

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

Editora Omnis Scientia

**PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA
DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Autores

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira
Laura Maria Monteiro Viegas
Cristina Maria Rosa Jeremias
José Edmundo Xavier Furtado de Sousa
Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço
Fátima Moreira Rodrigues
Amâncio António de Sousa Carvalho
Anabela Salgueiro-Oliveira
Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone
Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior
Dr. Walter Santos Evangelista Júnior
Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine
Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira
Dr. Leandro dos Santos
Dr. Hugo Barbosa do Nascimento
Dr. Marcio Luiz Lima Taga
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P962 Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea : diversidade de perspectivas e contextos : volume 1 [recurso eletrônico] / Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-626-9
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9

1. Cuidados de saúde. 2. Enfermagem – Prática. 3. Serviços de saúde. 4. Medicina social. I. Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de. II. Oliveira, Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de. III. Viegas, Laura Maria Monteiro. IV. Jeremias, Cristina Maria Rosa. V. Sousa, José Edmundo Xavier Furtado de. VI. Cabaço, Lina Maria de Jesus Antunes. VII. Rodrigues, Fátima Moreira. VIII. Carvalho, Amâncio António de Sousa. IX. Salgueiro-Oliveira, Anabela. X. Título.

CDD 610.736

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A coletânea de artigos que integram a obra com o título *Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea - Diversidade de perspectivas e contextos*, publicada pela Editora Omnis Scientia, apresenta diversas temáticas do conhecimento na área da saúde e também das ciências sociais. Os estudos apresentados neste volume abordam temas atuais e de interesse para diferentes tipos de público.

Agradecemos aos autores por todo esforço e empenho na elaboração do e-book, desejando que os materiais divulgados possam contribuir para a fundamentação, discussão e olhares renovados sobre questões contemporâneas na área da saúde, que interessam a estes profissionais, em diferentes domínios, mas também a docentes, estudantes e investigadores, potenciando a reflexão em torno da saúde na atualidade.

Fatima Moreira Rodrigues

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/10-20

CAPÍTULO 2.....21

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL

Cristina Maria Rosa Jeremias

Maria dos Anjos Pereira Lopes

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/21-39

CAPÍTULO 3.....40

O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/40-52

CAPÍTULO 4.....53

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR

Laura Maria Monteiro Viegas

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/53-71

CAPÍTULO 5.....72

CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/72-88

CAPÍTULO 6.....	89
A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Amâncio António de Sousa Carvalho	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/89-110	
CAPÍTULO 7.....	111
TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/111-124	
CAPÍTULO 8.....	125
MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE	
Fátima Moreira Rodrigues	
Cristina Maria Rosa Jeremias	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/125-144	
CAPÍTULO 9.....	145
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECCÕES	
Anabela Salgueiro-Oliveira	
Remy Cardoso	
Beatriz Serembeque	
Paulo Santos-Costa	
Rafael A. Bernardes	
Fernando Gama	
David Adriano	
Joana Bernardo	
Liliana B. Sousa	
Nádia Osório	
João Graveto	

Pedro Parreira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/145-161

CAPÍTULO 10.....162

**CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL:
CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR**

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Ana Isabel Fernandes Querido

João José Rolo Longo

Tânia Sofia Pereira Correia

Carlos António Laranjeira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/162-176

CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL: CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR

Olga Maria Martins de Sousa Valentim;

Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO); Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Lídia Susana Mendes Moutinho;

Escola superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Centre for Innovative Care and Health Technology.

Ana Isabel Fernandes Querido;

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Centre for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Leiria, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>

João José Rolo Longo;

Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO; ERISA), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-7462-9790>

Tânia Sofia Pereira Correia;

Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO, ERISA), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8160-5698>

Carlos António Laranjeira.

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Centre for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Leiria, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>

RESUMO: O interesse na avaliação da literacia em saúde tem crescido substancialmente nos últimos anos. A Perturbação do Uso do Álcool (PUA) e as suas consequências constituem um sério problema para a saúde pública, representando um alto custo social, comprometendo diversas áreas, nomeadamente, a relação familiar, havendo poucos estudos de enfermagem sobre o conhecimento das famílias acerca da PUA. Objetivos:

a) caracterizar o conhecimento dos familiares de pessoas com PUA; e b) determinar as inter-relações entre a percepção da PUA e características sociodemográficas e clínicas, com vista a fornecer algumas diretrizes para a intervenção em enfermagem na promoção da literacia familiar. Método: Estudo quantitativo, do tipo descritivo-correlacional e transversal. Amostra por conveniência constituída por 200 familiares, tendo sido utilizados, como instrumentos, o questionário sociodemográfico, questões sobre a PUA e o *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R). A análise estatística foi realizada no programa *IBM Statistical Package for the Social Science - SPSS®* versão 25.0. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial, sendo o nível de significância adotado de $p < 0,05$. Resultados: No geral, os familiares apresentaram uma *identidade* moderada da PUA e referiram que era uma doença crónica com *consequências* negativas. Porém mostraram pouca compreensão da doença. Conclusões: O conhecimento dos familiares sobre a PUA deve ser tido em consideração no desenho de estratégias de intervenção especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de promover literacia das famílias. Sugere-se o desenvolvimento de programas psicoeducacionais de apoio para familiares de pessoas com PUA, com recursos a estratégias *m-health*.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do uso de álcool. Família. Alfabetização.

USEFUL KNOWLEDGE ABOUT ALCOHOL USE DISORDER: CONTRIBUTIONS TO FAMILY LITERACY

ABSTRACT: Interest in health literacy assessment has grown substantially in recent years. Alcohol Use Disorder (AUP) and its consequences constitute a serious problem for public health, representing a high social cost and compromising several areas, namely family relationships, with few nursing studies on the knowledge of families about AUP. Objectives: a) to characterize the knowledge of family members of people with AUP; and b) determine the interrelationships between the perception of PUA and sociodemographic and clinical characteristics, in order to provide some guidelines for nursing intervention to promote family literacy. Method: Quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study. A convenience sample consisted of 200 family members, using the sociodemographic and clinical questionnaire, questions about the AUP and the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) as instruments. Statistical analysis was performed using the IBM Statistical Package for the Social Science - SPSS® version 25.0 program. Descriptive and inferential statistics were used, with a significance level of $p < 0.05$. Results: In general, family members showed a moderate identity of AUP and reported that it was a chronic disease with negative consequences. However, they showed little understanding of the disease. Conclusions: The knowledge of family members about AUP should be taken into account in the design of intervention strategies specialized in mental health and psychiatric nursing, with the aim of promoting family literacy. We suggest the development of educational support

programs for family members of people with AUP, using m-health strategies.

KEY-WORDS: Alcohol use disorder. Family. Literacy.

INTRODUÇÃO

O álcool é uma substância conhecida desde a antiguidade, sendo uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido, e até incentivado pela sociedade. A ingestão excessiva e habitual de bebidas alcoólicas, repetida ao longo do dia, mesmo em pequenas doses, vai mantendo uma alcoolização permanente do organismo e uma situação de intoxicação alcoólica crônica que, se for frequente e prolongada, poderá originar uma situação de dependência. A Perturbação do Uso do Álcool (PUA) é descrita por vários autores como uma doença crônica, multifatorial, de detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso insidioso e prolongado (WHO, 2018). A pessoa com PUA passa a viver em função do álcool, desvalorizando aspetos essenciais da vida, como o trabalho, a saúde, os amigos e a família. Com efeito, as consequências da PUA vão muito para além do indivíduo com a doença, pois, embora comece por ser um problema apenas para o indivíduo, rapidamente se torna uma doença que afeta toda a família e muitas vezes com consequências avassaladoras. Tal como a pessoa com PUA, a família também desenvolve crenças específicas sobre a doença, que determinam a forma como se adaptam às suas implicações (BORTOLON, *et al.*, 2017; WHO, 2018).

A família é a rede de suporte mais próxima de qualquer pessoa. Dada a importância do apoio familiar, o conhecimento que os familiares têm acerca da PUA é fundamental para a recuperação/adaptação da pessoa com PUA e restantes elementos da família. Assim, para uma intervenção efetiva e de carácter permanente, é essencial integrar a família, simultaneamente, como alvo e parceira de cuidados (MCCRADY; FLANAGAN, 2021).

Segundo Mejía-Trujillo (2017), as famílias demonstram pouco conhecimento sobre a PUA, ignorando conceitos essenciais para a compreensão deste problema e do seu tratamento e, neste sentido, a intervenção de enfermagem deve orientar-se numa perspetiva sistémica, tendo sempre presente a importância do contexto familiar (DIAS, 2011; GIUSTO; PUFFER, 2018). Neste sentido a promoção da literacia familiar sobre a PUA poderá assumir um impacto significativo, nos cuidados de saúde, na promoção da saúde e na prevenção da doença do familiar, através da tomada de decisão consciente e informada (MUHANGA; MALUNGO, 2018; SØRENSEN, *et al.*, 2012).

Não obstante, a multiplicidade de estudos acerca da PUA, é notória a falta de estudos sobre o conhecimento dos familiares, sobre essa doença. Assim foram definidos os seguintes objetivos: a) caracterizar o conhecimento dos familiares de pessoas com PUA; b) determinar as inter-relações entre a perceção da PUA e características sociodemográficas e clínicas. Pretende-se, deste modo, contribuir para o desenvolvimento de uma intervenção de promoção da literacia familiar onde as pessoas são agentes ativos na resolução dos

seus problemas, participando ativamente na transição saúde-doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, exploratório e com um desenho descritivo-correlacional. Amostra de conveniência constituída por 200 familiares de pessoas com PUA, diagnosticadas há pelo menos um ano. A amostra foi selecionada de acordo com os seguintes critérios: i) idade igual ou superior a 18 anos; ii) familiar de uma pessoa com diagnóstico clínico de PUA (há pelo menos um ano); e iii) com capacidade de leitura e compreensão da língua portuguesa, independentemente da escolaridade.

O instrumento de colheita de dados, foi composto por três partes: a) Questionário sociodemográfico (inclui idade, sexo, anos de escolaridade, situação laboral/profissional, situação conjugal, se algumas das pessoas com quem vive tem PUA e, se sim, qual o grau de parentesco; b) Questionário sobre a percepção da PUA; e c) O Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), versão portuguesa, desenvolvida por Figueiras e Alves (2007), onde foi substituído a palavra “parceiro” do IPQ por “familiar”. É um instrumento que avalia nove componentes da representação cognitiva e emocional da doença. Neste estudo foram analisadas quatro subescalas:

- Identidade (16 itens) - ideia que os familiares das pessoas com PUA têm da natureza da doença, o rótulo, doença em si, condição clínica, a sintomatologia associada à doença do familiar e as relações entre elas;
- Duração (aguda/crónica) (6 itens) - percepção que o familiar tem da duração dos problemas de saúde da pessoa com PUA, categorizados em agudos ou crónicos;
- Consequências (6 itens) - crenças relativas à gravidade da doença e o seu impacto no funcionamento físico, social e psicológico da pessoa com PUA;
- Coerência da doença (5 itens) - percepção do familiar sobre o sentido que tem a PUA e a compreensão dos sintomas associados;

A subescala identidade foi avaliada por um conjunto de 16 sintomas (dor inespecífica, dor muscular, náusea - vontade de vomitar, perda de apetite, perda de peso, fadiga, inchaço, tremores, câibras, dor de cabeça, problemas de estômago, dificuldade em dormir, tonturas, perda de memória, irritabilidade e ansiedade). Alguns sintomas foram substituídos e outros adicionados, tendo em conta a especificidade da doença (PUA) que nos propusemos investigar. Assim, além de mantermos alguns sintomas habituais em situações de doença, tais como dor, náusea (vontade de vomitar), perda de peso, fadiga (cansaço), dor de cabeça, problemas de estômago, dificuldade em dormir, tonturas, abrangemos ainda outros sintomas relacionados com a abstinência da PUA, como dor muscular, perda de apetite, inchaço, tremores, câibras, perda de memória, irritabilidade e ansiedade (American Psychiatric Association [APA], 2014; GIGLIOTTI; BESSA, 2008). Nesta subescala, colocámos dois itens suplementares, de resposta aberta, a fim dos participantes poderem

identificar outros sintomas que fossem específicos da dependência alcoólica. Desta forma, na subescala identidade, para cada item (sintoma), o participante deve responder a duas questões: “Desde o início da doença do meu familiar, que ele(a) tem tido este sintoma” e “Este sintoma está relacionado com a doença do meu familiar”. A resposta a estas questões é efetuada através de uma escala dicotómica sim (1)/não (0). A soma dos itens assinalados com sim (1), (sintomas considerados pelos participantes como relacionados com a doença), indica o valor da subescala identidade. Quanto maior for o valor determinado, mais forte é a identidade da doença.

As subescalas: duração (aguda/crónica), consequências, e coerência da doença, são cotadas numa escala tipo Likert de 5 pontos: 1 (discordo completamente), 2 (discordo), 3 (não concordo nem discordo), 4 (concordo) e 5 (concordo completamente). Na subescala consequências, quanto maior é o valor do score, mais grave é a perceção das consequências da doença. Na subescala duração aguda/crónica scores mais elevados, indicam uma perceção mais crónica da doença. A subescala coerência da doença scores mais elevados, indicam menor compreensão da doença. A análise da fidelidade do IPQ-R, nas subescalas, avaliadas neste estudo, foi calculada através do coeficiente Alpha de Cronbach, os valores situaram-se entre um mínimo de $\alpha=0,43$ (Consequências) e um máximo de $\alpha=0,83$ (Identidade).

Na realização deste estudo, foram respeitadas as normas éticas constantes na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. A cada participante foi solicitado o consentimento informado e a participação voluntária, após esclarecimento sobre os objetivos do estudo, processo de colheita de dados, confidencialidade, anonimato e direito de abandonar o estudo sem qualquer penalização para o próprio.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra é predominantemente do sexo feminino (72,0%, $n=144$), casada ou que vive em união de facto 71,0% ($n=142$) e trabalhadora (59,0%, $n=118$), porém há uma pequena percentagem desempregada ($n=28$, 14,0%) e reformada ($n=40$, 20,0%). A idade dos familiares, situa-se entre 18 e 84 anos, sendo a média de idades de 46,72 (DP=14,66) anos. No que diz respeito ao número de anos de escolaridade, existe uma variação de respostas entre: sem escolaridade (embora soubessem ler e escrever) e um máximo de 17 anos de escolaridade completos, registando uma média de 8,11 (DP= 4,32) anos.

Inquirimos os familiares sobre a situação de doença da pessoa com PUA, tipo de tratamento realizado, se tinham outros familiares com PUA, e qual o grau de parentesco. O interesse destas questões prende-se com a necessidade de conhecer o contacto prévio com a doença a nível familiar, para facilitar uma análise das suas possíveis repercussões nas variáveis em estudo, nomeadamente os conhecimentos úteis acerca da doença. Da análise dos resultados, constata-se que 61,5% ($n=123$) dos familiares respondeu que vive com alguém com PUA. Em relação ao grau de parentesco, são maioritariamente cônjuges

e companheiros que vivem em união de facto (63,4%, n=78) e, em segundo lugar, são filhos (21,1%, n=26). Apurámos ainda que 60% (n=120) dos familiares tinha, na família, uma pessoa com PUA e 16% (n=33) tinha, pelo menos, duas pessoas.

Os inquiridos referem que o seu familiar com PUA apresenta uma média de 14 anos de evolução da doença (DP=10,07, ampl.=1-35), que já teve recaídas (n=92) e em média teve dois internamentos (DP=2,85, ampl.=0-24). Relativamente ao período de abstinência existe uma variação entre uma semana e 20 anos (DP=3,34) com uma média de dois anos.

Com o intuito de avaliar os conhecimentos úteis que os familiares têm sobre a PUA, foram aplicadas algumas questões (semiestruturadas), sobre a doença. Uma vez que as questões, foram colocadas com possibilidade de resposta múltipla, os valores percentuais apresentados são de 100% para cada item de resposta. As respostas obtidas, foram agrupadas de acordo com a análise de conteúdo.

Quanto à questão “Qual o tipo de tratamento que pessoa com PUA realizou, ou está a realizar?”, as respostas encontram-se na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das respostas de acordo com a realização de tratamento

Respostas sobre o tipo de tratamento	Familiares (N=200)	
	N	%
Medicamentos	143	40,9
Grupo de autoajuda	83	23,7
Atividades psicoterapêuticas	80	22,9
Medicina alternativa	9	2,6
Não sabe	21	6,0
Nenhum	14	4,0
Outros	0	0,0

Nota: 21,4% (n=75) dos familiares indicaram dois tipos de tratamento.

Fonte: Os autores.

Da análise dos resultados apresentados na tabela 1, verifica-se que 6% dos familiares não sabia qual o tipo de tratamento que o seu familiar estava a realizar, e 4% respondeu que o seu familiar não fazia nenhum tratamento. A maioria da amostra, afirmou que o tratamento era à base de medicamentos (40,9%), o que nos leva a concluir que têm uma fraca perceção daquilo em que consistia o tratamento. Dada a complexidade da PUA, o tratamento requer intervenções, não só ao nível da etiologia, mas também das implicações sociais, profissionais e familiares (O'BRIEN, 2011; SILVA; SOUSA; CARVALHO, 2021).

Pareceu-nos relevante saber se frequentavam grupos de autoajuda, já que são considerados uma das formas de tratamento mais prevalente, com 48% dos participantes a referir que não frequentava estes grupos. Alguns estudos mostram que estes grupos são eficazes na ajuda que proporcionam aos seus membros, em obter maiores níveis de

bem-estar e de recuperação (ALVAREZ *et al.*, 2012; VALENTIM; SANTOS; PAIS-RIBEIRO, 2017). De notar, que 39,1% dos inquiridos tinha tido conhecimento do grupo de autoajuda, através de um técnico de saúde. Estes resultados sugerem a necessidade de um maior investimento na divulgação pública, através dos meios de comunicação (rádio, televisão, jornal e outros) e, obviamente, através dos próprios grupos de autoajuda e dos profissionais de saúde.

Relativamente à questão: “O seu familiar com PUA costuma ficar doente fisicamente como resultado da bebida?” (p. ex., vomitar, câibras no estômago) e “Se sim, como?”, as respostas encontram-se na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das respostas de acordo com a pessoa com PUA ficar doente fisicamente

Problemas de saúde como resultado da bebida	Familiares (N=200)	
	n	%
Sim	103	51,5
Não	57	28,5
Não sabem	27	13,5
Não respostas (<i>missing values</i>)	13	6,5
Respostas sobre os problemas de saúde	n	%
Problemas de estômago (náuseas, vômitos, dor, pirose, ...)	79	38,7
Mal-estar geral	14	6,9
Dor (muscular, de cabeça, generalizada)	9	4,4
Cansaço/astenia	10	4,9
Tremores	8	3,9
Problemas intestinais (diarreia, cólicas)	3	1,5
Quedas/falta de equilíbrio	6	2,9
Diminuição da memória	1	0,5
Problemas de fígado	4	2,0
Insónias	0	0,0
Crises epiléticas	4	2,0
Câibras	7	3,4
Perda de consciência	6	2,9

Fonte: Os autores.

A maioria dos inquiridos afirmou que costumava ficar doente fisicamente, contudo, 28,5% respondeu que o seu familiar com PUA não ficava doente fisicamente e 13,5% não soube responder. Relativamente aos problemas de saúde, destacam-se os problemas de estômago (38,7%) (Tabela 2).

Para obtermos informação sobre outros problemas de saúde (comorbilidades), perguntámos aos participantes, se a pessoa com PUA tinha outros problemas de saúde e quais (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das respostas de acordo com outros problemas de saúde

Outros problemas de saúde	Familiares (N=200)	
	n	%
Não	67	33,5
Sim	100	50,0
Não sabe	23	11,5
Não respostas (<i>missing values</i>)	10	5,0
Respostas sobre outros problemas de saúde	n	%
Perturbações do fígado (cirrose hepática, hepatite C e B)	16	11,6
Doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, angor, arritmia)	27	19,7
Perturbações mentais (depressão, doença bipolar, demência, esquizofrenia, perturbação da personalidade, psicose, ansiedade)	20	14,6
Perturbações gastrointestinais (hérnia estômago, esófago, úlcera estômago e duodenal, alterações intestinais)	6	4,4
Doenças da medula espinhal (hérnia discal, espondilose)	8	5,8
Doenças do aparelho respiratório (bronquite, DPOC, asma brônquica)	10	7,3
Perturbações hormonais (Diabetes <i>mellitus</i> , alterações da tiroide)	21	15,3
Outras dependências (tabaco, benzodiazepinas, metadona, cannabis, outras drogas ilegais)	5	3,6
Doenças do cérebro e do sistema nervoso (alterações neurológicas, angioma cerebral, AVC, epilepsia)	4	2,9
Outras (poliomielite, perturbações do rim e das vias urinárias, tumores, dermatite, psoríase, HIV+, alergias, fibromialgia, doenças articulares, osteoporose, anemia; alteração da coagulação e hipercolesterolemia).	20	14,6

Nota: 13,1% (n=18) dos familiares apontaram duas respostas quanto à pessoa com PUA ter outras doenças.

Fonte: Os autores.

Cerca de 50% dos inquiridos respondeu haver comorbilidade, embora um pequeno grupo (11,5%) tenha afirmado que não sabia. Estes resultados poderão estar associados a um deficiente conhecimento das consequências da dependência alcoólica, por parte destas pessoas, ou, por outro lado, poderão estar a evitar ou a minorar sentimentos, como a angústia, para, posteriormente, encontrar o equilíbrio inicial (RALSTON *et al.*, 2013; SANCHES; VECCHIA, 2020). Aos que responderam afirmativamente a outros problemas de saúde, referiram sobretudo, as perturbações do fígado, as doenças cardiovasculares e as perturbações mentais (Tabela 3). A PUA é responsável por muitos dos problemas que afetam os indivíduos, com graves consequências, tanto físicas como psíquicas (SANCHES; VECCHIA, 2020).

Questionámos os familiares sobre o motivo que levou a pessoa com PUA a beber em excesso. Os resultados obtidos são apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição das respostas de acordo com o consumo de álcool em excesso

Respostas de acordo com o consumo de álcool em excesso	Familiares (N=177)	
	n	%
Stresse ou preocupação	45	25,4
Influência de companhias e ambientes	35	19,8
Estado emocional	18	10,2
Problemas familiares ou preocupações	27	15,3
Sensações e experiências associadas à bebida	5	2,8
Falta de ocupação e/ou emprego	10	5,6
Substituição de drogas ilícitas	3	1,7
Aspetos associados à PUA	6	3,4
Personalidade	11	6,2
Hereditariedade	5	2,8
Não sabe	24	13,6

Nota: 3,4% (n=6) dos familiares indicaram dois fatores relacionados com beber em excesso.

Fonte: Os autores.

Os familiares consideram que o stresse ou preocupação, e a influência de companhias e ambientes são as principais razões que provocaram o consumo de álcool. Destaca-se ainda o facto dos inquiridos desconhecerem os motivos que levaram os seus familiares a beber em excesso (13,6%) (Tabela 4).

Perguntámos se relacionavam as recaídas do seu familiar com algum acontecimento e, se sim, com qual. Os resultados são apresentados na tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das respostas de acordo com o que o fazia manter a abstinência

Relação das recaídas com algum acontecimento	Familiares (N=200)	
	n	%
Não relacionam nenhum acontecimento	45	22,5
Não sabem	73	36,5
Relacionam com algum acontecimento	53	26,5
Não respostas (<i>missing values</i>)	29	14,5
Respostas que relacionam acontecimento(s) com as recaídas	n	%
Stresse ou preocupação	5	9,4
Deceções/desilusões/frustrações/perdas	6	11,3
Estado emocional	10	18,9
Interação social	4	7,5
Desemprego/falta de ocupação	4	7,5
Problemas familiares	12	22,6
Solidão/Não se sentir integrado na sociedade	4	7,5
Pensar que podia controlar a doença	1	1,9
Gostar de beber	1	1,9
Outros	9	17,0

Nota: 5,7% (n=3) dos familiares indicaram dois fatores relacionados com a recaída.

Fonte: Os autores.

A maioria dos familiares (36,5%) refere que não sabe e uma percentagem significativa (26,5%) relaciona a recaída, sobretudo, com problemas familiares e estado emocional (Tabela 5).

Perguntou-se se acreditavam que existia algo que ajudasse a pessoa com PUA a manter a abstinência e, se sim, o quê. Os resultados são apresentados na tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das respostas de acordo com o que o fazia manter a abstinência

Relação da abstinência com algum acontecimento	Familiares (N=200)	
	n	%
Há relação de acontecimento(s) com a abstinência	127	63,5
Não sabe	6	3,0
Não há relação de acontecimento(s) com a abstinência	19	9,5
<i>missing values</i>	48	24,0
Respostas sobre o que faz manter a abstinência	n	%
Força de vontade	30	23,6
Bom ambiente familiar/apoio familiar e de amigos	44	34,6
Apoio de técnicos e adesão/ gestão do tratamento	33	26,0
Saúde e Bem-estar	23	18,1
Grupos de autoajuda	20	15,7
Desenvolvimento pessoal/estado emocional	9	7,1
Ter trabalho/ocupação	8	6,3
Evitar locais onde se bebe, festas e companhias	2	1,6
Ajuda de um Ser Superior	2	1,6

Nota: 8,2% (n=29) das pessoas com PUA e 17,3% (n= 22) dos familiares indicaram dois fatores relacionados com a abstinência.

Fonte: Os autores.

A maioria dos familiares referiu acreditar que existia algo que ajudasse a pessoa com PUA a manter a abstinência (63,5). Grande parte das respostas, incidiu no bom ambiente familiar/apoio familiar e de amigos (34,6%) e, ainda, no apoio de técnicos e adesão/gestão do tratamento (26,0%). No entanto 9,5% dos familiares acredita que não existe nenhum facto ou acontecimento que ajude a manter a abstinência (Tabela 6). Uma das formas de controlar a PUA é manter a abstinência e, neste sentido, é importante o papel da família na recuperação do indivíduo com PUA (KOURGIANTAKIS; ASHCROFT, 2018).

Nas subescalas do IPQ-R realizámos uma análise descritiva. Relativamente à identidade da PUA, dos sintomas experienciados pela pessoa com PUA e observados pelos familiares (desde o início da dependência alcoólica), os mais referidos foram: irritabilidade (74,5%), ansiedade (72%), fadiga/cansaço (69%), dificuldade em dormir (64%), tremores (63%) e perda de apetite (63%). Quanto à opinião dos familiares sobre os sintomas relacionados com a dependência alcoólica, os mais frequentes foram igualmente a irritabilidade (77%), ansiedade (72,5%), tremores (69%), fadiga/cansaço (68,5%) e dificuldade em dormir (65%).

Quanto à inserção de novos sintomas (presentes desde o início da doença e com ela relacionados), 38 inquiridos (19%) incluíram mais um sintoma, que, segundo 37 indivíduos (18,5%), também estava relacionado com a dependência alcoólica, destes 29,7% referiram a agressividade, 10,8%, a epilepsia e 8,1%, os ataques de pânico e a depressão/ansiedade.

Como era espectável, a correlação, entre os sintomas experienciados (desde o início da dependência alcoólica) e os sintomas relacionados com a dependência alcoólica (identidade), é positiva, forte e estatisticamente significativa ($r=0,73$, $p<0,0001$).

Estes resultados são, em certa medida, coincidentes com os apresentados na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da OMS (2022) ou no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), da American Psychiatric Association (APA, 2014), onde os sintomas de abstinência são apresentados como sintomas neuromusculares (tremores), digestivos (perda de apetite, podendo estar relacionada com náuseas ou vômitos) e psíquicos (ansiedade, humor depressivo, irritabilidade). Estes sintomas são ainda associados por outros autores à identidade da dependência alcoólica (GIGLIOTTI; BESSA, 2008).

Na tabela 7, apresentamos os resultados da análise descritiva para as diferentes componentes do IPQ-R e subescalas de atribuições causais.

Tabela 7: Variação de resultados, mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio das subescalas do IPQ-R

Subescalas do IPQ-R	Nº itens	M	DP	Score médio (M / n.º itens)
Identidade	16	9,60	4,63	*
Duração (aguda/crónica)	6	21,84	6,07	3,64
Consequências	6	25,06	5,76	4,18
Coerência da doença	5	12,65	3,71	2,53

Nota: Escala de medida (*Likert*) varia entre 1 e 5. * Não é apresentado “score médio” uma vez que se trata de uma escala dicotómica. ** Apenas 1 item.

Fonte: Os autores.

Verificámos que os familiares percecionam, uma identidade moderada da doença, através de alguns sintomas a ela associados (Tabela 7). O facto, de as comorbilidades serem comuns entre as pessoas com PUA (APA, 2014; WHO, 2018) pode levar a uma identidade reduzida de sintomas específicos da doença. Não podemos deixar de mencionar que 50% dos familiares referem outros problemas de saúde, nomeadamente, perturbações do fígado, doenças cardiovasculares, perturbações mentais e perturbações gastrointestinais.

No que respeita à durabilidade, explicam-na como crónica e constante ao longo da vida. Sabe-se que a PUA é uma doença crónica, com vários momentos de recaída (O'BRIEN, 2011; SILVA; SOUSA; CARVALHO, 2021). Verificámos ainda que os familiares têm uma perceção negativa sobre as consequências da PUA, considerando-a uma doença grave, que afeta seriamente a sua própria vida, e a vida dos que lhes são próximos. Além disso, os resultados demonstram que eles compreendem parcialmente a PUA e as suas implicações (*coerência*).

Estudou-se ainda a correlação (*Pearson*) entre as subescalas do IPQ-R, a idade, os anos de escolaridade e as variáveis clínicas (Tabela 8).

Tabela 8: Correlação de *Pearson* entre as subescalas do IPQ-R e a idade, anos de escolaridade, tempo de dependência alcoólica do familiar e número de recaídas

Subescalas do IPQ-R	Idade	Anos de escolaridade	Tempo de diagnóstico (anos)	Número de recaídas
Identidade	-0,04	-0,15	0,08	0,35*
Duração (aguda/crónica)	0,08	0,14	0,44**	0,30*
Consequências	-0,04	0,18*	0,00	0,26
Coerência da doença	0,09	-0,12	-0,12	-0,01

*Correlações significativas, $p < 0,05$; **Correlações significativas, $p < 0,01$.

Fonte: Os autores.

Pode-se observar na tabela 8, que os familiares com mais escolaridade têm uma percepção da PUA com consequências mais graves. Neste sentido os inquiridos ao terem uma maior percepção das consequências da PUA poderão sentir mais necessidade de procurar ajuda. Alguns estudos mostram que uma maior escolaridade tem sido associada a uma maior capacidade em procurar ajuda adequada e em articular recursos em prol das necessidades (ANAUT, 2005; VINTÉM, 2008).

Sendo o presente estudo transversal, a avaliação das variáveis foi realizada num único momento temporal, não sendo possível captar as influências de certos eventos vitais na percepção de cada participante. Neste sentido, há a necessidade de um maior esclarecimento, através de estudos prospetivos e longitudinais. Nos estudos longitudinais, sugerimos que se investigue a percepção da PUA, em clientes e familiares, noutros momentos da doença, como, por exemplo, no início e no fim do tratamento, podendo esta percepção ser influenciada com o número de internamentos e a gravidade da doença. Além disso, parece-nos que se beneficiaria em alargar o presente estudo às pessoas com PUA, dando origem a outro de carácter quasi-experimental, onde fossem implementadas intervenções promotoras da literacia familiar e analisada a sua efetividade nos padrões de resposta de pessoas com PUA e seus familiares.

CONCLUSÃO

A existência de doenças causa impactos muito variáveis em toda a família, e influencia a evolução dos processos de saúde-doença dos seus elementos. Frequentemente, os familiares são os primeiros a procurar ajuda junto de instituições especializadas, dada a resistência que ainda predomina nas pessoas com dependência alcoólica.

Os resultados da presente investigação permitiram concluir que: a) a maioria da amostra é composta por mulheres, vive com parceiro, tem atividade profissional e apresenta baixo nível de escolaridade (mensurado em anos de formação escolar); b) a trajetória de contacto com PUA é longa para a maioria dos participantes; c) a irritabilidade, ansiedade, tremores e fadiga/cansaço, foram os sintomas que mais se relacionavam com a PUA; d)

no geral, apresentaram uma identidade moderada da PUA e referiram que era uma doença crónica com consequências negativas. Porém, mostraram pouca compreensão da doença.

A PUA instala-se de modo lento e insidioso, o que, por vezes, torna difícil de compreender a sua evolução. É, por isso, fundamental conhecer as diferentes etapas da doença, uma vez que isso, poderá ajudar a família a compreender melhor o que é a PUA e a tornar mais eficaz os cuidados que lhes são prestados. Neste processo de vivência com a PUA, a família desempenha um papel primordial na readaptação da sua estrutura e funcionamento. A família, enquanto unidade-foco da prestação de cuidados de saúde, é um conceito relativamente recente, embora este conceito tenha surgido há mais de um século. Considerando ainda a importância do apoio familiar, o conhecimento que os elementos da família têm acerca da doença, são fundamentais.

Promover a literacia dos familiares sobre a PUA poderá influenciar o seu comportamento perante a mesma e, obviamente, influenciar também a forma como procurar ajuda, apoio social, adesão a grupos de autoajuda ou ao próprio tratamento e, conseqüentemente, a eficácia do mesmo. Nesse sentido, os familiares podem prestar um apoio mais imediato nas fases de crise. Defende-se aqui uma abordagem sistémica do cuidado à família para garantir cuidados eficientes. Sugerem-se neste âmbito, estratégias de intervenção, das quais se destacam as intervenções psicoeducativas e de carácter cognitivo-comportamental, assim como o envolvimento dos familiares no tratamento farmacológico e socioterapêutico (grupos de autoajuda). Enfatiza-se a relação de ajuda terapêutica, uma vez que tem um papel preponderante na identificação de crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam transformar as ameaças em desafios e promover comportamentos adaptados.

Tendo em conta os resultados observados, outra sugestão relevante passa pela criação de programas de apoio para familiares de pessoas com PUA com recurso a estratégias *m-health* na promoção da literacia familiar.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, S. Q. *et al.* Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, p.102-108, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. **DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais** (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

ANAUT, M. **A resiliência. Ultrapassa os traumatismos**. Climepsi. Lisboa. 2005.

BORTOLON, C., *et al.* Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. **Substance use & misuse**, v.52, n.2, p 164-175, 2017.

DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v.19, p. 139-156, 2011.

FIGUEIRAS, M. J.; ALVES, N. C. Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. **Psychology and Health**, v.22, p. 143-158, 2007.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. Síndrome de dependência do álcool. Critérios de diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, p. 11-13, 2008.

GIUSTO, A.; PUFFER, E. A systematic review of interventions targeting men's alcohol use and family relationships in low- and middle-income countries. **Global Mental Health**, v.5, E10, 2018.

KOURGIANTAKIS, T.; ASHCROFT, R. Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. **BMJ open**, v.8, n.1, e019433, 2018.

MCCRADY, B. S.; FLANAGAN, J. C. The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. **Alcohol research: current reviews**, v.41, n.1, p. 06, 2021.

MEJÍA-TRUJILLO, J. Distintas familias, distintos consumos: relación de las dinámicas familiares con el consumo de alcohol en adolescentes en Colombia. **Hallazgos**, v.14, n.28, p. 63-82. 2017.

MUHANGA, M. I.; MALUNGO, J. R. Health Literacy and Some Socio-Demographic Aspects under One Health Approach in Eastern Tanzania: Connections and Realities. **Urban Studies and Public Administration**, v.1, n.1, p. 89-100, 2018

O'BRIEN, M. T. An evaluation of a screening and brief intervention pilot project for hazardous and harmful drinkers within the accident and emergency department of Manchester Royal Infirmary. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.18, p. 440-448, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 11**. Artes Médicas: Porto Alegre, 2022.

RALSTON, T. E.; PALFAI, T. P.; RINCK, M. The influence of depressed mood on action tendencies toward alcohol: The moderational role of drinking motives. **Addictive Behaviors**, v.38, p. 2810-2816, 2013.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. **Epub**, 2020. ISSN 1807-5762.

SILVA, M. J. V.; SOUSA, S. N. V.; CARVALHO, C. R. Impacto do alcoolismo na vida social e familiar. **REVISA**, v.10, n.3, p. 481-92. 2021

SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. v.12, n. 80, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global Status Report on Alcohol and Health**. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-156563-9, 2018.

VALENTIM, O. S.; SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. P. Grupos de autoajuda: a perceção de gravidade do alcoolismo, da saúde física e mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. Spe. 5, p. 93-97, 2017.

VINTÉM, J. M. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-perceção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. **Revista Saúde Publica**, v.6, p. 5-18, 2008.

Índice Remissivo

A

Acesso à saúde 72, 76, 84, 86
Acolhimento de enfermagem 40, 42, 43, 48
Adesão aos tratamentos 10
Administração de medicação intravenosa 146
Alfabetização 163
Assistência integral à saúde 89
Atentado aos direitos e liberdades 125
Autoeficácia do cuidador 53, 55, 56, 65, 67

B

Backgrounds culturais e religiosos 21
Boas práticas de cuidar 111, 114

C

Cateterismo periférico 147
Cateterização venosa periférica 147, 149, 151, 154
Cateter venoso periférico (cvp) 146
Cidadania 7, 12, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 112, 114, 115, 119, 123
Cidadania e saúde 72, 75, 79, 87
Cidadania (in)visível em saúde 72, 74
Cidadão 12, 17, 72, 74, 75, 76, 84, 86, 87
Competência 10
Comportamento 89, 175
Comunicação terapêutica 40, 46
Conceitos de sexualidade 111, 113
Conflitos 10, 19, 36, 48, 50, 67, 87, 121, 137, 141, 157, 174
Consciência dos direitos, deveres 72
Crenças 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 45, 55, 56, 95, 98, 105, 113, 135, 164, 165, 174
Cuidado de enfermagem 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 61, 123
Cuidado de saúde culturalmente competente 10
Cuidador 14, 15, 23, 27, 36, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 65, 68, 69, 71
Cuidados de saúde 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 90, 93, 99, 100, 121, 135, 156, 164, 174
Cultura 10, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 75, 97, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 129, 134, 136
Cultura e saúde 21

D

Debate social 72, 74
Desafios aos enfermeiros 21

Desafios aos profissionais de saúde 10
Desenvolvimento dos cidadãos 89, 92
Desenvolvimento sustentável 89, 91, 92, 122
Dimensão holística 89, 92, 107
Direito à integridade física e psicológica 125
Direitos humanos 37, 111, 113, 114, 119, 125, 140, 141
Direitos humanos fundamentais 111, 114
Direitos sexuais 111, 113, 115, 116, 120, 123, 124
Diversidade cultural 10, 27
Diversidade (sexual e de gênero) 111

E

Educação em enfermagem 111, 114, 152
Educação em saúde (es) 89
Educação e promoção em saúde 21
Educação para a sexualidade 111, 114, 117
Enfermagem 10, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53, 70, 71, 72, 108, 111, 112, 115, 118, 119, 121, 122, 125, 145, 146, 147, 148, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 174, 176
Enfermagem de saúde infantil 21, 23, 24, 27
Enfermagem transcultural 21, 26
Enfermeiro e equipe de saúde 40
Enfermeiro e família 40
Era da diversidade 10
Estilos de vida 10, 26, 74, 77, 81, 89, 94, 95, 96, 97
Estudos em enfermagem 111, 113
Experiência pedagógica 111, 113

F

Família 163
Famílias no serviço hospitalar de emergência 40

G

Gestão do stresse 53, 56, 60, 65

I

Igualdade da mulher 125
Indicadores de saúde 10, 101, 121
Intervenção de enfermagem 42, 43, 47, 49, 50, 53, 55, 56, 61, 65, 67, 164

M

Melhores oportunidades de vida 10
Migração no mundo 10
Mudanças sociais 10, 97, 117
Mutilação genital feminina 125, 127, 128, 142, 143

N

Natureza sexuada do ser humano 111

Normas sociais 10

P

Perturbação do uso do álcool (pua) 162, 164

Pirâmide terapêutica de cuidados 40

Pobreza 10, 11

Populações migrantes 10

Prática profissional 147

Práticas de higiene 10

Práticas de saúde 10, 32, 33, 34, 36, 79

Prevenção 21, 34, 35, 43, 47, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 104, 118, 141, 146, 148, 149, 156, 157, 158, 160, 164

Problemáticas de saúde 10

Problemáticas individuais, familiares e comunitárias 21

Processo de acolhimento 40, 42, 46, 47, 48, 49

Processo de cuidar 10

Processo holístico 89, 98

Processos de construção da cidadania 72, 74

Processos de saúde/doença 10

Programa psicoeducativo 53, 56, 65, 67

Programas psicoeducacionais 163

Q

Qualidade de vida 47, 89, 92, 114, 119

R

Refúgio 10

Rejeição a procedimentos 10

S

Saúde infantil 21

Saúde mental e psiquiátrica 163

Saúde pública 86, 125, 127, 162

Saúde pública 37, 89, 92, 104, 108

Saúde sexual 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124

Sem-abrigo 7, 20, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88

Serviço hospitalar de emergência 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50

Singularidades culturais 10

Sociedades saudáveis 89, 90, 92

Stresse de pearlin 53, 54

Stressores primários 53, 58, 61, 63

Stressores secundários 53, 59

T

Tradições 10, 23, 32, 36, 126, 137, 139, 140

Transtorno do uso de álcool 163

V

Valores 10, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36, 45, 61, 65, 66, 89, 93, 95, 102, 103, 104, 105,
107, 108, 114, 118, 139, 140, 141, 166, 167

Violência 125, 141

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 
<https://editoraomnisscientia.com.br/> 
[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 
<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 
+55 (87) 9656-3565 