” e IV.1.”g”, a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitida a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado à pesquisa.

Maceió, 01 de dezembro de 2014.

Silvana Maria Barros de Oliveira
Aluno(a)

[Assinatura]
Orientador(a)

Prof. Dr.ª Cristina S. F. Trezza
Enfermeira Obstétrica
COREN 10106 - AL

[Assinatura]
Fernando Antonio M. Guimarães
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão/HUPAA/UFAL

Direção de Ensino

Av. Lourival Melo Mota, S/N – Tabuleiro dos Martins – 57072-900. Maceió/Alagoas

Telefone: 82 XX 3202-3719 / 8121-1808

Email: ensinohu@gmail.com – Home Page: www.hu.ufal.br

**ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal de Alagoas**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió-AL, 19/10/2015

Senhor(a) Pesquisador(a), Silvana Maria Barros de Oliveira
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 22/01/2015 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo nº 39741114.4.0000.5013, sob o título **APLICAÇÃO DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER NA ONCOLOGIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO FAMILIAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).


Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: JANEIRO de 2016.


Profa. Deise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - EENFAR
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)
 MESTRADO EM ENFERMAGEM - PPGENF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 466/12- IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(o,a) do estudo: *Aplicação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Oncologia: cuidados de enfermagem ao familiar do paciente oncológico*; recebi da Mestranda de Enfermagem **Silvana Maria Barros de Oliveira**, matriculada no Programa de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, sob a orientação da professora Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que o estudo se destina a conseguir maiores informações sobre o *Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender aplicado na Oncologia, numa abordagem ao familiar do paciente oncológico*. Que a importância deste estudo é que ele possa trazer subsídios científicos a respeito dessa questão, que poderão contribuir com o planejamento em saúde e com a atuação dos enfermeiros nos serviços de oncologia. Sendo este último o que confere a maior importância desse estudo, por buscar apresentar aos enfermeiros uma proposta de aplicabilidade do MPS de Nola Pender promovendo a utilização do conhecimento próprio da enfermagem, valorizando assim, essa profissão como ciência.

- Que esse estudo começou em Março de 2014 e terminará em Dezembro de 2015.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: com a aplicação de uma Entrevista; Avaliação e registro dos fatores de risco para neoplasia decorrentes do estilo de vida; Estabelecimento conjunto do Plano de Ação; Avaliação quinzenal do Compromisso com o Plano de Ação, até a avaliação final do comportamento de saúde adotado;
- Que não estão previstos riscos à minha saúde física e mental, no entanto, poderei me emocionar ou até mesmo chorar ao relatar o que aconteceu com o meu familiar e que também posso ficar temeroso(a) ao reconhecer que tenho comportamento de risco para o câncer;
- Que para participar da pesquisa eu tenho que dar informações sobre meus hábitos de vida e aceitar receber informações sobre os aspectos relacionados à promoção da saúde e fatores preventivos para diminuir o risco à doença;
- Que deverei contar com a seguinte assistência: as pesquisadoras estarão comigo o tempo todo durante a entrevista. Vão me ouvir com paciência e se eu chorar ou me emocionar, elas irão parar a entrevista. Vão respeitar o meu momento e se for necessário irão marcar outro encontro. Vão me dar o tempo que eu precisar. Vamos interromper a conversa pelo tempo que for necessário para que eu me acalme e queira continuar. Meu contato será apenas com as pesquisadoras responsáveis, Silvana Maria Barros de Oliveira e Prof.ª Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza. Porém, caso julgue necessário, será me concedido uma consulta com uma Psicóloga do Serviço e que minha participação à pesquisa retomará no momento que eu achar apropriado;
- Quem em caso de haver algum dano moral em decorrência de minha participação na pesquisa terei direito a indenização monetária paga pelas pesquisadoras Silvana Maria Barros de Oliveira e Prof.ª Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza e se houver algum dano ao meu estado mental terei direito ao tratamento apropriado providenciado pelas mesmas;

- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são de contribuir para levantar a discussão sobre a relação hereditariedade-câncer familiar, bem como de ser informado quanto ao comportamento de saúde ideal para evitar o câncer, enquanto familiar de paciente oncológico;
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo ou de cada afirmativa que não esteja compreensível;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
 - ⇒ as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa ou de minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Que eu não terei qualquer despesa e tampouco danos com a minha participação nesse estudo e também, não terei qualquer tipo de prejuízo moral ou financeiro em decorrência de minha participação na pesquisa;
- Que receberei uma cópia assinada desse documento como minha garantia de participação nessa pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntário(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):
 Bloco: /Nº: /Complemento:
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:
 Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

Domicílio: Cond. San Nicolas
 Complemento:
 Bairro: Serraria /CEP 57043-060/Cidade: Maceió/Telefone:

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota.
 Bloco/Nº/Complemento: s/n.
 Bairro: Tabuleiro dos Martins/CEP: 57072-900/Cidade: Maceió-AL
 Telefones p/ contato: 3241-1155

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Silvana Maria Barros de Oliveira
 Endereço: Rua Profª Noêmia Gama Ramalho
 Bloco/Nº30/Complemento: Quadra A, Lote 11/12
 Bairro: Jacarecica/CEP: 57038-620/Cidade: Maceió-AL
 Telefones p/ contato: (82) 8862-2003/3202-3778

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:
 Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3241-1041

Maceió, ____ de ____ de ____.

(Assinatura ou impressão datiloscópica) d(o,a)
 voluntário(o,a) ou responsável legal – (Rubricar as
 demais folhas)

Nome e Assinatura do(s) responsável(is) pelo
 estudo (Rubricar as demais páginas)