

Artigo Original de Investigação

## Barreiras percebidas na acessibilidade aos serviços de saúde numa população vulnerável

Perceived barriers to accessibility to health services in a vulnerable population

Ricardo Ferreira<sup>1\*</sup>, Fátima Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup> USF Fonte Luminosa, ACES Lisboa Central, Lisboa; <sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

[ricardoasferreira@gmail.com](mailto:ricardoasferreira@gmail.com), [mrodrigues@esel.pt](mailto:mrodrigues@esel.pt).

**Introdução:** A hepatite B é uma doença provocada pelo vírus da hepatite B (VHB) que pode infectar o fígado, causando inflamação, necrose hepatocelular e cancro. É um problema de saúde pública e a sua prevenção é fundamental, sendo a vacinação a forma de prevenção primária mais eficaz. O Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) oferece rastreio rápido para o VHB, dirigido a grupos vulneráveis e pessoas com rastreio não reativo são encaminhadas para vacinação.

**Objetivos:** O estudo pretendeu descrever as barreiras percebidas pelos clientes do GAT e promover a acessibilidade aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o VHB.

**Métodos:** Este estudo desenvolveu-se com base na Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde<sup>11</sup> e no Modelo de Promoção de Saúde<sup>9</sup>. A população alvo foram utentes do GAT, 379 pessoas. A amostra não probabilística por conveniência foi de 19 utentes, que responderam a um questionário e uma escala de autoeficácia, para elaborar o diagnóstico de situação descritivo e transversal. Em todo o processo foram respeitados os procedimentos éticos.

**Resultados:** Na fase do diagnóstico de situação, procedeu-se à identificação dos problemas, sendo o problema prioritário “Barreiras à adesão”. Para promover a acessibilidade foram desenvolvidos dois projetos: “Via Verde Vacinas” (visou disponibilizar a vacina no GAT) e “Vacinação Sem Barreiras” (para ajudar os utilizadores do GAT que preferissem realizar vacinação num centro de saúde de referência).

**Conclusões:** As intervenções contribuíram para a integração de respostas estruturadas no GAT de modo que os utilizadores pudessem realizar a vacinação contra o VHB.

*Introduction: Hepatitis B is a disease caused by the hepatitis B virus (HBV) that can infect the liver, causing inflammation, hepatocellular necrosis, and cancer, but which is preventable through vaccination. As hepatitis b is a public health problem, its prevention is essential, with vaccination being the most effective form of primary prevention. The Group of Treatment Activists (GAT) offers quick screening for HBV, targeted at vulnerable groups and people with non-reactive*

screening are referred for vaccination.

*Objectives:* The study aims to describe the barriers perceived by GAT clients and promote accessibility to health services to carry out vaccination against HBV.

*Methods:* This study was developed based on the Health Planning Methodology<sup>11</sup> and on the Health Promotion Model<sup>9</sup>. The target population were users of the GAT, 379 people. The non-probabilistic convenience sample consisted of 19 users, who answered a questionnaire and a self-efficacy scale, in order to elaborate a descriptive and transversal situation diagnosis. Throughout the process, ethical procedures were respected.

*Results:* In the situation diagnosis phase, the problems were identified, and the priority problem being “Barriers to adherence”. To promote accessibility, two projects were developed: “Green Way Vaccines” (aimed at making the vaccine available in the GAT) and “Vaccination Without Barriers” (to help GAT users who would prefer to have vaccinations at a reference health center).

*Conclusions:* The interventions contributed to the integration of structured responses in the GAT so that users could carry out HBV vaccination.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Enfermagem; prevenção; vacinação; hepatite B.*

**KEY WORDS:** *Nursing; prevention; vaccination; hepatitis B.*

Submetido em 04.08.2021; Aceite em 21.09.2021; Publicado em 30.11.2021.

\* **Correspondência:** Ricardo Ferreira.

Email: [ricardoasferreira@gmail.com](mailto:ricardoasferreira@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a hepatite B é uma infeção viral que infeta o fígado, provocada pelo vírus da hepatite B (VHB), e em 2019 estimava que 296 milhões de pessoas viviam com infeção crónica pela hepatite B, ano em que terão ocorrido 820.000 mortes, principalmente por cirrose e carcinoma hepatocelular<sup>1</sup>. O vírus pode ser transmitido de forma vertical ou horizontal, pois é altamente contagioso e pode sobreviver fora do corpo por pelo menos sete dias<sup>1</sup>. A maioria das pessoas não apresenta nenhum sintoma, no entanto pode desencadear icterícia, urina escura, astenia, náuseas, vômitos e dor abdominal

Segundo a *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), em Portugal, no ano de 2019 foram

reportados 33 novos casos de hepatite B aguda e 51 novos casos de hepatite B crónica e, entre 2013 e 2015, o número de novos casos de hepatite B crónica reportados aumentou de 1 para 73<sup>2</sup>. A Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que, em Portugal, a hepatite B crónica atinge maioritariamente pessoas do sexo masculino, nas faixas etárias dos 25 aos 54 anos, e que a mortalidade específica por hepatites virais agudas é pouco expressiva<sup>3</sup>. A DGS tem como visão interromper a transmissão do VHB, garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e eliminar a hepatite B em 2030, enquanto problema de saúde pública<sup>3</sup>.

A hepatite B pode ser prevenida através da vacinação. A OMS refere que a vacina tem uma eficácia de 98% a 100%; quando concluído o esquema vacinal e promove uma proteção de pelo menos 20 anos, sendo provavelmente vitalícia<sup>1</sup>. Em Portugal esta vacina é gratuita no âmbito do Programa Nacional de

Vacinação<sup>4</sup> (PNV) da DGS desde 1995, sendo preferencialmente realizada à nascença, com possibilidade de ser iniciada até final dos 17 anos de idade<sup>3</sup>, ou, em qualquer idade para pessoas abrangidas pela Circular Normativa da DGS Nº 15 de 2001<sup>5</sup>, onde se incluem vários grupos considerados em risco.

Abordando os conceitos relacionados com a vulnerabilidade e a acessibilidade aos serviços de saúde, segundo a OMS, a vulnerabilidade aumenta com o aumento da suscetibilidade e com a diminuição da resiliência<sup>6</sup>. De acordo com a OMS, as barreiras são entendidas como os fatores que impedem a população de utilizar adequadamente um serviço de saúde e chama a atenção para quatro tipos de barreiras ao acesso: física, financeira, informação e discriminação<sup>7</sup>. Para aumentar o acesso e reduzir as iniquidades em saúde, a prestação de serviços direcionados para a prevenção da hepatite B e a redução de danos pode ser adaptada a populações e ambientes diferentes por meio de integração e descentralização<sup>8</sup>.

O Modelo de Promoção de Saúde (MPS)<sup>9</sup> refere que as populações vulneráveis são diversos grupos de indivíduos que correm maior risco de apresentarem piores resultados de saúde quer sejam físicos, psicológicos e / ou sociais, sendo mais propensas a desenvolver problemas de saúde, e são confrontadas com barreiras no acesso aos cuidados de saúde<sup>9</sup>. Pender considera três tipos de barreiras: bloqueios mentais (dizem respeito ao próprio – são barreiras internas), obstáculos (não dependem do próprio – são barreiras externas) e custos pessoais de se assumir um determinado comportamento<sup>9</sup>. Segundo a *International Society for Equity in Health*, citada por Pender, atingir a equidade em saúde significa que todos têm a oportunidade de atingir o pleno potencial de saúde e ninguém está em desvantagem de alcançar o seu potencial por causa de diferenças sociais, demográficas ou geográficas<sup>9</sup>. Não há nenhuma solução simples que esteja facilmente disponível para alcançar a equidade em saúde, mas os enfermeiros, como provedores da linha da frente com uma perspetiva de pessoa-ambiente, podem implementar programas culturalmente competentes individuais, familiares e comunitários para dar resposta a estas questões complexas<sup>9</sup>.

## METODOLOGIA

No âmbito do que foi exposto e resultante de algumas inquietações pessoais e profissionais surgiu este Projeto de Intervenção Comunitária que decorreu no Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT). O GAT pretendia conseguir acesso rápido a produtos médicos, testes e meios de diagnóstico que previnam ou tratem as infeções pelo vírus da Imunodeficiência humana (VIH) das hepatites B e C, e por bactérias, nomeadamente o *Treponema pallidum*, bem como prestar a assistência e aconselhamento em saúde, ou melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem ou são especialmente vulneráveis à infeção por doenças transmissíveis, tais como as que usam drogas, migrantes, homens que têm sexo com homens, trans e trabalhadores do sexo<sup>10</sup>. Tem quatro unidades de saúde de base comunitária: In-Mouraria; Espaço Intendente; CheckpointLX; e Move-se<sup>10</sup>. Considerando que apenas duas unidades de saúde do GAT, a CheckpointLX e Espaço Intendente, têm rede de frio e permitem a realização de atos vacinais, o projeto decorreu nestes dois contextos.

O estudo iniciou-se pela revisão da literatura de modo a identificar e mapear, a partir da pesquisa em bases de dados, a informação sobre a acessibilidade aos serviços de saúde de pessoas adultas vulneráveis para realizar a vacinação. Como metodologia utilizada para realizar a revisão da literatura recorreu-se a uma revisão PCC – População, Conceito e Contexto.

Como plataforma de pesquisa, foi utilizada a base de dados *EBSCOhost Research*, utilizando os motores de busca *CINAHL* e *MEDLINE*, separadamente, pesquisando-se pelos termos naturais e indexados, verificando-se assim, quais os termos que mais se ajustavam à pesquisa. Esta pesquisa foi realizada entre os dias 22 e 27 de abril de 2019.

Em relação aos critérios de inclusão, esta revisão incluiu estudos com os seguintes participantes: pessoas adultas vulneráveis, de qualquer género e cultura, que procuram aceder aos serviços de saúde. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos estudos anteriores a 2016; estudos que não se referissem a população adulta; e estudos que não

fossem publicados na língua inglesa ou portuguesa, reunindo desta forma um total de 64 artigos, relacionados com a temática em questão.

A questão de investigação centrou-se na pergunta: O que refere a literatura sobre a acessibilidade de pessoas adultas vulneráveis aos serviços de saúde para realizar um ato vacinal? A População (P) foi definida como pessoas adultas vulneráveis; o Conceito (C) como acessibilidade e vacinação; e o contexto (C) como serviços de saúde e cuidados de saúde primários.

A metodologia utilizada baseou-se no processo de planeamento em saúde<sup>11</sup>. Para a realização do diagnóstico de situação foi desenvolvido um estudo transversal descritivo<sup>12</sup>. Utilizaram-se como instrumentos de recolha de informação: um questionário e uma escala de autoeficácia.

Para estudar a população alvo foi selecionada uma amostra constituída pelas pessoas que acederam aos serviços de saúde do GAT entre 1 de julho e 15 de outubro de 2019, para realizar rastreio e detetar a presença do antígeno de superfície para a hepatite b (AgHBs), através de um teste rápido com sangue capilar, o que correspondeu a 379 pessoas. O método de seleção da amostra foi não probabilístico por conveniência<sup>13</sup>. A amostra foi constituída por 19 pessoas que aceitaram participar, as quais deram o consentimento informado escrito e responderam a um questionário que incluía a escala de autoeficácia, com o objetivo de contextualizar a população alvo e identificar as barreiras para a não realização da vacina contra o VHB.

O questionário foi elaborado com base nos pressupostos e preposições teóricas do Modelo de Promoção de Saúde<sup>14</sup>, sendo submetido previamente a um pré-teste<sup>13</sup>. Na análise da escala de autoeficácia<sup>15</sup>, consideraram-se 4 níveis: nível 1 (autoeficácia baixa), 2 (média), 3 (alta), e 4 (autoeficácia máxima). A aplicação da Escala de Autoeficácia Geral foi solicitada a autorização ao autor que deu parecer favorável.

O consentimento informado e o questionário contendo a referida escala foram entregues

pessoalmente aos utentes pelos colaboradores do GAT e sempre que necessário ou solicitado os profissionais ajudaram os participantes no preenchimento. Ao longo do estudo foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos referidos na Convenção de Oviedo<sup>16</sup>, no Código Deontológico do Enfermeiro<sup>17</sup>, e na Declaração de Helsínquia<sup>18</sup>, pela defesa da saúde, da autodeterminação, da integridade, da privacidade, da confidencialidade e da dignidade. Inicialmente foi solicitada autorização à direção do GAT, para o desenvolvimento do projeto, implementação da intervenção, divulgação pública dos dados e resultados para fins académicos e o uso do nome GAT, obtendo parecer favorável. Os participantes foram esclarecidos sobre o âmbito do projeto, tiveram acesso ao consentimento informado livre e esclarecido, foi-lhes dada a possibilidade de se retirar do estudo em qualquer momento e garantido o anonimato.

Para o tratamento e análise destes dados recorreu-se à estatística descritiva, com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.

## RESULTADOS

Os dados recolhidos pela amostra, constituída por 19 pessoas, permitiram obter os seguintes resultados. Para a primeira dimensão do Modelo de Promoção de Saúde – características e experiências individuais<sup>9</sup>, destaca-se que: 73,7% dos participantes acedeu ao CheckpointLX e 26,3% ao Espaço Intendente. Quanto ao género, 78,9% eram do género masculino. A média de idades foi de 38,5 anos e a mediana de 37 anos, com um desvio padrão de 11,271; a amplitude de variação foi de 23 a 58 anos. No que se refere ao estado civil, 73,7% eram solteiros e 63,2% não eram naturais de Portugal.

Para a dimensão do Modelo de Promoção de Saúde – caracterização dos conhecimentos e sentimentos específicos do comportamento<sup>9</sup>, destaca-se que: todos os participantes referiram barreiras à vacinação; as pessoas reportaram temas que se inserem nos três tipos de barreiras à ação indicados por Pender, sendo referidos maioritariamente os bloqueios mentais

(61%) como barreiras à ação; 94,7% considerou a vacina um método eficaz; todos consideraram a vacina um método seguro. Quanto ao conhecimento sobre a doença: 94,7% desconheciam os sinais/sintomas, 63,2% desconheciam as vias de transmissão da doença e 89,5% desconheciam as complicações da doença; o nível de autoeficácia dos participantes situou-se em dois níveis: no 3 (57,9%) e no nível 4 (42,1%); a mediana do número de barreiras reportadas por participante com nível 3 de autoeficácia foi o dobro da mediana do número de barreiras reportadas por participante com nível 4 de autoeficácia.

Todos os participantes aceitariam vacinar-se no momento de rastreio, se a vacina estivesse disponível, ou seja, ancorando com o Modelo de Promoção de Saúde mostraram-se favoráveis para um compromisso com um plano de ação<sup>9</sup>.

Com estes resultados foi possível identificar dois problemas:

- a) Falta de conhecimentos sobre a doença da hepatite B;
- b) Barreiras para a ação que correspondem às barreiras identificadas por Pender.

Na sequência dos problemas identificados, emergiram diagnósticos de enfermagem<sup>19</sup> e seguiu-se a etapa de determinação de prioridades que corresponde à segunda etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde<sup>11</sup>, onde ocorre a priorização dos problemas de saúde. Para a hierarquização dos problemas de saúde usou-se a técnica de grelha de análise<sup>11</sup>.

O problema A, correspondeu a “Falta de conhecimento sobre a doença” e problema B às “Barreiras à adesão”, sendo que este último obteve o primeiro lugar, e foi considerado o prioritário.

Depois da determinação de prioridades, procedeu-se à fixação de objetivos, a terceira fase do planeamento em saúde<sup>11</sup>.

Assim, o objetivo geral da intervenção foi contribuir para diminuir as barreiras de adesão, por pessoas adultas e grupos vulneráveis, aos serviços de saúde para realizar a vacinação contra o vírus da hepatite B, entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020. Os objetivos específicos foram:

- a) Aumentar em 100% o acesso dos participantes à

primeira dose de vacina contra o vírus da hepatite B, nos participantes, até janeiro 2020;

- b) Aumentar em 90% o acesso dos participantes à segunda dose de vacina contra o vírus da hepatite B, nos participantes, até fevereiro de 2020;
- c) Diminuir em 10% as barreiras à primeira dose de vacina contra o vírus da hepatite B, nos participantes que quisessem vacinar-se no centro de saúde de referência, até fevereiro de 2020.

As estratégias selecionadas<sup>11</sup>, ancoradas no Modelo de Promoção de Saúde<sup>9</sup>, foram dirigidas à promoção de saúde, desenvolvendo-se atividades que permitissem aceder à vacinação diminuindo as barreiras para a ação de forma a atingir o comportamento de promoção de saúde. Com base no Modelo de Promoção de Saúde<sup>20</sup> procurou-se a ligação com o problema priorizado – as Barreiras à adesão – no *Nursing Intervention Classification* (NIC)<sup>21</sup>, para fundamentar as estratégias de intervenção e elaborar o plano operacional que se concretizou com a implementação de dois projetos de intervenção<sup>10</sup>: “Via Verde Vacinas” e “Vacinação Sem Barreiras”. O projeto “Via Verde Vacinas” visou disponibilizar a vacina contra o vírus da hepatite b, de forma gratuita, no GAT. O projeto “Vacinação Sem Barreiras” procurou dar resposta aos utilizadores do GAT que tivessem preferência por realizar a vacinação no centro de saúde de referência (CSR). Para as pessoas que decidissem realizar vacinação no centro local de saúde (CLS), que muitas vezes correspondia ao centro de saúde onde se encontravam inscritas, seriam encaminhadas para o serviço pretendido, como era regra do GAT.

Na etapa de preparação e execução do processo de planeamento em saúde<sup>11</sup> procedeu-se à elaboração de um diagrama de Gantt com a distribuição das atividades dos dois projetos no horizonte temporal de implementação, de modo a cumprir as atividades planeadas. Seguiu-se a avaliação dos indicadores de resultado e de atividade<sup>11</sup>.

Para o 1º indicador de resultado, constatou-se que foi possível vacinar 18 pessoas em 19 elegíveis, isto é 94,7% de adesão. Apesar do objetivo não ser totalmente atingido, foi um ganho, dado que anteriormente nenhum utente tinha realizado a



vacinação contra o VHB de forma gratuita nas unidades de saúde do GAT.

Em relação ao 2º indicador de resultado, foi possível vacinar 18 pessoas em 19 elegíveis, sendo a adesão de 94,7%, e atingido o objetivo.

Relativamente ao 3º indicador de resultado, não foi vacinado nenhum participante do estudo no CSR, dado que todos optaram por ser vacinados nas unidades de saúde do GAT onde foram rastreados.

Tendo em conta que havia 12 indicadores de atividade, apresentam-se os mais significativos:

- Auditar as unidades fixas de Saúde do GAT, foi atingido;
- Reunir as condições necessárias para administração de vacinas nas unidades de Saúde do GAT, foi atingido;
- Realizar parceria com a Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Central (LC) contra hepatite B no âmbito do estudo, foi atingido;
- Facilitar às pessoas, que decidissem realizar a vacinação contra o VHB no CSR, uma declaração / receita médica enquadrada na Norma de 2001 para a vacinação contra o VHB, foi atingido.

Dos 12 indicadores previstos, 10 foram atingidos.

## DISCUSSÃO

Com a realização deste projeto foi possível conhecer a realidade de uma população com vulnerabilidade acrescida<sup>1</sup> para a proteção específica da doença da hepatite B. Os resultados obtidos permitiram identificar as barreiras existentes que condicionaram a acessibilidade aos cuidados de saúde, corroborados pela literatura, tal como refere Pender<sup>9</sup>. Foi possível obter dados sobre a perceção dos participantes em relação à sua autoeficácia.

O estudo sugere que o local (CLS) é o foco das barreiras à ação. No âmbito da intervenção comunitária e de saúde pública procurou-se contribuir para o aumento da acessibilidade e diminuir as barreiras para a realização da vacinação contra o VHB. Foi estabelecida uma parceria entre a USP do ACES LC & GAT, para aumentar o acesso à vacina contra o VHB em local com

maior aceitabilidade [nos centros do GAT].

No desenvolvimento deste projeto foi possível detetar várias limitações e constrangimentos:

- O atraso na conclusão do diagnóstico de situação limitou a disponibilidade temporal para a intervenção nos projetos elaborados;
- O projeto “Vacinação Sem Barreiras” não teve adesão durante o período do estudo. No entanto, revelou que os participantes apresentaram preferência por realizar a vacinação nos serviços de saúde do GAT;
- O grupo de vacinação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) não deu resposta ao pedido para cedência de vacinas, impedindo que o GAT beneficiasse da continuidade do projeto “Via Verde Vacinas”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar necessidades de grupos vulneráveis para obter proteção específica para a hepatite B e caracterizar barreiras que condicionaram a acessibilidade aos cuidados de saúde. As intervenções descritas nos dois projetos contribuíram para integrar respostas estruturadas no GAT de modo que os utilizadores pudessem vacinar-se. Foi necessário adequar os serviços de saúde às necessidades e especificidades destes grupos através da integração e descentralização.

Pode-se concluir que é importante adaptar a resposta dos serviços de saúde às necessidades e especificidades de cada pessoa de forma a ser socialmente mais capaz de responder a um mundo em mudança, para que exista uma mudança de comportamentos efetiva e seja possível a obtenção de ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [WHO]. Hepatitis B. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

2. European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. 2021. Disponível em: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>
3. Direção Geral de Saúde [DGS]. Programa Nacional para as Hepatites Virais. Lisboa: DGS. 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-869733-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArVszltzVUy81MsTU1MDAFahzFEfkPAAAA>
4. Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. Norma nº 018/2020 de 27/09/2020 Lisboa: DGS, 2020.
5. Direção Geral de Saúde [DGS]. Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco. Circular Normativa da DGS Nº 15/DT de 15/10/2001. Lisboa: DGS, 2001.
6. World Health Organization [WHO]. Emergency Health Training Programme For Africa. 1999. Disponível em: [http://apps.who.int/disasters/rep0/13849\\_files/m/vulnerability.pdf](http://apps.who.int/disasters/rep0/13849_files/m/vulnerability.pdf)
7. World Health Organization [WHO]. Beyond the barriers: Framing evidence on health system strengthening to improve the health of migrants experiencing poverty and social exclusion. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259486/9789241513364-eng.pdf;jsessionid=D2D49739D8E659AE78717BB032BA8253?sequence=1>
8. World Health Organization [WHO]. Global Hepatitis Report, 2017. Geneva: WHO, 2017.
9. Murdaugh, C., Parsons, M. A. & Pender, N. J. Health promotion in nursing practice (8ªed). New Jersey: Pearson Education, 2018.
10. Grupo de Ativistas em Tratamentos [GAT]. GAT: Grupo de Ativistas em Tratamentos. 2019. Disponível em: <https://www.gatportugal.org/>
11. Rodrigues, F. M. A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade. Lisboa: Lisbon Press, 2021.
12. Vilelas, J. Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, 2017.
13. Fortin, M. F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda, 2009.
14. Pender, N. J. Health Promotion Model Manual. 2011. Disponível em: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf)
15. Araújo, M., & Moura, O. Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. Revista Laboratório de Psicologia, 9(1), 95-105, 2011.
16. Convenção de Oviedo [CO]. Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem a da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Ministério público de Portugal. 1997. Disponível em: [http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao\\_protecao\\_dh\\_biomedicina.pdf](http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf)
17. Ordem dos Enfermeiros [OE]. Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
18. Associação Médica Mundial [AMM]. Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial – Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Versão de Outubro de 2013. 64.ª AG da Associação Médica Mundial (AAM). Fortaleza: 2013. Disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
19. Ordem dos Enfermeiros [OE]. CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda, 2016.
20. Rocha, L. M. Os cuidadores Informais de Pessoas em Situação de Dependência e a utilização do Suporte Social para o Cuidar em Casa (Dissertação de Mestrado). 2013. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16188/1/luis%20mi%20guel%20de%20carvalho%20rocha.pdf>
21. Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. Nursing Intervention Classification (NIC) (7ª edição). Iowa City: Elsevier Inc, 2018.