

CRENÇAS EM SAÚDE RELATIVAS AO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Paula Nelas

Professor Adjunto da Escola Superior de saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu. Membro da UICISA
pnelas@gmail.com

Emília Coutinho

Professor Adjunto da Escola Superior de saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu. Membro da UICISA

Cláudia Chaves

Professor Adjunto da Escola Superior de saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu. Membro da CI&DEI

João Duarte

Professor Coordenador da Escola Superior de saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu. Membro da UICISA

Carla Cruz

Professor Adjunto da Escola Superior de saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu. Membro da UICISA

Rui Dionísio

ACES Dão Lafões – Unidade de Saúde Pública

*Recepción Artículo: 1 marzo 2020
Admisión Evaluación: 4 marzo 2020
Informe Evaluador 1: 8 abril 2020
Informe Evaluador 2: 22 marzo 2020
Aprobación Publicación: 20 abril 2020*

RESUMO

Enquadramento: O aumento da prevalência de doenças oncológicas como o cancro do colo do útero (CCU) faz com que se considere um problema de saúde pública mundial envolvendo recursos na área da prevenção.

Objetivos: Determinar a influência das variáveis sociodemográficas, de contexto ginecológico e sexual nas crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero.

Metodologia: É um estudo quantitativo, descritivo-correlacional. O protocolo de colheita de dados foi o questionário que permitiu caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas ginecológica e sexual. Utilizamos ainda a Escala Crenças em Saúde, composta por quatro dimensões: vulnerabilidade, gravidade, benefícios e obstáculos de (Patrão & Leal, 2002). A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 946 participantes.

Resultados: Relativamente à dimensão vulnerabilidade foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas variáveis, ter problemas do foro ginecológico, periodicidade na frequência de consultas de ginecologia,

CRENÇAS EM SAÚDE RELATIVAS AO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

utilizar métodos contraceptivos, existência de familiares co CCU. Para a dimensão gravidade foram encontradas diferenças estatísticas significativas para as variáveis, periodicidade de consultas de ginecologia e utilizar métodos contraceptivos. Na dimensão benefícios foi encontrada significância estatística para idade (adultas) e utilizar métodos contraceptivos. Para a dimensão obstáculos encontramos significância estatística para a periodicidade de frequência de consultas de ginecologia e início da atividade sexual.

Conclusões: Compreender aspetos individuais envolvidos na prevenção do CCU é essencial para uma assistência individualizada, visto que tais aspetos apresentam caráter subjetivo exigindo ações diferenciadas.

Palavras-Chave: cancro do colo do útero; crenças em saúde; contexto ginecológico, contexto sexual

ABSTRACT

Health beliefs related to cervical cancer. Background: The increase in the prevalence of oncological diseases such as cervical cancer (CC) makes it a worldwide public health problem involving resources in the area of prevention.

Objectives: To determine the influence of sociodemographic variables, gynecological and sexual context on health beliefs related to cervical cancer.

Methodology: It is a quantitative, descriptive-correlational study. The data collection protocol was the questionnaire that allowed to characterize the sample in the gynecological, sexual and sociodemographic dimensions. We also use the Health Beliefs Scale, composed of four dimensions: vulnerability, severity, benefits and obstacles (Patrão & Leal, 2002). The sample is non-probabilistic for convenience, consisting of 946 participants.

Results: Regarding the vulnerability dimension, significant statistical differences were found in the variables, having gynecological problems, frequency in the frequency of gynecological consultations, using contraceptive methods, existence of family members with CC. For the severity dimension, significant statistical differences were found for the variables, frequency of gynecological consultations and use of contraceptive methods. In the benefits dimension, statistical significance was found for age (adults) and using contraceptive methods. For the obstacles dimension, we found statistical significance for the frequency of frequency of gynecological consultations and the beginning of sexual activity.

Conclusions: Understanding individual aspects involved in the prevention of CC is essential for individualized care, since these aspects are subjective in nature and require different actions.

Keywords: cervical cancer; health beliefs; gynecological context; sexual context

INTRODUÇÃO

A evidência epidemiológica em oncologia, tem revelado um crescimento progressivo do número de novos casos anuais de cancro, e um aumento da média de idade da população afetada. O aumento de incidência deve-se maioritariamente aos ganhos de esperança de vida da população. As modificações dos estilos de vida, para além de influenciarem as variações de incidência, contribuem para mudanças relativas entre as diversas neoplasias.

No ano de 2015 existiam cerca de 17,4 milhões de casos de cancro dos quais 8,7 milhões de mortes. Entre 2005 e 2015 os casos de cancro aumentaram 33%. Em 2015, 526000 mulheres desenvolveram cancro do colo do útero em todo o mundo, causando a morte de 239000 (GBD, 2013). Na União Europeia, a previsão realizada pela International Agency for Researchon Cancer (IARC), e tendo como base apenas o envelhecimento da população, determina um aumento dos novos casos de cancro em 13.7%. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12,6% no cancro em geral (Portugal, DGS, 2013).

A publicação do Despacho 4803/2013 do SEAMS, relativo aos programas de rastreio de base populacional das patologias oncológicas (cólon e reto, colo do útero e mama) prevê monitorização periódica. A uniformização dos indicadores a monitorizar e o acompanhamento da sua evolução permitem acompanhar a realidade nacional (Portugal, DGS, 2013).

Como exposto, a preocupação cada vez maior com as doenças oncológicas reflete-se nos indicadores de saúde e nos custos que acarretam. Os profissionais têm como objetivo principal a promoção da saúde, realizando

ações de cariz informativo que possibilitem a prevenção da doença oncológica. Sabe-se que um indivíduo apenas adotará um comportamento preventivo se for capaz de se considerar suscetível a um problema de saúde, perceber se esse pode ter consequências sérias e acreditar que o poderá prevenir com ações cujos benefícios superam os aspetos negativos. Ainda neste âmbito, os comportamentos de saúde também são influenciados por hábitos, valores e crenças, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa, o qual é responsável pelo bem-estar biopsicossocial.

Os comportamentos de adesão aos rastreios sofrem influência de alguns fatores intrínsecos, tal como as crenças que se relacionam com a doença, com o tratamento, relação com a equipa de saúde e motivação e ainda fatores extrínsecos que representam os fatores condizentes com as políticas de saúde e custos (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

Todos os anos, o cancro do colo do útero mata mais de 250 000 mulheres e 85% dessas mortes ocorrem em países de baixo e mediano rendimento. O cancro do colo do útero é o quarto mais comum em mulheres em todo o mundo, mas a maioria dessas mortes poderia ser evitada com prevenção adequada, recorrendo a medidas, como a vacinação e os programas de rastreio. Em países desenvolvidos, a triagem generalizada reverteu radicalmente a incidência e a mortalidade do cancro do colo do útero (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2017).

O Modelo de Crenças da Saúde analisa os fatores preditivos e percursos dos comportamentos de saúde, sugerindo que os comportamentos resultam de uma ponderação racional dos potenciais custos e benefícios de um dado comportamento. O Modelo postula que os indivíduos são mais propensos à mudança de comportamento quando percebem que podem estar vulneráveis à doença (perceção de suscetibilidade), que as consequências da doença podem ser graves (perceção de severidade), que há benefícios em adotar comportamentos preventivos (perceção de benefício), e que a mudança comportamental gera benefícios que superam os inconvenientes da adoção de determinada prática (perceção de barreiras). Alguns autores mencionam que realizar rastreio do cancro do colo do útero, pode estar relacionado com as crenças de saúde (Ferreira, Ferreira, Ferreira, Andrade & Duarte, 2014).

Assim, torna-se imprescindível proceder à compreensão das crenças em saúde e as variáveis a elas associadas, como é o caso da vulnerabilidade, da gravidade, dos obstáculos e dos benefícios, destacando-se a importância da ação dos profissionais de saúde que, valendo-se da sua relação terapêutica de proximidade com as utentes, podem desmistificar crenças que proporcionem atitudes promotoras da adesão das utentes ao rastreio, informando, incentivando e apostando na prevenção.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 946 participantes com idades compreendidas entre os 18 os 58 anos (\pm 13,40 anos). Foram critérios de inclusão aceitar participar no estudo, ser jovem e adulto. Como critérios de exclusão considerou-se estar em tratamento de cancro do colo do útero.

O protocolo de colheita de dados foi o questionário que permitiu caracterizar a amostra nas dimensões socio-demográficas ginecológica e sexual. Utilizamos ainda a Escala Crenças em Saúde, composta por quatro dimensões: vulnerabilidade, gravidade, benefícios e obstáculos (Patrão & Leal 2002). Todos os procedimentos éticos e legais foram assegurados.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica

Um pouco mais de metade da amostra (50.4%) é constituída por adultas e 49.6% são jovens adultas. A maioria residia na aldeia (39.9%). Quanto à escolaridade, 39.8% têm o Ensino Secundário e 18% o Ensino Superior.

CRENÇAS EM SAÚDE RELATIVAS AO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Caraterização sexual e ginecológica

Mais de metade da amostra (61.1%) refere que tem por hábito realizar rastreios em saúde. Na amostra, 14.7% indica que já teve problemas ginecológicos e 85.3% os teve. Sendo os mais referidos são as infeções (66.4%) e os poliquistos (8%). Ainda 25.7% frequenta ocasionalmente a consulta de Ginecologia, 21% uma vez por ano e 9.2% de 6 em 6 meses.

Na amostra 89,9% já iniciou a sua atividade sexual. Das participantes que já iniciaram a atividade sexual, 78,4% já o fez há mais de 2 anos, 16% há pelo menos 1 ano e 5,6% há menos de 1 ano. Quanto à utilização de métodos contraceptivos, verifica-se que os mais utilizados são os hormonais (42%) e os menos usados são de barreira (25,1%).

Um terço das participantes indica que nunca frequentou a consulta de planeamento familiar e 24.4% indica que o faz ocasionalmente. Já 15,9% indica que quando sente necessidade, por tem problemas reprodutivos ou sexuais, recorre a consulta de planeamento familiar.

As participantes associam mais risco de ter cancro do colo do útero se houver antecedentes familiares (88.4%), se tiverem sofrido uma lesão do colo do útero (81.3%) ou se tiverem vários parceiros sexuais (75.8%). Uma percentagem significativa considera que a citologia é um exame que permite detetar o cancro do colo do útero em fases muito precoces (89.9%) e reduz o número de mortes por cancro do colo do útero (85.7%). Cerca de três quartos das inquiridas (73.7%) entende que a citologia deve ser efetuada pela primeira vez aos 18 anos ou se a mulher é sexualmente ativa, 46.2% refere de 5 em 5 anos, a partir dos 40 anos, até aos 64 anos. Mais de metade da amostra (60%) afirma já ter realizado um exame de citologia.

Na amostra 5% já teve familiares com cancro do colo do útero. Verificamos que a maioria (94,5%) não tem ou teve familiares com cancro do colo do útero. No que diz respeito à história de familiares com outro tipo de cancro os resultados apresentados são que 44.7% tiveram familiares com outro tipo de cancros.

Ao analisarmos as estatísticas das crenças em saúde aferimos que os valores oscilam para o total das crenças em saúde o índice mínimo é de 18% e um máximo de 74%, com uma média de 48,16% e um desvio padrão de 9,63%. Na subescala vulnerabilidade e gravidade, a distribuição é simétrica, sendo que os valores variam entre mínimo de 5% e um máximo de 25%, com um valor médio de 12,16 (DP= 4,05) para a primeira e de 13,49 (DP=4,17) para a segunda. Comparativamente, a subescala benefícios o índice mínimo é de 3% e o máximo de 15%, com uma média de 11,23 (DP=2,30). Em desfecho, na subescala obstáculos apuramos um índice mínimo de 5% e o máximo de 21%. A média encontrada é de 11,28% (DP=3,88).

Analisando a relação entre a variável dependente (crenças em saúde relativas ao cancro do colo do útero) e as variáveis independentes, verificamos que na dimensão vulnerabilidade foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas variáveis, ter problemas do foro ginecológico, periodicidade na frequência de consultas de ginecologia, utilizar métodos contraceptivos, existência de familiares co CCU. Para a dimensão gravidade foram encontradas diferenças estatísticas significativas para as variáveis, periodicidade de consultas de ginecologia e utilizar métodos contraceptivos. Na dimensão benefícios foi encontrada significância estatística para idade (adultas) e utilizar métodos contraceptivos. Para a dimensão obstáculos encontramos significância estatística para a periodicidade de frequência de consultas de ginecologia e início da atividade sexual.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na mostra, da idade, a média de idade é de 32 anos (\pm 13,40 anos). Averiguamos que as participantes adultas, têm mais crença na dimensão benefícios relativamente ao cancro do colo do útero. A dimensão obstáculos indica-nos que as diferenças significativas se encontram nas adultas, onde obtêm valores mais elevados. Resultados análogos foram encontrados por Asilar, Kose & Yildirim (2015) tendo os autores constatado que as mulheres que obtiveram informações sobre o cancro do colo do útero e o respetivo rastreio revelaram saber dos maiores benefícios para a realização do mesmo e mais motivação para a saúde. Os autores constataram ainda que a média de idade das mulheres foi de 36,05 anos (\pm 10,73), das quais 33,7% obtiveram informações sobre o cancro do colo de útero e rastreio, 44,1% ouviram falar do exame e 39,7% sabiam que o exame era realizado para o diagnóstico precoce do cancro do colo do útero.

Relativamente à zona de residência, a maioria (39,9%) reside na aldeia, apuramos que as crenças relativas ao cancro do colo do útero em todos os fatores da escala e valor global são maiores nas participantes residentes da zona rural, com exclusão na dimensão benefícios. Resultados idênticos foram encontrados por Ferreira (2012), onde são as mulheres que residem em zona urbana aquelas que têm melhores conhecimentos acerca do CCU (55,5%).

Relativamente aos problemas do foro ginecológico, cerca de 15% indica que já teve problemas ginecológicos, sendo mais referidas as infeções (66,4%) e os poliquistos (8%). Os valores encontrados são significativamente mais elevados nas mulheres que já tiveram problemas do foro ginecológico, apresentando crenças do cancro do colo do útero mais elevadas nas dimensões, vulnerabilidade e nas crenças totais. No que se refere à regularidade com que frequentam a consulta de ginecologia e rastreios mais de metade da amostra (61,1%) informa que tem por hábito realizar rastreios em saúde. Quanto a frequentar a consulta de ginecologia, 25,7% frequenta ocasionalmente e 21% uma vez por ano. Um terço das mulheres indica que nunca frequenta a consulta de planeamento familiar e 24% indica que o faz ocasionalmente. Observou-se que as participantes que nunca vão à consulta de planeamento familiar, obtêm valores mais baixos, na dimensão da vulnerabilidade. As que vão periodicamente, são as que têm valores mais altos relativamente as crenças na dimensão gravidade. As que vão periodicamente às consultas apresentam menores crenças na dimensão obstáculos. Uma investigação efetuada no Brasil, evidenciou que quando foi avaliada a correspondência múltipla entre os parâmetros do modelo de crenças em saúde, verificou-se que mulheres com baixa perceção de suscetibilidade, associaram-se a pontuações mais próximas do desejável com relação à gravidade, benefícios e barreiras. Isto pode levar a crer que a baixa perceção de suscetibilidade está associada ao fato de algumas mulheres, realizam ou já realizaram pelo menos uma vez na vida o exame de prevenção do cancro do colo do útero (Rodrigues & Moreira, 2014). Um estudo realizado no Gana sobre conhecimento, prática e barreiras para o rastreio do cancro do colo do útero, encontrou associação significativa entre barreiras institucionais e pessoais e realização do exame de Papanicolau. A educação abrangente sobre o rastreio do cancro do colo do útero e remoção de barreiras de acesso é fundamental para reduzir o risco associado à doença e promover a saúde das mulheres.

No que se refere ao início da atividade sexual, 10% das participantes afirma que ainda não iniciou a atividade sexual. Das que já iniciaram, 78% já o fez há mais de 2 anos e 16% há pelo menos 1 ano. Presenciamos que os valores são significativamente mais elevados nas mulheres que já tinham iniciado a sua atividade sexual para as crenças em saúde na dimensão obstáculos. Na questão relativa ao uso de métodos contraceptivos por parte das mulheres que já iniciaram a atividade sexual verifica-se que os mais utilizados eram os hormonais (42%) e de barreira (25%). Ao comparar a utilização de métodos contraceptivos verificamos que as ordenações médias são mais elevadas nas participantes que usam métodos contraceptivos, em todas as dimensões da escala crenças em saúde, com exceção da dimensão benefícios. Resultados contrários foram encontrados por Santos (2017) onde se verificou correspondência múltipla entre os parâmetros do modelo crenças em saúde e o uso de preservativo. O estudo de Rodrigues & Moreira (2014) revelou que mulheres com maior perceção de suscetibilidade, gravidade da doença e alta perceção de benefícios apresentam maior escolaridade, maior renda e maior utilização de preservativos nas relações sexuais.

Quanto ao conhecimento relativo ao cancro do colo do útero, as participantes associam mais risco de o ter se existirem antecedentes familiares de cancro (88.4%), se tiverem sofrido uma lesão do colo do útero (81.3%) ou se tiverem vários parceiros sexuais (75.8%). Uma percentagem elevada considera que a citologia é um exame que permite detetar o cancro do colo do útero em fases muito precoces (89.9%) e reduz o número de mortes por este tipo de cancro (85.7%). Assim, informar sobre um resultado anormal, pode ser associado a um aconselhamento destinado a melhorar as atitudes e crenças relativas à prevenção. Também, um estudo sobre o impacto da educação sobre cancro do colo do útero e o papiloma vírus humano, no estilo de vida saudável e nos comportamentos e crenças, revela que programas educacionais que visam motivar as mulheres a aumentar a sua conscientização prevenção do cancro do colo do útero são necessários e benéficos (Koç, Z. , Özde , E. K. , Topatan, S., Çinarlı, T., ener, A. , . . . , & Palazo lu C.A.).

CRENÇAS EM SAÚDE RELATIVAS AO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Os resultados mostram que uma percentagem de 5% indica que teve familiares com cancro do colo do útero. Verificamos que a maioria (94,5%) não tem ou teve familiares com esta patologia. No que diz respeito à existência de familiares com outro tipo de cancro, os resultados apresentados revelam que 44.7% teve, e 77% indica que os seus familiares também fazem rastreios em saúde. Verificamos que as mulheres que têm familiares com cancro do colo do útero têm crenças mais elevadas em todas as dimensões das subescalas e na escala global. O Modelo Crenças de Saúde postula que a probabilidade de um indivíduo ter um comportamento saudável depende das suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e do risco/benefício de praticar a ação (Ferreira et al, 2014).

CONCLUSÃO

Apesar do cancro do colo do útero poder ser eficazmente combatido e controlado ainda existem muitas mulheres vítimas mortais desta patologia. Esta realidade pode estar associada a falta de informação por parte das mulheres para a necessidade de rastreio e pela inexistência de programas de rastreio. Também, os programas de rastreio, na maioria das vezes, são feitos de forma oportunista e não direcionados às subjetividades da população alvo. Assim, perceber os aspetos individuais envolvidos com a prevenção particular do cancro pode ser o passo essencial para uma assistência humanizada, individualizada e resolúvel, visto que tais aspetos podem apresentar carácter extremamente subjetivo e que exigam ações diferenciadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC). OMS (2017).
- A İlar, R. H., Köse, S., & Yıldırım, A. (2015). Kadınların servikal kanser ve pap smear testine ili kin bilgi, inanç ve davranışları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 102-111. doi: 10.5336/nurses.2014-42620.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). Plano nacional de saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>
- Ferreira, M., Ferreira, S., Ferreira, N., Andrade, J., & Duarte, J. (2014). Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e da mama na mulher portuguesa. *Millenium*, 47, 83-86. Acedido em <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8111>
- Ferreira, S. M. G. (2012). Estilos de vida e vigilância de saúde e reprodutiva da mulher portuguesa (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1756>
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2015). Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 385(9963), 117-171. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
- Koç, Z-, Özde , E. K., Topatan, S., Çınarlı, T., ener, A., Danacı, E., & Palazo lu, C. A. (2019). The impact of education about cervical cancer and human papillomavirus on women's healthy lifestyle behaviors and beliefs: Using the PRECEDE educational model. *Cancer Nursing*, 42(2), 106-118. doi: 10.1097/NCC.0000000000000570.
- Patrão, I., & Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 103-112. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862002000100007&lng=pt&nrm=iso
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). Portugal: Doenças oncológicas em números: 2013: Plano nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013-pdf.aspx>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). Portugal: Doenças oncológicas em números: 2015: Programa nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2016). Programa nacional para as doenças oncológicas. In Saúde de A a Z. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas: 2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22531/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20Oncol%C3%B3gicas%202017.pdf>
- Rodrigues, D. E. (2014). Barreiras à prevenção do câncer de colo do útero entre mulheres acompanhadas por uma equipe de saúde da família no Município de Porto Velho (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Rondônia, Brasil). Acedido em <http://www.ri.unir.br/jspui/handle/123456789/1349>
- Santos, M. J. O. (2017). Saúde sexual e reprodutiva em estudantes do ensino superior: Contributo para o desenvolvimento de programas de intervenção (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/105488/2/201262.pdf>

