

Sílvia Salgueira de Sousa Neto

Literacia em Saúde e Vigilância da Gravidez







Sílvia Salgueira de Sousa Neto

Literacia em Saúde e Vigilância da Gravidez

**Tese de Mestrado**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Manuela Maria Conceição Ferreira

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Outubro de 2016



## **SER MÃE**

Ser mãe

Ser mãe branca ou de raça negra

... Não importa, o importante é “ser mãe”

Ser mãe é amar até á exaustão

Independente do sitio onde se está, de onde se veio, de onde se mora

Importante é estar e ser feliz.

Ser mãe é acompanhar o crescimento do ventre

É sentir o nosso filho crescer

... Mas ser mãe é muito mais que dar á luz

É muito mais que parir um ser

Ser mãe é amar indefinidamente, desinteressadamente

É amar até ao fim.

Ser mãe é estar presente na vida dos nossos filhos

É com eles sorrir.

Ser mãe pode não se tarefa fácil, mas é maravilhoso, encantador

É difícil escrever sobre o que é ser mãe

Porque mais que palavras, são sentimentos.

SER MÃE é para sempre



## **OBRIGADA:**

À minha FAMÍLIA. Aos meus pais que me deram a vida, aos meus filhos por quem eu dou a vida. Ao meu marido que é a minha alma gémea.

Às minhas AMIGAS. Patrícia, Cristiana e Susana, as irmãs que eu escolhi.

Aos professores João Duarte, Manuela Ferreira e Odete Amaral pela compreensão, carinho, dedicação. O meu bem-haja pela forma como partilharam o seu imenso saber, pelo percurso que fizeram comigo, lado a lado, acreditando sempre que ia conseguir.

Às MULHERES que participaram, pois sem a sua colaboração este estudo não seria possível.

A TODAS as pessoas que me deram a mão, o meu muito OBRIGADO.

Dedico este trabalho aos meus FILHOS: André, Maria e Gonçalo, aqueles que mais sofreram com a minha ausência.



## Resumo

**Enquadramento:** A literacia em saúde, um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI torna-se fundamental para que as pessoas possam gerir com sucesso a sua própria saúde. Deve ser entendida como a associação de competências cognitivas, sociais e capacidades que permitem à pessoa aceder, compreender e usar informação no domínio da saúde e no desenvolvimento do SNS. Durante a gravidez é fator determinante para a mulher conseguir identificar sintomas que possam afetar a evolução da gravidez, bem como a adoção de hábitos de vida saudáveis necessários para o decorrer de uma gravidez sem complicações. A literacia em saúde da população é um determinante de saúde e de qualidade de vida.

**Objetivos:** Determinar o nível de literacia em saúde da mulher grávida, identificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de vigilância da gravidez associadas ao nível de literacia em saúde da grávida.

**Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo-correlacional com amostra não probabilística, intencional por conveniência (n=404 mulheres grávidas) com uma média de idades de 32 anos. A colheita de dados foi realizada com aplicação de um questionário constituído por questões sociodemográficas, obstétricas e a escala HLS-EU-PT (Escola Nacional de saúde pública, 2014).

**Resultados:** No global da escala HLS-EU-PT 36,9% das grávidas apresentaram um nível problemático de literacia em saúde, 40,1%, 39,9% e 38,4% um nível suficiente de literacia em saúde no domínio *Cuidados de saúde, Prevenção da doença e Promoção da saúde*, respetivamente. A literacia em saúde da grávida é influenciada pela nacionalidade ( $p=0,048$ ) local de residência ( $p=0,000$ ), habilitações literárias ( $p=0,000$ ), rendimento familiar ( $p=0,000$ ), internet na residência ( $p=0,000$ ), planeamento e desejo da gravidez ( $p<0,05$ ), curso de preparação para o parto/parentalidade ( $p=0,000$ ), vigilância da gravidez ( $p=0,000$ ) e início da vigilância da gravidez antes as 12 semanas ( $p=0,000$ ).

**Conclusões:** Obteve-se um nível global de literacia em saúde problemático, que se associou a várias variáveis sociodemográficas e obstétricas. A melhoria deste resultado, na gravidez, é essencial para uma maternidade saudável e inclui o desenvolvimento de competências e conhecimentos para que a grávida tenha poder de decisão e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas. Os enfermeiros têm a responsabilidade de promoverem a literacia em saúde materna através da educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção.

**Palavras-chave:** mulher, gravidez, vigilância da gravidez, literacia em saúde.



## Abstract

**Background:** Background: health literacy, a public health goal to achieve in the twenty-first century is fundamental so that people can successfully manage their own health. It must be understood as the combination of cognitive, social and capabilities that allow the person to access, understand and use information in the field of health and development of the SNS. During pregnancy is a determining factor for women can identify symptoms that may affect the outcome of pregnancy, as well as the adoption of healthy lifestyle habits necessary for the course of a pregnancy without complications. The health literacy of the population is a determinant of health and quality of life.

**Objectives:** To determine the level of literacy in health of pregnant women, identify the sociodemographic, obstetric and prenatal care associated with the level of literacy in health of the pregnant.

**Methods:** Cross-sectional study, quantitative, descriptive and correlational with non-probabilistic sample, intended for convenience (n = 404 pregnant women) with a mean age of 32 years. The collection of data was carried out with application of a questionnaire consisting of sociodemographic questions, obstetrical and HLS-EU-EN-scale (National School of Public Health, 2014).

**Results:** Results: In the global HLS-EU-EN 36.9% of pregnant scale presented a problematic level of health literacy, 40.1%, 39.9% and 38.4% a sufficient level of literacy in the health care field health, prevention of disease and health promotion, respectively. The health literacy of pregnant is influenced by nationality ( $p = 0.048$ ) place of residence ( $p = 0.000$ ), educational level ( $p = 0.000$ ), family income ( $p = 0.000$ ), internet in residence ( $p = 0.000$ ), planning and desire of pregnancy ( $p < 0.05$ ) preparation course for childbirth / parenting ( $p = 0.000$ ), prenatal care ( $p = 0.000$ ) and early prenatal care before 12 weeks ( $p = 0.000$ ).

**Conclusions:** We obtained a problematic level of Literacy in Health that was associated with several sociodemographic and obstetric variables. This improved result in pregnancy, it is essential for healthy motherhood and includes the development of skills and knowledge to the pregnant has decision-making power and autonomy to make free and informed decisions. Nurses have a responsibility to promote literacy in maternal health through health education as a fundamental dimension of its intervention.

**Keywords:** woman, pregnancy, prenatal care health literacy.



## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>Parte I – Enquadramento Teórico</b>	
<b>1 – Gravidez</b> .....	27
1.1 – Vigilância da Gravidez.....	29
<b>2 – Literacia em Saúde: Definição e Contextualização</b> .....	43
<b>3 – Literacia na Gravidez</b> .....	53
<b>Parte II - Estudo Empírico</b>	
<b>1 – Metodologia</b> .....	59
1.1 – Métodos.....	59
1.2 – Tipo de Estudo.....	60
1.3 – Participantes.....	61
<b>1.3.1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra</b> .....	61
1.4 – Instrumento de Colheita de Dados.....	61
<b>1.4.1 – Estudo Psicométrico do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)</b> .....	64
<b>1.4.2 – Critérios de Operacionalização das Variáveis Sociodemográficas</b> .....	72
<b>1.4.3 – Critérios de Operacionalização das Variáveis Obstétricas</b> .....	74
1.5 – Procedimentos na Seleção da Amostra e Colheita de Dados.....	76
1.6 – Análise de Dados.....	76
<b>2 – Resultados</b> .....	79
2.1 – Análise Descritiva.....	79
<b>2.1.1 – Caracterização da Amostra pelas Variáveis de Contexto Obstétrico</b> .....	79
<b>2.1.2 – Caracterização da amostra quanto à literacia em saúde</b> .....	81

2.2 – Análise Inferencial.....	82
<b>3 – Discussão.....</b>	<b>97</b>
3.1 – Discussão Metodológica.....	97
3.2 – Discussão dos Resultados.....	98
<b>4 – Conclusão.....</b>	<b>105</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>107</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>119</b>
<b>Apêndice I – Instrumento de colheita de dados.....</b>	<b>121</b>
<b>Apêndice II– Documento de Consentimento Informado.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>133</b>
<b>Anexo I – Parecer científico do diretor clínico.....</b>	<b>135</b>
<b>Anexo II – Autorização da comissão de ética.....</b>	<b>139</b>

## Lista de quadros

	Pág.
<b>Quadro 1</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	62
<b>Quadro 2</b> – Consistência interna da escala da Literacia em saúde da grávida..	66
<b>Quadro 3</b> – Correlações item-domínio escala HLS-EU-PT: validade discriminante.....	69
<b>Quadro 4</b> – Matriz de correlação de Pearson entre os domínios da escala HLS-EU-PT .....	71
<b>Quadro 5</b> – Consistência interna nos domínios e no global da escala HLS-EU-PT .....	72
<b>Quadro 6</b> – Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas....	73
<b>Quadro 7</b> – Critérios de operacionalização das variáveis obstétricas .....	75
<b>Quadro 8</b> – Caracterização geral da amostra: história obstétrica.....	79
<b>Quadro 9</b> – Caracterização da amostra quanto à gravidez atual.....	80
<b>Quadro 10</b> – Caracterização do valor global e dos domínios da escala HLS-EU-PT.....	81
<b>Quadro 11</b> – Nível de literacia em saúde - escala HLS-EU-PT.....	83



## Lista de tabelas

	Pág.
<b>Tabela 1</b> – Associação entre a nacionalidade e a literacia em saúde.....	84
<b>Tabela 2</b> – Associação entre a idade e a literacia em saúde.....	84
<b>Tabela 3</b> – Associação entre o estado civil e a literacia em saúde.....	85
<b>Tabela 4</b> – Associação entre a área de residência e literacia em saúde.....	85
<b>Tabela 5</b> – Teste <i>Post-Hoc</i> – <i>Tukey</i> : Localização das diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência e a literacia em saúde.....	86
<b>Tabela 6</b> – Associação entre as habilitações literárias e a literacia em saúde.....	86
<b>Tabela 7</b> – Teste <i>Post Hoc</i> – <i>Tukey</i> : localização das diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e a literacia em saúde.....	87
<b>Tabela 8</b> – Associação entre a situação profissional e a literacia em saúde.....	87
<b>Tabela 9</b> – Associação entre o rendimento familiar e a literacia em saúde.....	88
<b>Tabela 10</b> – Teste <i>Post-Hoc</i> – <i>Tukey</i> : Localização das diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento familiar e a literacia em saúde.....	88
<b>Tabela 11</b> – Associação entre o acesso à internet e a literacia em saúde.....	89
<b>Tabela 12</b> – Associação entre a gravidez anterior e a literacia em saúde.....	89
<b>Tabela 13</b> – Associação entre o planeamento da gravidez e a literacia em saúde.....	90
<b>Tabela 14</b> – Teste <i>U-Mann-Whitney</i> : associação entre os grupos desejo da gravidez e a literacia em saúde.....	90
<b>Tabela 15</b> – Associação entre problemas de saúde prévios à gravidez e a literacia em saúde.....	91
<b>Tabela 16</b> – Teste <i>U-Mann-Whitney</i> : associação entre os grupos problemas de saúde durante a gravidez e a literacia em saúde.....	92

<b>Tabela 17</b> – Relação entre o internamento durante a gravidez e a literacia em saúde.....	92
<b>Tabela 18</b> – Associação entre frequência do serviço de urgência na gravidez e a literacia em saúde.....	93
<b>Tabela 19</b> – Teste <i>t-Student</i> . associação entre frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade e a literacia em saúde.....	94
<b>Tabela 20</b> – Associação entre os grupos início da vigilância da gravidez e a literacia em saúde.....	94
<b>Tabela 21</b> – Associação entre os grupos número de consultas de vigilância da gravidez e a literacia em saúde.....	95
<b>Tabela 22</b> – Associação entre os grupos vigilância da gravidez e a literacia em saúde.....	95

## Lista de figuras

	Pág.
<b>Figura 1</b> – Modelo conceptual da Literacia em Saúde.....	46
<b>Figura 2</b> – Desenho de investigação.....	61



## Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

BSG –	Boletim de saúde da grávida
ARS –	Administração Regional de Saúde
cf. –	Confrontar/conferir
CHUC –	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
DGS	Direção Geral de Saúde
Dp –	Desvio padrão
Dr. –	Doutor
EESMO	Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia
–	
ENSP –	Escola Nacional de saúde pública
EPE –	Entidade pública empresarial
EU –	Europeu
F –	Valor do teste F One-Way Anova
GL –	Graus de Liberdade
<i>HLS-EU</i>	<i>Questionário Europeu de Literacia em Saúde</i>
–	
HLS-EU-PT	Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal
IEFP –	Instituto de emprego e formação profissional
INE –	Instituto Nacional de Estatística
KMO –	Kaiser-Meyer-Olkin
Min. –	Mínimo
Máx. –	Máximo
MOS –	Medical Outcomes Study
N.º –	Número
n –	Número de observações
OM –	Ordenação Média
OMS –	Organização mundial de saúde

$p$	–	Nível de significância
$r$	–	Valor da correlação Pearson
$r^2$	–	Coeficiente de determinação
SNS	–	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	–	Statistical Package for Social Science
$t$	–	$t$ de student
UMW	–	U de Mann-Whitney
WHO	–	Organização mundial de saúde
%	-	Porcentagem
$\alpha$	–	Alfa/alpha
$\beta$	–	Valor do Coeficiente padronizado beta
$\bar{x}$	–	Média

## Introdução

Atualmente os sistemas de saúde estão cada vez mais centrados no utente/cidadão atribuindo-lhes um papel ativo na tomada de decisão em todas as áreas da saúde. Exemplo disso é a criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, que traduz a intenção do Programa do Governo em reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde português e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada elementos essenciais desse reforço (Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 49 — 10 de março de 2016).

Assim, é fundamental que os cidadãos tenham conhecimentos e competências para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua saúde e doença, bem como capacidade para utilizar de forma eficaz estas ferramentas. Todas as decisões do cidadão sobre o seu projeto de vida e sobre a utilização dos serviços de saúde devem ser decisões informadas.

Os conhecimentos e capacidades que permitem ao doente a adoção de comportamentos saudáveis é amplo e complexo. Para além dos conhecimentos fatuais (por exemplo, sobre o que faz mal ou bem à saúde), a adoção de comportamentos de saúde implica também um conjunto de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam a utilização desses conhecimentos nos contextos em que devem serem aplicados. Os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, usualmente denominado como literacia em saúde (Santos, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde: é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades” (WHO, 2013)

Antunes (2014, p. 2) define literacia em saúde como o “Conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade que o indivíduo tem para obter, interpretar e compreender a informação básica de saúde e serviços de uma forma que seja promotora da saúde”.

A crucial importância da literacia em saúde refere-se à influência que esta tem na adesão terapêutica que os doentes bem informados apresentam. Um utente bem informado

compreende e adota com mais rigor os ensinamentos do profissional de saúde, uma vez que compreende melhor o que está em causa no seu tratamento: a doença, os sintomas, os medicamentos, os fatores de risco, entre outros aspetos. Este fenómeno estende-se igualmente aos campos das medidas preventivas e de estilos de vida saudáveis (Carneiro, 2015).

A relação entre literacia e saúde é complexa. Esta é influenciada pelos sistemas de saúde, pela educação, pela comunicação social, pela família, pelo ambiente de trabalho, pela comunidade e pelas decisões políticas, relacionado com o conhecimento em saúde, estado de saúde e acesso a serviços de saúde (Monteiro, 2009).

São fatores atributos que definem a literacia em saúde: a leitura e numérica, a compreensão, a capacidade de utilizar a informação na tomada de decisão em cuidados de saúde e o funcionamento bem-sucedido no papel de consumidor de cuidados de saúde (Nutbeam, 2000; Speros, 2005; Rudd, Anderson & Nath, 2007; Mancuso, 2009).

A gravidez constitui uma fase da vida do casal onde ocorrem diversas transformações psicológicas e fisiológicas na mulher. Esta necessita que lhe seja disponibilizada informação que lhe permita adquirir capacidade para lidar com as alterações e poder de decisão e autonomia para se autocuidar, bem como cuidar do seu filho (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira & Damasceno, 2010)

Uma adequada literacia na gravidez é fundamental para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações na gravidez, assim como deve proporcionar à grávida a adoção de estilos e hábitos de vida equilibrados conducentes com o decorrer de uma gravidez saudável e sem complicações (Kohan, Ghasemi & Dodangeh, 2007).

Ainda que a responsabilidade de promoção da literacia em saúde seja coletiva, cabe aos profissionais de saúde um papel facilitador através da adoção de uma atitude aberta, de negociação e reciprocidade na relação com as grávidas, de reconhecimento das suas competências e dos seus universos socioculturais, linguagem, centrando-se no diálogo e na criação de conhecimento para a produção de soluções. Aos enfermeiros atribui-se a responsabilidade na integração da educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção (Megan, Saulnier & Robb, 2010).

Perante o supracitado facilmente se percebe a preocupação constante das políticas de saúde em aumentar a literacia em saúde, nas comunidades, nas últimas décadas (Santos, 2010). Perante isto, e assumindo que é fundamental que as pessoas consigam gerir com sucesso a sua saúde, a literacia em saúde é considerada um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI, sendo constante a preocupação das políticas de saúde em aumentá-la.

A Organização das Nações Unidas decidiu, em 2003, instituir a Década da Literacia, que decorreu de 2003 a 2012. Em Portugal o dia 8 de setembro foi designado como o Dia Internacional da Literacia. Estas comemorações têm como objetivo salientar a importância da literacia na vida das pessoas e das sociedades.

Estruturalmente este trabalho está organizado em três capítulos principais:

- Enquadramento teórico dividido em 3 capítulos principais – gravidez e vigilância da gravidez; literacia em saúde e literacia em saúde na gravidez;
- Metodologia, sendo delineadas as linhas metodológicas a seguir ao longo do estudo empírico, com especial atenção à operacionalização das variáveis;
- Apresentação e análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos, bem como discussão dos mesmos tendo em conta as conjeturas teóricas, pessoais e profissionais, discutindo-os com os resultados de outros estudos.

O trabalho finaliza com uma conclusão, com realce para os resultados que julgamos mais pertinentes e com a apresentação de sugestões que nos parecem pertinentes, considerando os resultados.



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1 – Gravidez

A gravidez representa um acontecimento marcante na vida da mulher. É um momento que acarreta alterações fisiológicas, emocionais, psicológicas e sociais; é um tufão de novos sentimentos – incertezas, angústias, medos – que surgem desde o início da gravidez.

A construção do projeto de maternidade e a sua consolidação de forma progressiva vão ocorrendo durante os nove meses do período de gestação (Silva, 2011). O período gestacional marca assim o início de uma nova fase no ciclo vital da mulher e da família envolvendo adaptações biofisiológicas, devido ao crescimento fetal e às adaptações maternas. Estas alterações são principalmente hormonais e físicas, nomeadamente ao nível dos sistemas: endócrino, reprodutor; cardiovascular; músculo-esquelético, respiratório, gastrointestinal, renal, tegumentar e neurológico; e procuram proporcionar um adequado funcionamento fisiológico da mulher e as necessárias condições metabólicas adequadas a um crescimento e desenvolvimento do feto (Lowdermilk & Perry, 2002). É também um período da vida da mulher onde ocorrem múltiplas e complexas adaptações psicossociais de preparação para a maternidade e paternidade que se repercutem na sua rotina pessoal, social e familiar. O aparecimento de uma nova criança surge deste modo, como uma viragem que não vai somente provocar alterações na mulher, mas também nos restantes membros da família, o que vai implicar adaptações em todas as suas funções e relações, verificando-se uma reordenação de papéis e da própria rede familiar. Tornar-se progenitor representa uma crise de maturação e como tal, é um tempo de crescimento, do sentido de responsabilidade e do interesse pelos outros. Pode ser considerado um período de intensa aprendizagem porque, quer os pais quer os que lhe estão próximos, estão ávidos de saber, transformando-se assim num período de desenvolvimento da unidade familiar (Cardoso, 1996; Bobak, Lowdermilk & Jensen; 1999; Martins, 2004, Monforte & Mineiro, 2006; Mota, 2011). Assim, pode-se encarar a gravidez como uma fase de desenvolvimento, uma crise de mudança e adaptação aos novos papéis de mãe e pai, às novas condições corporais, psicológicas e familiares (Monforte & Mineiro, 2006). Também neste momento da vida, a literacia em saúde no seio da família torna-se muito importante, especialmente a literacia em saúde nas mulheres, uma vez que esta é, na maioria das situações, a principal cuidadora no seio familiar, logo a sua literacia em saúde pode influenciar toda a saúde familiar.

Considerando que a gravidez é concebida como um período rico em experiências, carregado de expectativas e simbolismos, pode, contudo, potenciar um período de crise e de

maior vulnerabilidade pessoal e familiar. Se por um lado, a gravidez, normalmente, corresponde a uma fase feliz da vida da mulher e do homem, por outro lado pode ser um período crítico e de grande complexidade, pois envolve para além das alterações fisiológicas, acima referidas, alterações de carácter psicológico específicas do estado de gravidez que se traduzem em variações dos níveis de ansiedade e maior vulnerabilidade face às situações do dia-a-dia. Simultaneamente a sociedade espera que a mulher cresça e amadureça como mãe, que aceite, adapte e se ligue ao bebé e que cumpra com êxito uma série de tarefas relacionadas com a família, o marido, o trabalho, entre outras (Mota, 2011; Canavarro, 2001; Mendes, 2002; Leal, 2005; Carneiro, 2007 citada por Pereira, 2013),

A mulher vive intensamente cada momento, apercebendo-se assim de todas as transformações que ocorrem no organismo, momentos de uma espera que nunca esquecerá e que por vezes se torna longa para ela (Cárcer citado por Cardoso, 1996). Apesar de natural, é um período que requer cuidados especiais tendo em vista o seu desenvolvimento adequado, um parto sem complicações e o nascimento de uma criança sem problemas (Martins, 2004).

Mesmo em sociedades em que a gravidez é muito valorizada, a posição das grávidas nem sempre é invejável. Em muitos lugares, é necessário melhorar os ambientes sociais, políticos e legais, para combater o baixo estatuto das mulheres, a violência baseada nas diferenças de sexo, a discriminação no local de trabalho e na escola ou a marginalização. Eliminar as fontes de exclusão social é tão importante como oferecer cuidados pré-natais (OMS, 2005).

A gravidez poderá assim constituir um período do ciclo de vida, que na maioria das vezes pode decorrer sem desvios da saúde, porém envolve em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sociodemográficas, as quais implicam um potencial de risco eminente e conseqüentemente cuidados de saúde com carácter multidisciplinar (Pereira & Bachion, 2005).

O que anteriormente era meramente reduzido a aspetos médicos e biológicos é hoje entendido como uma ação conjugada entre o bio, o psico, o sócio e o cultural. Para conhecer a saúde das grávidas é necessário conhecer a práticas e valores que condicionam o consumo, a saúde e o ambiente, numa visão holística e integrada, tendo em conta fatores obstétricos, sociais e culturais, procurando encontrar a relação dos diferentes itens numa análise global e integradora (Nunes, 2011).

*"A mulher deve ser encarada como alguém que necessita de cuidados, principalmente no campo da aprendizagem do que é a gravidez, pois sendo esta um estado, acima de tudo novo e diferente, surgem questões e premissas que devem ser resolvidas, orientadas e até reelaboradas com a própria grávida"* (Couto, 2003, p.38).

Durante a gravidez é fator determinante para a mulher, conseguir identificar sintomas que possam afetar a evolução da gravidez, bem como a adoção de hábitos de vida saudáveis necessários para o decorrer de uma gravidez sem complicações (Silva, 2011). Também Abbyad & Robertson (2011) reforçam a ideia que a mulher deve estar ativamente envolvida na procura de cuidados, informação e conselhos ao longo da gravidez. As consultas de vigilância de gravidez são fundamentais para o contacto e comunicação entre profissional de saúde e utente, são momentos essenciais para ensinar/treinar/instruir a grávida sobre a sua maternidade e assim a grávida começar a ter mais informação em saúde, compreendê-la e utilizá-la nas suas decisões. Este recurso - consulta de saúde materna e de vigilância da gravidez constitui um meio de apaziguamento das futuras mães e um importante meio para as ajudar a ultrapassar com sucesso as suas incertezas e medos, melhorando a comunicação entre profissional e utente e aumentar os conhecimentos (Pereira, 2013).

Leal (2006, p. 327) define a maternidade como um “processo único a longo prazo, onde a mãe se implica com a sua personalidade, a sua história de vida, o seu passado intergeracional, o romance do casal e os acontecimentos de vida” e acrescenta ainda que “a maternidade não passa necessariamente por uma gravidez, como também desejar um filho não implica forçosamente ter desejos de maternidade”.

Nesta perspetiva, parece ficar claro que a gravidez e a maternidade representem duas realidades distintas, contudo assumem-se ambas como um período de desenvolvimento durante o qual ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais que exigem das mulheres, e mães, contínuas adaptações e reorganização da sua vida e aprendizagens de novas tarefas (Canavarro, 2001).

No decurso da gravidez, sendo a mulher grávida o foco deste conjunto de modificações, também esta deve reunir em si mesma a capacidade para lidar com as transformações a que é sujeita, quer em termos físicos, quer em termos emocionais e sociais. Deve assim, adquirir informação e conhecimentos que lhe confirmem autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciem a sua saúde. Isto é, ao longo da gravidez, deve ser desenvolvida a sua literacia em saúde (Silva, 2014).

### 1.1 – Vigilância da Gravidez

Em Portugal, as políticas de saúde, bem como as políticas sociais, atribuem uma prioridade capital ao nascimento, definindo assim como objetivo fundamental a melhoria da prestação de cuidados às mulheres grávidas e, por via disso, desenvolveram medidas específicas de modo a assegurar um mínimo de cuidados necessários durante a gravidez,

cujos ganhos observados, comparativamente ao passado, no que diz respeito à diminuição da mortalidade materna e perinatal, são provas inquestionáveis do longo caminho já trilhado. (DGS, 2002, Martins, 2014). Deste modo, é importante enquadrar a assistência pré-natal num projeto político que responda às necessidades e às exigências das grávidas, zelando pela sua saúde e garantindo o seu acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2005).

Os cuidados pré-natais são, só por si, uma história de sucesso: a cobertura mundial aumentou 20% durante os anos 90 e continua a aumentar na maior parte do mundo (OMS, 2005).

As taxas de mortalidade materna e perinatal, indicadores demográficos e sociais importantes, registaram uma expressiva baixa, sendo em 2005, de 6%000 e 3.4%000, respetivamente (INE, 2014). A melhoria dos indicadores quantitativos coloca em evidência a questão da qualidade dos cuidados prestados e das condições assistenciais pré-concepcional, pré e perinatal (DGS, 2002). Os cuidados pré-natais têm merecido destaque crescente e especial atenção para a saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação.

A melhoria da qualidade de vida das mulheres e a prevenção da maioria das mortes que ocorrem durante a gravidez e o parto, passam pela prestação de cuidados adequados à grávida. E isso consegue-se pela promoção de atividades educativas que levem as mulheres, perante uma gravidez, a compreender as vantagens de recorrer o mais cedo possível às consultas, ou antes ainda a recorrerem a auxílio profissional para adequadamente programarem a sua gravidez, proporcionando-lhes o fornecimento de serviços de saúde adequados e direcionados para o seu bem-estar (Barros, Rodrigues & Leite, 1995; Cardoso, 1996). A assistência pré-natal visa assegurar, tanto quanto possível, o nascimento de uma criança saudável, resultado de uma gravidez isenta de complicações (Almeida, 2006).

Os cuidados pré-natais têm ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, estando contemplados no modelo de atendimento biomédico ocidental (Leitão, Mendes & Neto, 2009). Estes compreendem um conjunto de atividades que visam a promoção da saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos, através do estabelecimento de atividades individualizadas, que assegurem as condições necessárias para uma evolução positiva da gravidez, que desenvolvam com estas e que permitam a identificação precoce de situações adversas, diminuindo assim a ocorrência ou a gravidade de complicações (Barros, Rodrigues & Leite, 1995; Coutinho et al., 2003; Lowdermilk & Perry, 2008). Os profissionais de saúde podem também otimizar o uso dos cuidados pré-natais, ajudando as mães a prepararem-se para o parto e a maternidade, ou dando-lhes assistência quando vivem num ambiente que não favorece uma gravidez saudável ou feliz (OMS, 2005). Destaca-se, ainda,

a importância de oferecer apoio emocional e psicológico à mulher e à sua família para fazer face às suas ansiedades e aprender aspetos inerentes às necessárias competências parentais, para que todos estejam envolvidos no processo de gerar, parir e nascer (Bobak et al., 1999; Leitão et al., 2009). Os cuidados pré-natais são um combinado de interação entre família, observação e educação (Cardoso, 1996).

De fato, é necessário realizar uma adequada avaliação dos riscos psicossociais suscetíveis de comprometer o bem-estar futuro da mulher, da criança e da própria família. Nesse sentido verificou-se desde há algum tempo uma reorganização dos serviços de saúde de modo a garantir uma assistência integral e humanizada às mulheres, redirecionando um modelo vigente curativo e intervencionista, no sentido de fortalecer as intervenções preventivas e de promoção de saúde (Martins, 2011).

As atividades de comunicação e informação em saúde necessitam de ser priorizadas no percurso do pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e de experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação, do parto e do pós-parto. Por conseguinte, os encontros pré-natais tornam-se um lugar excepcional de socialização dos papéis parentais porque as redes familiares de aprendizagem, já reduzidas, são pouco enaltecidas no discurso científico (Martins, 2014).

Promover a saúde materna contempla a recomendação do número ideal e da qualidade dos cuidados pré-natais, o estabelecimento de um programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gravidez (Nagahama & Santiago, 2006).

Os cuidados pré-natais devem ter início precoce, ter cobertura universal, serem realizados de forma periódica, estarem integrados com as demais ações preventivas e curativas e deve ser observado um número mínimo de consultas (Grandi & Sarasqueta, 1997).

Em Portugal, os objetivos das consultas pré-natais e o esquema de vigilância da gravidez estão estabelecidos pela Direção geral de Saúde (DGS), onde consta a periodicidade das consultas, o esquema mínimo aceitável e o recomendado, exames complementares de diagnóstico nas primeiras consultas e seguintes, educação para a saúde no período pré-natal e avaliação do risco pré-natal (DGS, 2015).

Assim, segundo as orientações da DGS (2015, p.34), a consulta pré-natal tem como objetivos:

“• Avaliar o bem-estar materno e fetal através da história clínica e dos dados dos exames complementares de diagnóstico;

- *Detetar precocemente situações desviantes do normal curso da gravidez que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar materno e fetal, estabelecendo a sua orientação;*
- *Identificar fatores de risco que possam vir a interferir no curso normal da gravidez, na saúde da mulher e/ou do feto;*
- *Promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez;*
- *Preparar para o parto e parentalidade;*
- *Informar sobre os deveres e direitos parentais.”*

Como podemos constatar a assistência pré-natal é essencialmente uma assistência preventiva quer para a mãe, quer para o feto, através da promoção de um estilo de vida saudável, que deve contemplar também a realização atempada e combinada de rastreios e intervenções, mas também medidas de educação para a saúde durante todo o período pré-natal. (Ziegel & Granley, 1985; Cardoso, 1996; DGS, 2015).

O início tardio dos cuidados pré-natais sugere o despreparo dos serviços de saúde para captar precocemente essas grávidas, o que pressupõe a sensibilização e consciencialização da população quanto à importância do início precoce dos cuidados pré-natais ou, ainda, a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde (Carvalho & Araújo, 2007).

A eficácia do controlo durante a gravidez, no que diz respeito à preservação da saúde da mãe e do feto, como já foi dito, está, em termos gerais, relacionada diretamente com o momento em que se iniciam os cuidados pré-natais, contudo é igualmente importante o número de consultas realizadas, devendo ser efetuadas em intervalos regulares, de forma a rastrear e tratar possíveis complicações, ao mesmo tempo que se promovem hábitos de vida saudáveis. Este número varia de acordo com o mês de início e com as intercorrências durante a gravidez (Cardoso, 1996; Coimbra et al., 2003).

Na gravidez de baixo risco a DGS (2015, p. 37) preconiza-se:

- *Realizar a 1ª consulta, o mais precocemente possível e até às 12 semanas de gravidez (1ºT de gravidez);*
- *Realizar as consultas de vigilância pré-natal, após a 1ª consulta:*
  - *a cada 4-6 semanas até às 30 semanas;*
  - *a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;*
  - *a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto.”*

Só uma regular vigilância da grávida poderá identificar problemas, uma vez que os fatores de risco podem-se alterar, requerendo um seguimento acentuado e o estabelecimento de algumas medidas diagnósticas e terapêuticas (DGS 1981 e 1989 citado em Cardoso, 1996) o início tardio e a realização de menor número de consultas podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de certas doenças/complicações, além de comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o período pré-natal que é a promoção da saúde (Carvalho & Araújo, 2007).

O mês de início dos cuidados pré-natais tem um papel determinante no número total de consultas, mostrando que início e continuidade da vigilância pré-natal são fatores interdependentes, influenciando ambos o rendimento desta área de cuidados de saúde reprodutiva (Barros et al., 1995).

Segundo a DGS (2002) a percentagem de grávidas que em Portugal têm pelo menos uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da décima sexta semana; mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados. Contudo os resultados de outros estudos realizados em Portugal não são coincidentes com estes apresentados pela DGS.

No estudo de Barros et al. (1995) verifica-se que 2,7 % das mulheres não tiveram qualquer consulta pré-natal, 13 % da amostra estudada realizou menos de 6 consultas, 70 % realizaram menos de 10 consultas, 14 % destas iniciaram tardiamente as consultas, isto é, após o primeiro trimestre. Também Tavares e Barros (1995) verificaram, no seu estudo, que igualmente 2,7 % das mulheres não fizeram qualquer consulta de vigilância pré-natal, oscilando os valores entre os 0 % (nos distritos de Beja, Coimbra, Évora e Vila Real) e os 13,6 % (em Bragança). O início tardio de cuidados pré-natais (após o terceiro mês de gestação) verificou-se em 17,4 % das grávidas, variando entre 2,6 % (em Portalegre) e os 29,1 % (em Castelo Branco), sendo encontrados seis distritos que apresentaram proporções acima dos 20 %. Ainda de acordo com Tavares e Barros (1995), no total nacional, 27,3 % de grávidas tinham cuidados pré-natais inadequados, definidos, como menos de 6 consultas pré-natais e/ou início tardio das consultas (após o primeiro trimestre). Também em relação a esta medida observaram-se diferenças significativas ao longo dos distritos, com um mínimo de 17,6 %, no Porto e um máximo de 39,5 %, na Guarda, sendo que 8 dos distritos apresentaram valores acima dos 30 % (Tavares & Barros, 1995).

Cardoso (1996) identificou no seu estudo um número insuficiente de consultas pré-natais: 3,7% das grávidas da amostra sem qualquer consulta pré-natal, 5,3% com menos de três consultas e 13,0% com menos de seis consultas. No mesmo estudo uma percentagem muito elevada (10,7%) das mulheres iniciou a vigilância da gravidez após o primeiro trimestre.

Em relação à conjugação do número das consultas e o seu início, verificou-se ainda no mesmo estudo, 16,8% de mulheres com cuidados inadequados, ou seja, com menos de seis consultas e/ou com início após o primeiro trimestre.

Outros estudos mais recentes revelam ainda a prestação de cuidados pré-natais inadequados. Alves, Mendonça e Barbosa (2005) verificaram que no distrito de Viana do Castelo, numa amostra de 446 mulheres apenas 68,4% da amostra estudada tinha realizado uma vigilância adequada da gravidez, isto é, efetuaram seis ou mais consultas ao longo da gravidez e a primeira consulta ocorreu antes da 13.<sup>a</sup> semana, 30,3% realizou um esquema inadequado e 1,3% não realizou nenhuma consulta pré-natal. Também Leitão et al. (2009), em estudo realizado em vários hospitais portugueses, identificaram que 88,3% das grávidas realizaram um número de consultas igual ou superior a 6 e 95,7% iniciaram os cuidados até ao primeiro trimestre, sendo que 86,8% da amostra teve acesso a cuidados pré-natais adequados, de acordo com as indicações da DGS (1993) para uma adequada vigilância da gravidez.

A evolução positiva na quantidade dos cuidados pré-natais, não se verificou apenas em Portugal. No início dos anos 90, os cuidados pré-natais abrangiam um maior número de mulheres na Europa, em comparação com os resultados nos Estados Unidos, sendo que a vigilância pré-natal também era iniciada mais cedo na Europa, como refere o estudo de Buekens et al. (1993). Observou-se que a proporção de mulheres sem qualquer vigilância pré-natal é de 1,0 % nos Estados Unidos da América, 0,2 % em França e 0,5 % na Bélgica. Nestes mesmos países a proporção das grávidas que iniciaram os cuidados pré-natais após o primeiro trimestre foi respetivamente 21,2 %, 4,0 % e 13,2 %, sendo de 7,8 % na Dinamarca. No estudo de Delvaux et al. (2001) realizado em 10 países da Europa, a percentagem de mulheres com início tardio dos cuidados pré-natais (após o primeiro trimestre) foi de 74,1%, 11 % realizaram menos de 3 consultas e com início após o primeiro trimestre e 12,3% das mulheres não realizaram qualquer consulta. A Alemanha obteve a menor percentagem de início tardio dos cuidados pré-natais, 1,3%. A maior percentagem verificou-se em Portugal com 21,7%. Em relação ao número de consultas, verificou-se que na Áustria, Dinamarca e Espanha nenhuma mulher realizou menos de 3 consultas de vigilância pré-natal e foi na Grécia onde mais mulheres o fizeram, com 0,8%, não sendo esta percentagem significativa (Delvaux et al., 2001).

Tal como na Europa e nos Estados Unidos também no Brasil muito trabalho há ainda a realizar no que diz respeito aos cuidados pré-natais. No estudo de COIMBRA et al (2003) 89,5 % da amostra realizou pelo menos uma consulta de vigilância pré-natal e 60,2% das mulheres iniciaram os cuidados pré-natais no primeiro trimestre, no entanto, somente 62,9% das grávidas fizeram cinco ou mais consultas pré-natais, 9,3% destas não fizeram qualquer

consulta, sendo o número médio de consultas de 6,6. Em estudo idêntico, também realizado no Brasil revelou que 96,1 % da amostra de puérperas estudadas realizaram alguma consulta pré-natal, contudo 1,7% desta realizou apenas uma consulta, sendo o número médio de consultas de 5,3. Pode-se ainda constatar, no mesmo estudo, que apenas 38% das mulheres iniciaram a vigilância pré-natal ainda no primeiro trimestre e realizaram seis ou mais consultas ou número adequado de consultas adequado à idade gestacional aquando do término da gravidez (Carvalho & Araújo, 2007).

Apesar de tudo o que foi dito até ao momento, a eficácia da vigilância pré-natal não depende somente da precocidade do seu início, da periodicidade e do número de controlos que se efetuam, mas da qualidade dos cuidados pré-natais, isto é, a forma como se desenvolvem esses cuidados nas instituições de saúde (Cardoso, 1996). Neste sentido, referem que os resultados finais adversos, maternos e neonatais, parecem relacionar-se com cuidados pré-natais deficientes, e que a frequência das consultas possa não ser tão importante como as componentes dos cuidados. Assim a melhoria dos resultados finais das gestações estará inevitavelmente relacionada com cuidados de grande qualidade e facilmente acessíveis, e, o que é mais importante, com a gestão cuidadosamente relacionada de cada gestação (Sikorski et al., 1996).

A avaliação inicial abrange uma história completa, enfatizando os antecedentes pessoais, obstétricos, familiares, neste último de ambos os progenitores, história obstétrica da gestação atual, assim como a realização de um exame objetivo geral e ginecológico e, finalmente, a investigação e avaliação dos riscos potenciais (DGS, 2015).

A DGS (2015) define no seu Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco as intervenções a desenvolver nas consultas realçando, contudo que o programa de vigilância comum para a gravidez de baixo risco deve sempre ser individualizado de acordo com a especificidade da informação, da individualidade de cada grávida-família e dos achados dos exames realizados.

“A realização atempada e combinada de rastreios e intervenções, associada a medidas de educação para a saúde durante todo o período pré-natal, relaciona-se com ganhos em saúde e diminuição da morbilidade materna e perinatal” (DGS, 2015, p.39).

As ações educativas influenciam a forma como a mulher/casal vive a gravidez, uma vez que são consideradas atividades imprescindíveis para esclarecer os futuros progenitores acerca dos métodos preventivos dos cuidados pré-natais e para os motivar a aderirem a comportamentos saudáveis, abandonando hábitos nocivos que contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade perinatal, neonatal e infantil (Cardoso, 1996).

“Aconselhando, informando e dando apoio à grávida, minimizando a sintomatologia acessória ao estado gravídico e proporcionando um programa de rastreio clínico, laboratorial e ecográfico, é assegurado o normal decurso da gravidez e são detetados mais precocemente eventuais desvios da normalidade” (Almeida, p. 103, 2006).

Atualmente, verifica-se um grande avanço tecnológico que nos permite através de procedimentos inofensivos como a ecografia, conhecer melhor o feto. Estas informações, associadas a uma intensa pesquisa científica, trouxeram profundos conhecimentos dos processos de hereditariedade, da nutrição, do crescimento e da maturação do feto. Ao mesmo tempo surgem evoluções no campo da farmacologia fazendo tudo isto com que a equipa de saúde conte, atualmente, com recursos muito seguros, que lhe permitem estabelecer diagnósticos certos e escolher o meio mais apropriado para resolver situações mais complexas. Técnicas sofisticadas permitem realizar um diagnóstico pré-natal fiável e preciso. Por outro lado, verifica-se uma alteração na sociedade atual, cada vez mais urbana, com consequentes mudanças sociológicas que afetam significativamente as atitudes das mulheres face à saúde, bem como os seus estilos de vida. Estes dois aspetos têm repercussões quer para a mãe, quer para o filho, proporcionando aos profissionais de saúde meios capazes de oferecer melhor qualidade na prestação de cuidados (Leitão et al., 2009).

Pelo que já vimos, a avaliação da qualidade das consultas, é de extrema importância, principalmente pela identificação de fatores de risco, orientação, esclarecimento, e resolução de problemas, identificando as situações que necessitam de ser referenciadas para os cuidados de saúde diferenciados (Cardoso, 1996).

É necessário que o sistema de saúde garanta acesso aos cuidados pré-natais, estimule a sua procura pela população grávida e assegure a sua qualidade. É essencial motivar as mulheres para os cuidados pré-natais, pelo que é necessário que estas encontrem uma equipa homogênea em atitudes e comportamentos, que as motive para o cumprimento das orientações preconizadas (Felicício citado por Cardoso, 1996).

É fundamental estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a grávida/casal. Para tal deve sempre ser assegurada a confidencialidade e a não emissão de críticas ou juízos de valor (DGS, 2015).

A relação dos profissionais de saúde com a mulher é de extrema importância para a confiança que esta vai ter ou não de futuro nessa equipa, que se irá traduzir na procura ou rejeição dos serviços de saúde. Deve ser criada uma relação empática, construtiva e de confiança entre profissionais e grávida, de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos (positivos e negativos) e competências inerentes à gravidez, nascimento e parentalidade. O rastreio de fatores de risco e a avaliação dos

conhecimentos da mulher em matéria de saúde, permite orientá-la sobre hábitos de vida saudáveis, educando-a e proporcionando-lhe espaço de forma a expor todas as suas dúvidas e necessidades. A relação construtiva que se estabelece com a grávida deve ser individualizada e contextualizada, com respeito pelo seu estatuto socioeconómico, familiar e cultural (Guillot, 1993 citado por Cardoso, 1996, DGS, 2015).

As evidências confirmam que a assistência pré-natal básica pode ser desenvolvida não só pelo Obstetra, mas por outros profissionais, como Enfermeiros e Enfermeiros-Obstetras. Um ensaio multicêntrico, envolvendo Argentina, Cuba, Arábia Saudita e Tailândia, confirmou resultados semelhantes na assistência pré-natal praticada por Obstetras e por Enfermeiros-Obstetras ou Enfermeiros (Villar et al, 2005 citado em Calderon, Cecatti & Veja, 2006).

O Enfermeiro Obstetra assume-se como figura chave na equipa multidisciplinar, aquando da prestação de cuidados pré-natais. É essencial valorizar a prática da consulta de Enfermagem e todas as prerrogativas nela implícitas, como diagnosticar e prescrever ações da competência da profissão, para alcançar os resultados pelos quais a Enfermagem é responsável. Investigar as respostas do organismo materno à gravidez e os problemas reais ou potenciais, na maioria das vezes solicita a aproximação do Enfermeiro à grávida e família, em dimensões mais subjetivas, aumentando a interação, desenvolvendo a confiança, aumentando a credibilidade da Enfermagem e gerando bases para a assistência mais humanizada e de melhor qualidade (Pereira & Bachion, 2005).

É importante o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia entre a grávida e/ou família e o enfermeiro durante a gravidez, em todas as consultas, para que estas sintam a necessidade e atribuam importância à frequência das consultas, de forma a melhorar o sucesso da vigilância pré-natal. A consulta deve torna-se um momento adequado para que a grávida fale dos seus receios e das suas ansiedades que, tantas vezes, afetam negativamente a normal evolução da sua gravidez. (Martins, 2014; Silva, 2014).

A vigilância pré-natal tem que favorecer uma eficaz e eficiente comunicação em saúde, visto ter como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das doenças e complicações, cujo pilar de sustentação é exatamente a educação para a saúde. Portanto, a aproximação entre as enfermeiras e os atores sociais (grávida e família) parece ser um elemento facilitador à adequada compreensão da realidade e identificação de problemas (DGS, 2015).

Os cuidados pré-natais, como já vimos, envolvem toda uma equipa multidisciplinar. Para que não haja perda de informações, toda a comunicação entre os vários profissionais implicados na prestação de cuidados pré-natais deve ser registada em local próprio, nomeadamente no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) (Cardoso, 1996).

O Boletim de Saúde da Grávida (BSG) é um instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto. Assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (DGS, 2001). Este foi introduzido em todo o país pela DGS em 1981, passando o seu preenchimento a constituir tarefa obrigatória de todos os serviços de saúde a partir do Despacho 1/91 de 1 de fevereiro. Neste despacho são dadas algumas orientações da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, a qual considera como condição essencial para a realização do seu programa nacional a divulgação, utilização e correto preenchimento do BSG, considerando o seu não preenchimento uma falta grave. O mesmo despacho determina ainda que o serviço onde se realiza a primeira consulta ou observação da grávida, deve responsabilizar-se pela entrega do Boletim devidamente preenchido (Ministério da Saúde, 1991).

Perante isto a DGS (2015) determina a utilização do BSG como obrigatória, sendo fundamental para a correta orientação e vigilância da saúde materna e fetal, constituindo um excelente meio de troca de informação entre os profissionais implicados na prestação de cuidados à grávida. O BSG deve ser preenchido e distribuído a todas as grávidas na primeira consulta, independentemente do local onde a mesma se realize e deve ser atualizado em cada consulta subsequente (DGS, 2015).

O BSG é um precioso veículo de comunicação e um documento que permite reunir informação sobre a saúde da díade e serve de suporte no esclarecimento acerca de elementos fundamentais médicos e de Enfermagem nos serviços de saúde a que a grávida recorre, quer sejam unidades de cuidados de saúde primários ou diferenciados. Sem o BSG muita informação ficaria dispersa e/ou se perderia. O preenchimento correto e detalhado do boletim de saúde da grávida que funciona como o bilhete de identidade daquela gestação, permite uniformizar procedimentos e unificar informação, facilitando a comunicação entre as instituições e profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados (Almeida, 2006).

Apesar de toda a importância atribuída ao BSG os resultados de vários estudos revelam algum descuro no seu uso. No estudo de Marquês (1992), só a 66% das grávidas lhes foi dado o boletim de saúde da grávida, sendo que 72,9% das mulheres seguidas no privado não tiveram acesso a este documento, contra 6,3% seguidas no Centro de Saúde. Estes valores aumentaram em 2002, revelando-nos o estudo de Sperb, Graça e Costeira que a 98% das grávidas foi fornecido o BSG, contudo apenas estava completamente preenchido (mais de 75% dos dados registados) em 21% dos casos, razoavelmente (os que assinalassem os parâmetros essenciais: história obstétrica anterior, hábitos nocivos, data prevista do parto e data da última menstruação, grupo de sangue, hemograma, análise sumária da urina e, pelo menos, uma determinação da tensão arterial) em 41% e incompleto (os restantes) em 38%.

Resultados idênticos foram encontrados no estudo de Carvalho e Araújo (2007) onde 90,6% das mulheres estudadas tinham consigo o boletim da grávida, sendo que destas, apenas 31 % tinham registados os procedimentos recomendados no período pré-natal: peso, tensão arterial, altura do fundo uterino e batimentos cardíacos fetais.

A avaliar pela qualidade de preenchimento do BSG, pode-se concluir que a um maior número de consultas não corresponde necessariamente uma maior vigilância da gravidez; contudo, os autores admitem a hipótese que um número significativo de mulheres sejam devidamente seguidas durante a gravidez, mas que a informação veiculada seja insuficiente, criando este facto limitações ao uso da informação escrita no caso de a mulher necessitar de recorrer a outra instituição de saúde (Sperb, et al., 2002).

O BSG pode ser considerado um importante instrumento de avaliação acerca dos cuidados recebidos durante a gravidez, tendo sempre em conta que a qualidade da informação depende dos seus registos, uma vez que se trata de um instrumento cujo preenchimento é feito por diferentes profissionais de saúde. Assim, a falta de registos dificulta o entendimento da qualidade dos cuidados pré-natais prestados (Carvalho & Araújo, 2007).

A quantidade e qualidade dos cuidados pré-natais são reconhecidas como importantes fatores de influência sobre o prognóstico materno e fetal durante a gravidez, podendo mesmo constituir-se uma das áreas com melhor relação custo-eficácia para intervenções preventivas conducentes à redução da mortalidade materna e perinatal (Barros et al., 1995).

A mortalidade materna está, muitas vezes, associada a fatores evitáveis dos quais se destaca a ausência ou falta de qualidade nos cuidados de saúde prestados durante a gravidez e parto, podendo mesmo referir-se que 1/3 das mortes maternas ocorre em grávidas sem vigilância pré-natal e com inadequada avaliação dos fatores de risco (DGS, 1992).

Dessa forma, a assistência pré-natal é reconhecida, pelo seu impacto e transcendência, como um dos componentes que contribuem para a redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal (Nagahama & Santiago, 2006). A vigilância pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto, causas importantes de mortalidade materna, mas algumas intervenções na gravidez poderão, certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno e prevenir a mortalidade materna (Gelband et al citado por Calderon et al.2006).

A adequada utilização dos cuidados pré-natais tem sido associada a melhores resultados da gravidez, nomeadamente à prevenção de situações de baixo peso ao nascimento, atraso de crescimento intra-uterino ou prematuridade, responsáveis por uma proporção elevada dos casos de doença e mortes infantis, bem como a um menor risco de

mortalidade materna e neonatal (Showstack, Budetti & Minklero, 1984; Morais et Aal., 1988; Tavares & Barros, 1995).

Os cuidados pré-natais contribuem para a melhoria dos resultados da gravidez, contudo, e apesar de toda a importância dada à saúde materna e infantil, continuam a existir mulheres que não fazem vigilância pré-natal ou que a fazem de forma inadequada, sendo necessário identificar essas mulheres, uma vez que é a primeira etapa para o desenvolvimento de programas de saúde pública adequados a essa população, de forma a racionalizar os recursos disponíveis (Marquês, 1992, Cardoso, 1996).

Apesar dos benefícios conhecidos dos cuidados pré-natais, podem existir barreiras ou lacunas que impedem o acesso e dificultam o início precoce e a adesão ao esquema de vigilância pré-natal. Estas barreiras podem estar relacionadas com aspetos sociodemográficos, educacionais, económicos, culturais e pessoais da grávida e família, bem como com aspetos relacionados com as instituições de saúde e suas inter-relações, no que se refere à suficiência de recursos humanos e materiais, qualidade da assistência prestada e políticas de saúde adotadas.

Remoaldo (2002) identificou no seu estudo três barreiras passíveis de dificultar a utilização dos cuidados de saúde pelas grávidas: as barreiras estruturais: a organização dos serviços, a eficácia dos cuidados, o tempo e os custos; as barreiras individuais: o conhecimento (na qual se pode incluir a literacia em saúde), os sentimentos e os comportamentos e, finalmente, as barreiras sociodemográficas: a idade, o estatuto socioeconómico e o grau de instrução. Do ponto de vista educativo, estas barreiras têm importantes implicações e devem ser tidas em conta no planeamento das intervenções educativas, assim como nos cuidados a prestar à grávida.

Estudos nos Estados Unidos e na Europa dividem essas barreiras em barreiras externas e internas. As barreiras internas são essencialmente socioeconómicas, culturais, demográficas e individuais (conhecimentos e sentimentos), tendo muita importância no entendimento do ciclo vicioso de doença e miséria. As barreiras externas relacionam-se sobretudo às instituições e profissionais, bem como aos aspetos ligados ao acesso aos cuidados pré-natais (Zampieri, 2006).

Os cuidados de saúde devem assim responder dentro de um determinado contexto social e económico, sendo que os profissionais devem estar atentos às mudanças sociais e culturais de forma a dar resposta ao que a sociedade lhe pede. Desta forma é esperado dos profissionais orientação/educação de forma a haver uma condução de atitudes no sentido do bem-estar máximo e autocuidado da própria família. É absolutamente necessária a identificação dos agregados familiares com características de risco psicossocial

potencialmente geradores de problemas de saúde, portadoras de doenças genéticas ou familiares (Cardoso, 1996).

A inadequação dos cuidados pré-natais está associada a vários fatores indicativos da persistência de desigualdade social, mostrando que os grupos socialmente mais vulneráveis recebem cuidados pré-natais deficientes, evidenciando claramente a lei da inversão do cuidado médico, onde a disponibilidade dos recursos de saúde são distribuídos inversamente às necessidades da população (Hart, 1971).

Todas as intervenções propostas durante a vigilância pré-natal devem permitir que a mulher/casal estejam envolvidos na tomada de decisão. Pretende-se que seja promovido o direito a uma adequada informação para uma decisão livre e esclarecida (Martins, 2014).

Os ganhos comprovados, comparativamente ao passado, quanto à diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal, são testemunhos inequívocos do longo caminho já trilhado. Estes não são apenas indicadores de saúde, representando, principalmente, uma melhoria das condições socioeconômicas e da qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez.



## 2 – Literacia em Saúde: Definição e Contextualização

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de conhecimentos, motivações e competências para avaliar, compreender e aplicar informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões da vida quotidiana em matéria de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (WHO, 2013).

São vários os autores que reconhecem na definição da Organização Mundial de Saúde a perspetiva mais abrangente e atual do conceito de literacia em saúde (Nutbeam, 2000; Berkman, Davis & Macormack, 2004; Speros, 2005; Mancuso, 2009), oferecendo uma visão que abrange os elementos de responsabilização pessoal e motivação para ação, traduzindo este conceito o resultado da promoção da saúde e dos esforços da educação para a saúde (Speros, 2005).

O conceito de literacia em saúde é atualmente entendido por vários autores como a capacidade do indivíduo para obter, processar e compreender informação e os serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas e informadas (Monteiro, 2009; Santos, 2010).

Nutbeam (2007) citado por Fernandes (2012) apresenta uma definição de literacia em saúde tendo como foco as capacidades individuais, agrupando-as em quatro domínios: o conhecimento cultural e concetual, a capacidade de ouvir e falar, a capacidade de escrever e ler e, por fim a numeracia. O mesmo autor considera, ainda, que a literacia em saúde pode ser desenvolvida baseando-se numa intervenção ao nível educacional e estando sujeita ao contexto específico e à influência das interações entre o indivíduo e o meio que o rodeia (Nutbeam, 2007 citado por Fernandes, 2012).

Por seu lado Speros (2005) expande o conceito de literacia em saúde referindo que as competências cognitivas de pensamento crítico, análise, tomada de decisões e de resolução de problemas num contexto relacionado com saúde, se combinam com as competências sociais de comunicação e de questionar levando os indivíduos a melhorar não só o seu estado de saúde, mas também a saúde das comunidades onde se inserem. Assim, literacia em saúde é mais do que ser capaz de ler a informação e marcar consultas com sucesso, inclui a capacidade para compreender instruções e prescrições de medicamentos, folhetos médicos, compreender a informação antes de dar o consentimento informado e a capacidade para

negociar sistemas de saúde, designadamente seguros de saúde. Requer um grupo complexo de capacidades de leitura, escuta, saber tomar decisões e a capacidade de aplicar essas competências em situações de saúde (Monteiro, 2009, Santos, 2010; Nutbeam, 2000). Em síntese das considerações anteriores, podemos enunciar algumas capacidades básicas gerais incluídas no conceito de literacia em saúde (Monteiro, 2009, p.24):

*“Ser capaz de compreender gráficos e outra informação visual;*

*Ser capaz de trabalhar com computador;*

*Ser capaz de obter e aplicar informação relevante; - Ser capaz de fazer cálculos numéricos.*

*A capacidade de linguagem também é fundamental:*

*Os pacientes devem saber comunicar as suas preocupações com a saúde;*

*Os pacientes devem saber descrever os sintomas corretamente;*

*Os pacientes precisam de fazer perguntas pertinentes;*

*Os pacientes precisam de compreender os conselhos médicos;*

*Os pacientes precisam de compreender as decisões terapêuticas.*

*É também possível enunciar algumas capacidades específicas:*

*Avaliar informação sobre critérios de qualidade;*

*Analisar riscos e benefícios;*

*Calcular doses;*

*Interpretar resultados de testes;*

*Localizar informação em saúde incluindo a capacidade para pesquisar na Internet e avaliar websites.”*

Entre os antecedentes da literacia em saúde encontram-se a própria literacia do indivíduo que pode ser definida como “a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade” (UNESCO, 2009).

Em Portugal o conceito de literacia foi introduzido por Ana Benavente num estudo designado “A Literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica”; onde está explícito que na literacia não se trata de saber aquilo que as pessoas aprendem e sabem, mas sim, de saber o que, em situações da vida e do dia-a-dia são capazes de usar, de tomar decisões fundamentadas (Benavente, 2011).

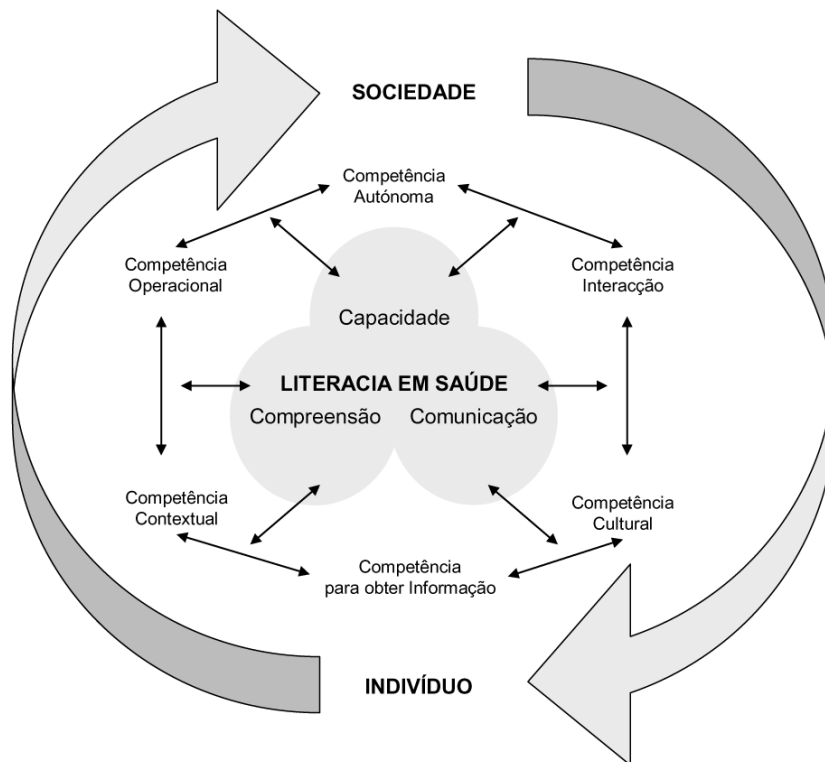
Especificamente na relação entre literacia em saúde e literacia em geral, Speros (2005) afirma, na sua revisão de literatura sobre o tema, a complexidade do sistema de saúde, os termos médicos utilizados por muitos dos profissionais, bem como a exposição a mitos e

crenças têm um impacto negativo nas competências de conhecimentos em saúde, mesmo entre aqueles com uma literacia adequada. Portanto, se percebe que o déficit na literacia em saúde não decorre apenas de problemas com o vocabulário e a fluência de leitura, mas sim de uma conjugação de diversos fatores (Federman et al., 2009). De facto, apesar de um nível baixo de literacia (em geral) ser um fator de risco para a baixa literacia em saúde, pessoas com bom nível educacional em geral não são necessariamente competentes no que se refere à literacia em saúde (Kickbush, 2001). Deste modo, adequada literacia em saúde implica uma experiência relacionada com a saúde, com exposição à linguagem usada em contextos de saúde, bem como um quadro cognitivo que permita que a informação que receberam nessas situações seja recebida como lógica e compreensível (Speros, 2005). Enquanto alguns autores sugerem que a literacia numérica ou quantitativa pode ser o elemento mais importante da literacia em saúde (Nielsen- Bohlman, Panzer & Kindig., 2004), a maioria das revisões de literatura mencionam que a informação relacionada com um conhecimento anterior e a capacidade de tomada de decisão, são competências individuais essenciais para um nível adequado de literacia em saúde (Speros, 2005; Rudd, et al., 2007; Mancuso, 2009; Berkman et al., 2010). Outros autores mencionam diferentes fatores para a compreensão da literacia em saúde, tais como, as características individuais e sociais. (Federman et al., 2009)

Como pudemos observar a literacia em saúde não está necessariamente relacionada com os anos de escolarização ou com a capacidade geral de leitura, varia com o contexto ambiente: uma pessoa que 'domina' o ambiente familiar ou laboral pode ter literacia inadequada num ambiente hospitalar (Monteiro, 2009). Implica também a capacidade para interagir com os profissionais de saúde e para tomar decisões em situações da vida diária que se relacionem com a proteção ou melhoria da saúde; maior consciência sobre temas de saúde pública, fatores de risco, diferenças culturais, entre outros (Santos, 2010).

Podemos concluir que o conceito de literacia em saúde e a sua têm evoluindo, sendo cada vez mais perceptível que literacia em saúde resulta de uma convergência entre educação, serviços de saúde, fatores sociais e culturais (Nutbeam, 2000; Nielsen-Bohlman et al., 2004; Federman et al., 2009; Freedman, 2009).

Tendo como base a análise concetual sobre literacia, Mancuso (2008) elaborou um modelo no qual o autor dá ênfase ao conceito de competência (antecedente), enquanto conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que implicam que o indivíduo perante uma situação seja capaz de mobilizar conhecimentos e recursos de modo adequado, dando uma resposta ajustada à situação, tendo como pano de fundo a relação indivíduo-sociedade. Como se pode observar na figura 1, os atributos da literacia em saúde (capacidade, compreensão e comunicação) estão interligados e são precedidos pelas aptidões, estratégias e capacidades englobadas dentro das competências necessárias para atingir a literacia em saúde.



**Figura 1** – Modelo conceitual da Literacia em Saúde  
 Fonte: Mancuso (2008, p. 251)

Dos atributos definidos por Mancuso (2008), salientam-se a capacidade, a compreensão e comunicação. A capacidade, refere-se tanto ao potencial inato, mas também às competências adquiridas, mediadas pela educação e afetadas pela cultura, linguagem e sistema de saúde e que resultam ou são adquiridas através do processo de aprendizagem. As competências relacionadas com a literacia em saúde incluem recolha, análise e avaliação de informação, a procura de ajuda, e ainda a capacidade para se movimentar e negociar dentro do sistema de saúde. O atributo compreensão (lógica, linguagem e experiência) aponta para a conjugação de fatores de diversa ordem que permitem uma interpretação e entendimento da imensa informação existente e disponibilizada (em matéria de educação para a saúde, bulas de medicamentos, formulários de consentimento, entre outros). Possibilita ao indivíduo ser crítico em relação à informação existente, sendo capaz de solucionar os problemas de saúde que identifica e resolvê-los de forma criativa. O atributo comunicação refere-se à forma como pensamentos, como as mensagens e informações são transmitidas e recebidas de forma a promover a compreensão, a escuta ativa e a observação crítica, ainda que no domínio da saúde, a comunicação se destine sobretudo a informar e influenciar as decisões que levam à melhoria da saúde. Esta troca de informação é, muitas vezes, realizada para lá da comunicação entre profissional e doente, à base da utilização de textos, materiais audiovisuais, *internet*. Contudo, para ser eficaz os conteúdos deverão ser rigorosos,

equilibrados, consistentes, compreensíveis e sobretudo atenderem à lógica da competência cultural (Mancuso, 2008). Em suma, podemos verificar que a literacia em saúde não é estática, ela evolui ao longo do tempo, e engloba os atributos de capacidade, compreensão e comunicação. Estes atributos estão interligados e são precedidos pelas competências, daí que se a pessoa possui literacia, tem potencial para influenciar os indivíduos e a sociedade (Mancuso, 2008).

Segundo Antunes (2014, p.19) são estratégias para melhorar a literacia em saúde: *“Promover o diálogo, a confiança e a comunicação entre profissional de saúde/doente; Comunicar de forma simples, sem abreviaturas e isenta da terminologia médica; Usar imagens para o esclarecimento de conceitos e de riscos para a saúde; Confirmar a compreensão do doente através dos métodos show me ou teach me; Proporcionar a adesão à terapêutica através de várias opções de tratamento; Melhorar as bulas dos medicamentos: na linguagem, tamanho e tipo de letra, na forma como são dobradas dentro das caixas; Editar flyers, em linguagem acessível e distribuindo-os gratuitamente na consulta de saúde infantil; Melhorar a consciência dos profissionais de saúde sobre as várias componentes da literacia em saúde durante o atendimento ao doente através do uso do SPEAK (Speech, Perception, Education, Access, and Knowledge)”*.

Nutbeam (2000) considera que melhorar a comunicação pessoal entre utentes e profissionais é uma tarefa fundamental para melhorar a literacia em saúde, contudo é necessário ajudar os doentes a desenvolverem a confiança para agirem de acordo com os seus conhecimentos. Ser literado em saúde significa que o utente tem a capacidade de decidir quando, onde e como procurar os serviços de saúde, é capaz de comunicar com os profissionais de saúde e compreender a informação que lhe é transmitida no que respeita às condições de saúde e opções de tratamento (Mancuso, 2009), é capaz de tomar decisões sobre os tratamentos, seguir prescrições médicas, tomar a medicação corretamente e utilizar adequadamente instrumentos médicos domésticos necessários para a promoção da saúde ou controlo da doença (Barrett & Puryear, 2006).

Embora a relação entre literacia em saúde e resultados em saúde ainda não se encontre totalmente definida, os estudos encontrados demonstram uma relação de causalidade (Dewalt, Berkman, Sheridan, Lohr & Pignone, 2004; Nielsen-Bohlman et al, 2004; Speros, 2005; Mancuso, 2009). Ou seja, uma adequada literacia em saúde incluem compreensão da informação relacionada com a doença com autorrelatos mais precisos do seu estado de saúde (Barrett & Puryear, 2006; Davis, Wolf & Arnold, 2006; Dewalt et al., 2004; Speros, 2005); redução dos custos dos cuidados de saúde (Nutbeam, 2000; Nielsen-Bohlman et al, 2004; Somers, & Mahadevan, 2010); hospitalizações mais curtas (Baker et al., 2002; Somers, & Mahadevan, 2010); utilização mais eficaz dos serviços de saúde (Baker et al, 2002;

Dewalt et al., 2004; Somers, & Mahadevan, 2010) com recurso menos frequente aos serviços de saúde, nomeadamente dos serviços de urgência, e adoção de comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença (Rudd et al., 2007). Uma adequada literacia em saúde está associada a benefícios de carácter individual através da escolha de estilos de vida saudáveis e uso bem-sucedido dos serviços de saúde (Baker et al., 2007); social, uma vez que o aumento da qualidade de vida pode contribuir para o desenvolvimento do capital social (Nutbeam, 2000); assim como traduz profundas implicações na educação dos indivíduos (Williams, 1998; Nutbeam, 2000) e na comunicação entre os profissionais de saúde e utentes (Speros, 2005; Barrett & Puryear, 2007; Santos, 2010).

Assim sendo, os benefícios em saúde através da literacia em saúde não resultam apenas do facto de ser um recurso pessoal que potencia comportamentos de saúde e benefícios pessoais em termos de saúde. Resultam também benefícios sociais, nomeadamente na promoção de um maior envolvimento em ações comunitárias de saúde, e um maior compromisso com o desenvolvimento do capital social necessário para a promoção de saúde e prevenção da doença (Santos, 2010).

Segundo Antunes (2014, p.24) se existir um investimento mais significativo na promoção de literacia em saúde verifica-se: *“Melhor utilização dos serviços de saúde; Diminuição dos comportamentos de risco em saúde; Diminuição dos gastos em saúde; Motivação dos doentes no envolvimento do seu processo de saúde, permitindo-lhes fazer escolhas informadas e fundamentadas”*.

Por outro lado, Dewalt et al (2004) e Santos (2010), afirmam que um nível baixo de literacia em saúde afeta a comunicação entre os profissionais de saúde e utentes. Os profissionais têm dificuldade em reconhecer níveis de baixa literacia em saúde nos seus doentes, não adequando a linguagem a esse nível de literacia, traduzindo-se numa maior dificuldade em compreender o estado de saúde dos seus utentes com exatidão, visto que estes últimos também não conseguem exprimir-se da melhor maneira, o que acaba por resultar no estabelecimento de um diagnóstico menos preciso.

Por parte dos doentes, há maior dificuldade em compreender as instruções dadas pelos profissionais de saúde (Nielsen-Bohlman et al., 2004; Speros, 2005; Rudd, et al., 2007). Indivíduos que apresentam um reduzido nível de literacia em saúde representam custos acrescidos para os sistemas de saúde, possuem um conhecimento limitado ou errado sobre as doenças e tratamentos; menor competência de autogestão; menor capacidade para gerir doenças crónicas; uso inadequado de medicamentos; mostram-se incapazes para aceder com sucesso ao sistema de saúde bem como lidar com as barreiras na receção de cuidados de saúde adequados (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Weiss, 2005; Edmunds,

2005) com menor utilização de serviços preventivos e menor número de consultas médicas programadas (Lindau, Basu, & Leitsch, 2006; Rogers, Wallace, & Weiss, 2006) mas maior utilização dos serviços de urgência (Baker et al., 2002), ineficácia em lidar com situações de emergência acarretando índices mais elevados de mortalidade e morbidade (Baker et al., 2007; 2008). Dewalt et al. (2004) referiram que uma baixa literacia está associada a maior número de hospitalizações, diminuição da utilização de medidas preventivas e baixa adesão aos regimes terapêuticos. Uma inadequada literacia em saúde relaciona-se com pior estado de saúde geral, físico e mental (Williams, 1998; DeWalt et al., 2004; Speros, 2005).

Em conclusão, doentes com baixa literacia em saúde evidenciam - Menor capacidade de compreensão dos conteúdos de material informativo sobre saúde, doenças, exames de diagnóstico, consumo de alimentos ou sobre o uso de medicamentos; mais dificuldade em pesquisar, selecionar, ler e assimilar a informação em saúde disponível na Internet (Monteiro, 2009).

Como podemos constatar e segundo Santos (2010) níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida; por outro lado, níveis inferiores de literacia em saúde estão associados à morbidade e mortalidade.

Assim, a melhoria das competências de literacia em saúde constitui um importante meio de promoção da saúde das populações (Calha, 2014). Definir estratégias para promover a literacia em saúde em Portugal e promover programas de formação na área da comunicação e interação com as populações no sentido de melhorar a literacia em saúde são pontos fulcrais no panorama futuro desta área em Portugal (Fernandes, 2012).

Apesar desta consciência política sobre a promoção de saúde através do aumento da literacia de saúde (assumindo a literacia em saúde como uma forma de capacitação para quem recorre aos serviços de saúde) poucos estudos nos dão uma perspetiva global sobre o conhecimento que a população portuguesa tem sobre saúde (Santos, 2010). O primeiro estudo sobre literacia em saúde realizado em Portugal foi desenvolvido no âmbito do projeto “Saúde que Conta” da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em 2014 a nível nacional e teve como base o Questionário Europeu de Literacia em Saúde. O estudo demonstrou que a maioria dos portugueses inquiridos tem um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado e que não são somente os grupos vulneráveis que apresentam níveis inadequados de literacia em saúde (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014). De acordo com os resultados, e no que respeita à *prevenção da doença*, cerca de 45% da população inquirida revelou ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde e em matéria de promoção da saúde, 60,2% dos inquiridos apresenta um nível de literacia problemático ou inadequado e no domínio cuidados de saúde 38,9% da amostra tem um nível problemático de literacia em

saúde (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014). Em relação aos grupos de risco a investigação apurou que, em Portugal, à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde diminui, observando-se tendencialmente o inverso no que diz respeito ao nível de escolaridade: quanto maior o nível de escolaridade, os níveis de literacia em saúde tendem a ser superiores (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014).

Os resultados deste estudo aproximam-se em grande medida de outros estudos realizados na última década que têm evidenciado que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. Estes traduzem-se especialmente numa maior taxa de morbilidade em doenças como Diabetes, Hipertensão e Obesidade numa utilização menos eficiente dos serviços de saúde; numa maior taxa de hospitalizações e de utilização das urgências hospitalares; numa menor utilização de cuidados preventivos, como sejam os rastreios oncológicos e a vacinação; e numa autogestão deficiente em caso de doença crónica (Quintas, 2015).

A literacia em saúde tem sido cada vez mais perspectivada como constructo mediador de ganhos em saúde associados a campanhas de promoção de saúde através da educação para a saúde (Santos, 2010), atribuindo-se à enfermagem a relevância desse papel, integrando a educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção (Calha, 2014). Ainda que a responsabilidade de promoção da literacia em saúde seja coletiva, aos profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, sendo essencial melhorar a comunicação entre profissionais e utentes, sem descuidar a necessidade de os ajudar a desenvolverem a confiança para agirem de acordo com os seus conhecimentos (Nutbeam, 2000).

O nível de literacia em saúde dos cidadãos constitui um problema real e grave, que limita na capacidade do cidadão para obter e perceber a informação de saúde. Consciente deste fato o “XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, através designadamente da criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados(...), que visa (Diário da República, 2.ª série — N.º 49 — 10 de março de 2016. p.8665):

*a) Contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade;*

- b) Promover um amplo acesso de todos os interessados a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados;*
- c) Desenvolver e demonstrar a utilidade de novos projetos e instrumentos em domínios selecionados desta temática, que acrescentem valor às boas práticas já existentes;*
- d) Assegurar a divulgação e utilização efetiva das boas práticas em educação para a saúde, literacia e autocuidados no âmbito do SNS e no conjunto da sociedade portuguesa.*

Este processo é contínuo, com a identificação constante das necessidades de conhecimentos, capacidades interpretativas ou de desenvolvimento de capacidades e potencialidades. Assim, sociedade, indivíduos e profissionais de saúde são parceiros no desenvolvimento da literacia em saúde dos portugueses (Quintas, 2015).

Literacia em saúde é um importante determinante da saúde e da qualidade de vida, uma vez que melhora as competências dos cidadãos para lidarem com a sua saúde e com o sistema de saúde pelo que é urgente que se reduzam as desigualdades sociais, bem como que se criem ambientes favorecedores de escolhas saudáveis, de educação para a saúde, de mobilização social e de estratégias de empoderamento (Loureiro, 2015).



### 3 – Literacia na Gravidez

A literacia em saúde é fundamental para a saúde da sociedade e a primeira prioridade na promoção da qualidade nos serviços de saúde (Ferreira, 2013). Esta incluiu, como referimos anteriormente, as competências cognitivas e sociais que se traduzem na capacidade de compreender as instruções / ensinamentos mencionados pelos profissionais de saúde e de usar tais informações e serviços de forma a melhorar a sua saúde (Kohan, Ghasemi & Dodangeh, 2007). Os autores referenciados referem ainda que, a literacia no geral constitui um fator determinante para a literacia em saúde individual, contudo a literacia em saúde é mais específica e representa uma parte da literacia geral.

A literacia e o nível de saúde estão fortemente relacionados, especialmente a literacia no género feminino, uma vez que é a mulher que, maioritariamente, presta cuidados no seio familiar, podendo as suas ações influenciar direta ou indiretamente a família, logo, a sua literacia em saúde pode influenciar toda a saúde familiar (Kohan et al., 2007).

Segundo Renkert e Nutbeam (2001, p. 382) “a literacia em saúde materna pode ser definida como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos”.

A gravidez é um período no ciclo de vida da mulher onde esta necessita de desenvolver competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, ter conhecimentos em saúde sobre o seu estado, para poder vivenciar o momento de forma mais harmoniosa, prazerosa e saudável (Martins, 2007; Graça, 2010).

A literacia na gravidez capacita as mulheres para tomarem decisões durante este período do ciclo de vida da mulher – a gravidez - e o parto (Mojoyinola, 2011).

Uma adequada literacia na gravidez é essencial para uma maternidade saudável e segura e inclui a capacidade para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações na gravidez, assim como deve proporcionar à grávida a adoção de estilos e hábitos de vida equilibrados conducentes com o decorrer de uma gravidez saudável e sem complicações. Esta literacia proporciona também uma oportunidade para que as mulheres aprendam formas de gerir a dor, assim como compreender algumas intervenções obstétricas, que lhes permitiram colaborar durante o trabalho de parto (Kohan et al., 2007; Mojoyinola, 2011).

Os cuidados pré-natais são uma chave importante para uma maternidade saudável uma vez que estes devem promover o aumento do conhecimento materno para uma melhor adaptação às alterações que podem advir de uma gravidez (Renkert & Nutbeam, 2001). Este conhecimento e o treino de habilidades que se realizam nas consultas de vigilância da gravidez são fundamentais, contudo é essencial que as grávidas percecionem e entendam o que se está a dizer e que consigam aplicar esses conhecimentos em situações de complicações associadas à gravidez e que cumpram e entendam os ensinamentos que lhes são transmitidos de modo a evitar essas complicações, mantendo uma gravidez saudável (Kohan, et al., 2007).

Os profissionais de saúde devem assim reunir todos os esforços no sentido de aumentar a literacia em saúde na gravidez. Nesse sentido devem avaliar os níveis de literacia em saúde das grávidas, elaborar materiais educativos com linguagem simples e ajudar as mulheres grávidas com baixa literacia a interpretar as prescrições médicas, os rótulos dos medicamentos e outras informações essenciais, durante as consultas, de forma a que estas experienciem uma gravidez segura (Majoyinola, 2011).

Alguns estudos têm demonstrado a importância da literacia em saúde durante a gravidez e parto. O estudo realizado por Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) com 150 grávidas, no Irão, mostrou que 18% das mulheres tinham boa literacia em saúde, 48% tinham um nível de literacia em saúde médio e 34% tinham fraca literacia em saúde. O mesmo estudo, revelou ainda que mulheres com boa literacia em saúde iniciam mais cedo os cuidados pré-natais e realizam mais consultas durante a gravidez do que as grávidas que apresentam um baixo nível de literacia em saúde, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

O estudo de Majoyinola (2011) com 250 grávidas, na Nigéria, revelou que existia uma relação significativa entre a literacia em saúde materna e o nível de cuidados pré-natais ( $r = 0,445$ ,  $df = 229$ ,  $P < 0,05$ ) e uma gravidez saudável ( $r = 0,367$ ,  $df = 229$ ,  $p < 0,05$ ).

A literacia em saúde ajuda as mulheres grávidas a entender os sinais de perigo na gravidez e a respeitar os conselhos dados pelos enfermeiros durante as consultas pré-natais, de forma a viverem uma gravidez saudável e segura. Portanto, é necessário que todas as mulheres grávidas sejam educadas sobre o que esperar durante a gravidez e o que fazer quando identificam sinais de alerta (Majoyinola, 2011).

A literacia em saúde materna é assim reforçada pela educação pré-natal, que centra a atenção sobre todos os assuntos relacionados com os cuidados durante a gravidez, parto, nascimento e com os cuidados com o recém-nascido. Porém, atualmente, a grávida/casal, ao sair do gabinete médico ou de enfermagem, encontra uma oferta infundável de informação disponível nas tecnologias de comunicação e informação onde a internet assume um papel

primordial. Todos estes recursos constituem formas efetivas de a grávida/casal aumentar a sua literacia em saúde especificamente para este momento da vida.

Deste modo, é necessário disponibilizar as bases para aumentar a literacia em saúde materna, assim como avaliá-la durante os cuidados prestados durante a gravidez, identificando as questões onde as grávidas têm insuficiente conhecimento, identificando as fontes disponíveis, fazer um planeamento para maior aproveitamento dos materiais de formação escritos e verbais, utilizando um vocabulário claro, simples e de fácil compreensão e validar a compreensão dos esclarecimentos transmitidos (Kohan et al., 2007).

Portanto, pode concluir-se que a literacia de saúde materna é uma ferramenta importante e eficaz no sentido de garantir cuidados pré-natais eficazes, gravidez saudável e resultado da gravidez bem-sucedida (Majoyinola, 2011).

Percebendo a importância de aumentar a literacia em saúde na gravidez para melhorar a saúde da mãe e da criança e devido à escassez de estudos existentes neste campo em Portugal, realizou-se este estudo com o objetivo de determinar o nível de literacia em saúde das grávidas seguidas na consulta externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos e analisar a sua relação com a vigilância da gravidez.



## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**



## 1 – Metodologia

Neste capítulo iremos apresentar os métodos utilizados no desenvolvimento deste estudo, o tipo de estudo, as questões de investigação e objetivos, as variáveis, definindo-se o desenho de investigação. Incluímos a caracterização sociodemográfica da amostra, identificamos os instrumentos de colheita utilizados com cálculo dos respetivos testes de validade e fidelidade. Por último, descrevemos os procedimentos necessários na recolha de dados, incluindo os procedimentos éticos, formais bem como, esclarecemos as medidas estatísticas aplicadas.

### 1.1 – Métodos

Atualmente os sistemas de saúde são cada vez mais centrados no doente exigindo-lhes um papel ativo para que se tornem parte integrante dos processos de tomada de decisão em áreas relacionadas com a saúde. Assim, é fundamental que a pessoa adquira conhecimentos e competências para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua saúde e doença, bem como capacidade para utilizar de forma eficaz essas ferramentas.

O “reportório” de conhecimentos e capacidades permitem ao doente a adoção de comportamentos saudáveis é amplo e complexo. O global de conhecimento sobre os fatores que promovem e protegem a saúde da pessoa bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse conhecimento/informação, é determinante para adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Para além dos conhecimentos factuais (sobre o que faz mal ou bem à saúde – o que nem sempre é consensual mesmo em meio científico), a adoção de comportamentos de saúde implica também um conjunto de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam a utilização desses conhecimentos nos contextos em que importa serem aplicados. Os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, usualmente referido como literacia em saúde (Santos, 2010). A literacia em saúde inadequada ou de baixo nível associa-se a cuidados de saúde de pior qualidade e maior custo. Um adequado nível de literacia na gravidez é fundamental para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações na gravidez, assim como de proporcionar à grávida a adoção de estilos e hábitos de vida equilibrados conducentes com o decorrer de uma gravidez saudável e sem complicações (Kohan et al., 2007). Ainda que a responsabilidade de promoção da literacia em saúde seja coletiva, aos profissionais de saúde

cabe um papel essencial. Em enfermagem a importância desse papel traduz-se na integração da educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção.

Percebendo a importância de aumentar o nível de literacia em saúde e a qualidade de vida na gravidez para melhorar a saúde da mãe e da criança e devido à escassez de estudos existentes neste campo em Portugal, surge a seguinte problemática:

### **Quais os fatores relacionados com o nível de literacia em saúde das mulheres durante a gravidez?**

De forma a dar resposta a esta problemática, identificámos alguns fatores que poderão influenciar a literacia em saúde da mulher grávida, nomeadamente fatores sociodemográficos bem como variáveis obstétricas.

Deste modo, formulámos as seguintes questões de investigação:

**Questão 1: Qual o nível de literacia em saúde da grávida?**

**Questão 2: Quais as variáveis sociodemográficas que influenciam a literacia em saúde da grávida?**

**Questão 3: Que relação existe entre as variáveis obstétricas e a literacia em saúde da grávida?**

**Questão 4: Qual a relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida?**

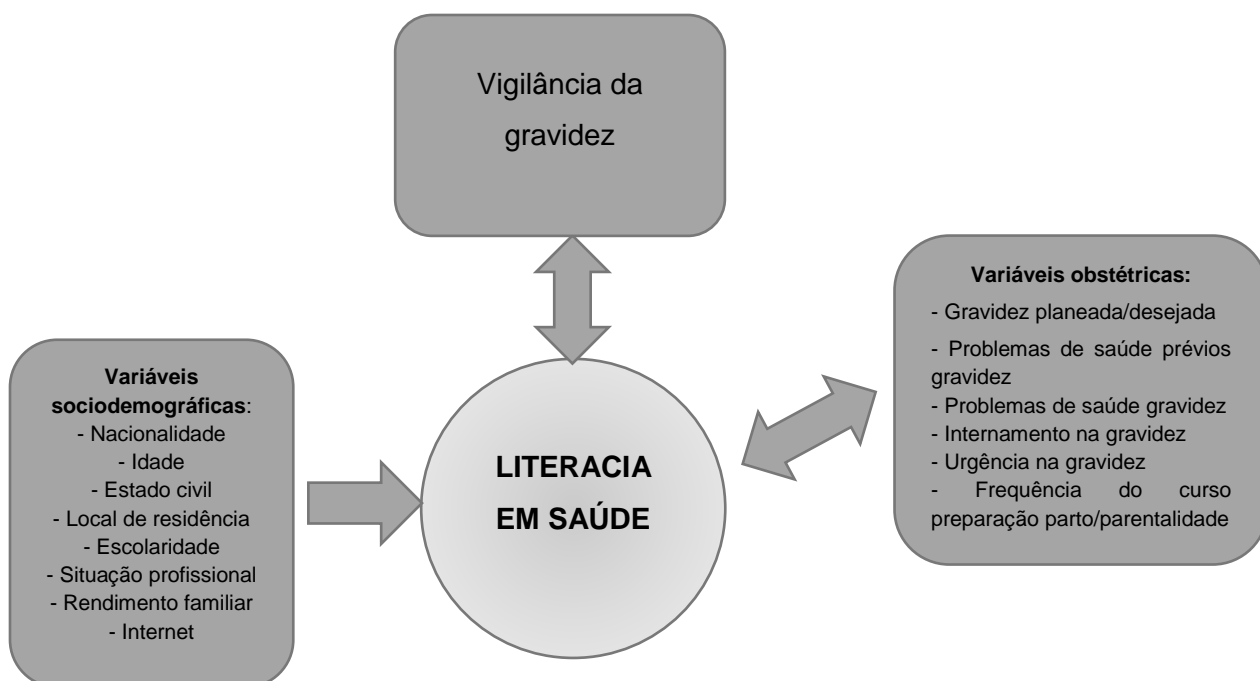
Assim, os objetivos da presente investigação são determinar o nível de literacia em saúde da grávida, identificar variáveis sociodemográficas, obstétricas e de vigilância da gravidez que estão associadas ao nível de literacia em saúde da mulher grávida.

#### 1.2 – Tipo de estudo

Por forma a responder às questões de investigação e aos objetivos, realizamos um estudo descritivo-correlacional, quantitativo, não-experimental e transversal.

Para uma compreensão clara da relação entre as variáveis, elaborou-se um esquema conceitual da investigação (Figura 1).

Figura 2 – Desenho de investigação



### 1.3 – Participantes

A amostragem do estudo efetuado é do tipo não probabilística, intencional por conveniência uma vez que a amostra foi constituída em dias isolados não se conseguindo abranger toda a população de grávidas que recorreu ao serviço de consulta externa no período de 01 de março de 2016 e o dia 1 de setembro de 2016.

Definiram-se como critérios de inclusão: estar grávida (independentemente da idade gestacional), compreender bem a língua portuguesa, saber ler e escrever e aceitar participar no estudo. Foram excluídas da amostra todas as grávidas que não compreendiam bem a língua portuguesa na forma escrita/oral, ou não aceitaram participar no estudo. Obtivemos um total de 431 questionários preenchidos, no entanto, 27 foram excluídos por não estarem totalmente preenchidos. Assim, a amostra final ficou constituída por 404 grávidas que se dirigiram à consulta externa da maternidade selecionada, no período acima indicado.

#### 1.3.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Das 404 grávidas, 371 grávidas eram portuguesas (91,8%) e 33 estrangeiras (8,2%) com idades compreendidas entre os 19 e os 48 anos (média de 31,74±5,17 anos). A maioria

das grávidas possui entre 19 e 35 anos de idade (76,2%), pelo que apenas 23,8% da amostra tem  $\geq 36$  anos, 49,3%, do total da amostra, tem formação superior, 152 grávidas (37,6%) têm o 12.º ano ou formação equivalente e 53 mulheres (13,1%) formação básica; 79,5% são casadas ou vivem em união de facto (com companheiro) e 20,5% das grávidas não têm companheiro. Quanto à área de residência, 39,1% das grávidas da amostra vivem na cidade; 32,4% na vila e as restantes grávidas (28,5%) vivem na aldeia. No que respeita à profissão atual, e tendo em conta os grandes grupos da Classificação Portuguesa das Profissões (IEFP, 2010), salientamos que a maioria das grávidas se enquadra no grupo 2 “especialistas das atividades intelectuais e científicas”, com uma percentagem de 34,4%. Apesar da maioria das participantes da amostra estar empregada (79,7%), destacamos os 20,3% de grávidas sem ocupação profissional na atualidade. Quanto ao rendimento mensal familiar, 36,6% das grávidas tem um rendimento familiar situado entre os 500 e os 1000 euros mensais; 27,7% entre 1000 e 1500 euros, mensalmente. Uma percentagem de 24,3% tem um rendimento mensal familiar superior a 1500 euros e 11,4% das grávidas tem um rendimento mensal familiar inferior a 500 euros (cf. Quadro 1).

**Quadro 1– Caracterização sociodemográfica da amostra**

Grávidas	Total	
	N	%
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	371	91,8
Estrangeira	33	8,2
<b>Idade</b>		
19-35	308	76,2
> 35	96	23,8
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	320	79,2
Sem companheiro	84	20,8
<b>Local Residência</b>		
Aldeia	131	32,4
Vila	115	28,5
Cidade	158	39,1
<b>Habilitações literárias</b>		
Ensino básico	53	13,1
Ensino secundário	152	37,6
Ensino superior	199	49,3

<b>Profissão</b>		
1	1	0,2
2	139	34,4
3	27	6,7
4	33	8,2
5	41	10,1
6	2	0,5
7	44	10,9
8	1	0,2
9	67	16,6
Doméstica	2	0,5
Estudante	7	1,7
Desempregada	40	9,9
<b>Situação profissional</b>		
Ativa	322	79,7
Sem ocupação	82	20,3
<b>Rendimento mensal familiar</b>		
< 500 euros	46	11,4
500 - 1000 euros	148	36,6
1000 - 1500 euros	112	27,7
> 1500 euros	98	24,3

#### 1.4 – Instrumento de Colheita de Dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário preenchido pelas grávidas, ou seja, auto-relato, como forma de garantir o anonimato e a privacidade dos participantes. O instrumento de colheita de dados (APÊNDICE I) é constituído por questões abertas, fechadas e mistas, de resposta única e múltipla, distribuídas por três grupos: I – Caracterização sociodemográfica (nacionalidade, idade, estado civil, local de residência, habilitações literárias, profissão atual e situação profissional, rendimento mensal familiar e internet); II – Dados Obstétricos, que inclui a história obstétrica (gravidez anterior, número de filhos e o tipo de parto) e a gravidez atual (gravidez planeada, desejada, número de consultas realizadas até à data de aplicação do questionário, início da vigilância da gravidez, idade gestacional, o(s) local(ais) de vigilância da gravidez, os problemas de saúde prévios à gestação e durante a mesma, internamentos, idas ao serviço de urgência, toma de medicamentos de suplemento à gravidez, entrega do boletim de saúde da grávida, presença do enfermeiro nas consultas e a intenção de frequentar ou a frequência de curso de preparação para o parto/parentalidade); III – Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT) (Rede académica da Escola Nacional de Saúde Pública, 2014). Da escala utilizada no instrumento de colheita

de dados e, após a apresentação dos critérios de operacionalização, iremos proceder à avaliação das suas propriedades psicométricas, através dos estudos de fiabilidade e validade.

O estudo da consistência interna ou homogeneidade dos itens foi realizado através dos seguintes passos:

- a. Determinação do coeficiente de correlação de Pearson entre cada um dos itens e a nota global;
- b. Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, o qual mede a correlação entre cada item da escala e os restantes que pertencem ao mesmo universo. O valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator, ou seja, pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) considerando-se a consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008): muito boa, para alfa superior a 0,9; boa se alfa entre 0,8 e 0,9; razoável se alfa entre 0,7 e 0,8; fraca para alfa entre 0,6, e 0,7 e inadmissível se alfa inferior a 0,6;
- c. Determinação do coeficiente de bipartição (split-half), através do mesmo, dividem-se os itens de uma escala em dois grupos e é examinada a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, com o objetivo de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (Duarte, 2011).

#### **1.4.1 – Estudo Psicométrico do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)**

Em 2009 um grupo de peritos europeus, coordenados pela Universidade de Maastricht, juntou-se e deu origem ao consórcio *Health Literacy Survey – EU*, que tinha como propósito o desenvolvimento, validação e aplicação, nos diferentes países europeus, de um instrumento que visava aferir os níveis de Literacia em Saúde da população: *O Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU)*. Pretendiam assim medir a capacidade das pessoas acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde para tomarem decisões informadas que lhes permitam manter uma boa condição de saúde, prevenir doenças e procurar tratamento adequado em caso de doença (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014). Na primeira fase integraram este projeto os seguintes países: Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Alemanha, Bulgária, Polónia e Áustria e mais tarde Portugal. A Escola Nacional de Saúde Pública realizou em 2014 a validação transcultural do instrumento HLS-EU com o objetivo de obter um instrumento o mais equivalente possível ao original tendo-o submetido a uma adaptação cultural e validação através do método tradução-retroversão por pessoas bilingues, e depois de todo o processo desenvolvido foi submetido a um pré-

teste, com 251 indivíduos, para avaliar a adequação e compreensão dos itens da versão traduzida, resultando na versão final do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (Escola Nacional de saúde pública, 2014). A avaliação da fidelidade interna da escala HLS-EU-PT apresenta valores globais de  $\alpha = 0,95$ , sendo que as três dimensões da mesma escala comportam-se igualmente com elevados níveis de fidelidade: cuidados de saúde  $\alpha = 0,91$ ; prevenção da doença  $\alpha = 0,94$ ; promoção da saúde  $\alpha = 0,97$  (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014). O instrumento é composto por 47 itens/questões que inclui três domínios importantes na área da saúde – cuidados de saúde: itens 1-16, prevenção da doença: itens 17-31 e promoção da saúde: itens 32-47. A escala varia entre 1 e 4 valores (do muito difícil ao muito fácil), na qual a pessoa diz o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde.

Seguindo a metodologia utilizada no Inquérito Europeu, distinguiram-se quatro formas de lidar com informação relevante sobre saúde: • A capacidade de acesso a informação; • A compreensão da informação; • A capacidade de interpretação e avaliação da informação; • A sua aplicação ou utilização em situações diversas. Assim, formularam-se quatro níveis de processamento da informação – acesso, compreensão, avaliação e utilização – essenciais à tomada de decisão. Partindo dos quatro índices, foram definidos pontos de corte, os quais representam níveis diferenciados de literacia em saúde: “excelente”, “suficiente”, “problemático” e “inadequado”. Estes níveis são particularmente úteis para descrever a situação das populações em termos de literacia em saúde e também para identificar grupos vulneráveis. De modo a garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, os 4 níveis foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0 e 50, na qual o 0 é o mínimo possível de literacia em saúde e o 50 o máximo possível de literacia em saúde.

Para os quatro níveis foram identificados os seguintes pontos de corte: Scores  $\leq 25$  pontos = Literacia em Saúde Inadequada; Scores 25-33 pontos = Literacia em Saúde Problemática; Scores = 33-42 = Literacia em Saúde Suficiente e Scores  $> 42-50$  = Literacia em Saúde Excelente. Para a realização dos cálculos dos índices (entre 0 e 50) e para simplificar a comparação entre os 9 países, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$Index = (mean - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

Index: o índice específico calculado;

Mean: é a média de todos os itens para cada individuo;

1: é o valor mínimo possível;

3: é a gama da média;

50: é o valor máximo possível;

Procedemos, em seguida, à avaliação das propriedades psicométricas da escala na amostra do presente estudo, através da fiabilidade e validade. Deste modo, no Quadro 2 apresentamos as estatísticas (média±desvio-padrão), as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global, para facilitar a visualização das suas combinações. Podemos constatar que os valores de alfa dos itens se situam, na sua totalidade, acima de 0,9 (oscilando entre 0,959 e 0,961), pelo que temos uma boa consistência interna na escala.

**Quadro 2** – Consistência interna da escala da Literacia em saúde da grávida

N.º	Itens	$\bar{x}$	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ sem item
1	Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam?	3,07	0,746	0,542	0,960
2	Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	2,93	0,785	0,555	0,960
3	Saber o que fazer em caso de emergência médica?	2,90	0,770	0,511	0,960
4	Saber onde encontra ajuda profissional quando está doente?	3,35	0,572	0,518	0,960
5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	3,23	0,604	0,599	0,960
6	Compreender o folheto que vem com o medicamento?	3,09	0,698	0,589	0,960
7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	2,85	0,801	0,597	0,960
8	Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	3,37	0,606	0,585	0,960
9	Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?	3,04	0,751	0,614	0,960
10	Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	2,88	0,866	0,573	0,960
11	Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	2,70	0,957	0,621	0,960
12	Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?	2,53	0,969	0,536	0,960
13	Usar a Informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	2,95	0,791	0,592	0,960
14	Seguir as instruções de tratamento?	3,28	0,621	0,596	0,960

15	Chamar uma ambulância em caso de emergência?	3,30	0,713	0,473	0,960
16	Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	3,31	0,615	0,635	0,960
17	Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,28	0,783	0,578	0,960
18	Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	2,93	0,878	0,641	0,960
19	Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	3,00	0,828	0,694	0,959
20	Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	3,12	0,704	0,689	0,959
21	Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,31	0,599	0,595	0,960
22	Compreender porque precisa de vacinas?	3,29	0,671	0,630	0,960
23	Compreender porque precisa de fazer exames médicos?	3,34	0,699	0,625	0,960
24	Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,31	0,670	0,538	0,960
25	Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um Check-up ou um exame geral de saúde?	3,15	0,737	0,610	0,960
26	Avaliar quais as vacinas de que necessita?	2,99	0,864	0,614	0,960
27	Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	2,86	0,844	0,617	0,960
28	Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	2,72	0,828	0,597	0,960
29	Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	2,75	0,982	0,431	0,961
30	Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?	2,70	0,843	0,382	0,961
31	Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?	2,61	0,916	0,493	0,960

32	Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, alimentação saudável e nutrição?	3,24	0,639	0,585	0,960
33	Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem-estar mental?	3,06	0,801	0,657	0,960
34	Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	2,58	1,136	0,551	0,960
35	Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	2,37	1,164	0,579	0,960
36	Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	2,64	1,037	0,620	0,960
37	Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?	2,99	0,663	0,568	0,960
38	Compreender a Informação nas embalagens de alimentos?	3,03	0,755	0,539	0,960
39	Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?	3,02	0,723	0,646	0,960
40	Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?	3,00	0,800	0,688	0,959
41	Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	2,84	1,022	0,687	0,959
42	Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajuda-lo a manter-se saudável?	2,97	0,918	0,696	0,960
43	Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	3,12	0,685	0,634	0,960
44	Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?	3,07	0,708	0,609	0,960
45	Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?	3,12	0,801	0,428	0,961
46	Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?	2,94	0,776	0,534	0,960
47	Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	2,85	0,831	0,508	0,960

De modo a confirmar a validade da distribuição dos itens pelos domínios da escala, apresentamos no Quadro 3 as correlações de Pearson item-domínios. Podemos constatar que todos os itens apresentam valores de correlação superiores no domínio à qual pertence, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Apenas no caso do item 38,

verificamos uma correlação ligeiramente superior no domínio “Prevenção da doença”, no entanto, optámos por manter este item no domínio “Promoção da saúde”, tal como os autores da escala defenderam na sua análise fatorial.

**Quadro 3** – Correlações item-domínio escala HLS-EU-PT: validade discriminante

N.º item	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde
1	0,651*	0,475*	0,433*
2	0,685*	0,492*	0,424*
3	0,599*	0,424*	0,449*
4	0,609*	0,472*	0,400*
5	0,732*	0,528*	0,444*
6	0,654*	0,544*	0,480*
7	0,674*	0,489*	0,534*
8	0,702*	0,521*	0,441*
9	0,734*	0,547*	0,472*
10	0,696*	0,531*	0,429*
11	0,656*	0,570*	0,549*
12	0,600*	0,518*	0,442*
13	0,701*	0,532*	0,464*
14	0,666*	0,582*	0,447*
15	0,565*	0,446*	0,364*
16	0,708*	0,609*	0,483*
17	0,569*	0,614*	0,473*
18	0,539*	0,664*	0,612*
19	0,617*	0,735*	0,608*
20	0,631*	0,682*	0,622*
21	0,559*	0,644*	0,485*
22	0,577*	0,666*	0,538*
23	0,592*	0,682*	0,502*
24	0,456*	0,634*	0,453*
25	0,524*	0,684*	0,526*
26	0,512*	0,713*	0,530*
27	0,523*	0,702*	0,535*

28	0,489*	0,678*	0,538*
29	0,359*	0,561*	0,367*
30	0,295*	0,509*	0,336*
31	0,420*	0,570*	0,450*
32	0,527*	0,555*	0,566*
33	0,497*	0,606*	0,730*
34	0,388*	0,479*	0,705*
35	0,438*	0,480*	0,728*
36	0,484*	0,523*	0,739*
37	0,456*	0,519*	0,617*
38	0,457*	0,545*	0,533*
39	0,494*	0,617*	0,693*
40	0,520*	0,609*	0,780*
41	0,543*	0,595*	0,783*
42	0,549*	0,598*	0,789*
43	0,505*	0,590*	0,674*
44	0,534*	0,523*	0,649*
45	0,336*	0,382*	0,515*
46	0,418*	0,460*	0,627*
47	0,384*	0,423*	0,631*

\*p &lt; 0,05

Para finalizar o estudo psicométrico da escala HLS-EU-PT, procedemos à verificação da sua fiabilidade, no que concerne à sua consistência interna, através do cálculo das correlações de Pearson entre cada domínio e o valor global da escala e do cálculo do alfa de Cronbach.

De acordo com a matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala e o valor global, constatamos que as correlações entre os domínios definidos são estatisticamente significativas, variando entre  $r=0,688$  (cuidados de saúde vs promoção da saúde) e  $r=0,780$  (cuidados de saúde vs prevenção da doença). Pelo que, um aumento ou diminuição das ponderações de cada um dos domínios se traduz no aumento ou, correspondente, diminuição das ponderações dos outros domínios (cf. Quadro 4). Analisando, no mesmo quadro, as correlações entre os diferentes domínios e o valor global da escala HLS-EU-PT, podemos verificar que são todas positivas e superiores a 0,8,

oscilando entre  $r=0,895$  para “Cuidados de saúde” e  $r=0,929$  para “Prevenção da doença”. Do mesmo modo, podemos afirmar que o aumento/diminuição da ponderação de cada um dos domínios conduz a um aumento/diminuição da ponderação do valor global da escala. Pela observação do Quadro 4 vemos que os testes de correlação realizados demonstram que todas as dimensões da escala se correlacionam entre si de forma estatisticamente significativa, bem como com o valor global da escala (nível de significância inferior a 0,01).

**Quadro 4** – Matriz de correlação de Pearson entre os domínios da escala HLS-EU-PT

Domínios	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde
Cuidados de saúde	---	0,780*	0,688*
Prevenção da doença	0,780*	---	0,777*
Promoção da saúde	0,688*	0,777*	---
Valor Global	0,895*	0,929*	0,912*

\* $p<0,01$

No quadro 5 verificamos que os valores dos coeficientes alfa de Cronbach para os diferentes domínios oscilam entre 0,89 e 0,91, o que se traduz, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) numa consistência interna boa para o domínio “prevenção da doença” e muito boa para os restantes. Para a escala global temos um valor de alfa igual a 0,961, o que revela uma consistência interna muito boa da escala como um todo.

Quanto ao coeficiente de bipartição (*split-half*), verificamos no global a obtenção de valores semelhantes entre a primeira e a segunda metade ( $\alpha=0,939$  na primeira e  $\alpha=0,930$  na segunda metade), pelo que se considera uma consistência muito boa de ambas as metades da escala na medição do constructo da literacia em saúde. Também nos domínios o coeficiente de bipartição (*split-half*) apresenta valores, para ambas as partes, superiores ou iguais a 0,830.

**Quadro 5** – Consistência interna nos domínios e no global da escala HLS-EU-PT

Domínios	Coeficiente Split-half		Coeficiente alfa de Cronbach global
	Primeira metade	Segunda metade	
cuidados de saúde	0,867	0,855	0,911
prevenção da doença	0,882	0,830	0,898
promoção da saúde	0,848	0,870	0,918
Global	0,939	0,930	0,961

#### 1.4.2 – Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas

A operacionalização das variáveis, segundo o Quadro 6, apoia-se em definições conceptuais específicas, numa teoria ou são estabelecidos pelo investigador no decurso do processo de clarificação dos conceitos. Neste âmbito operacionalizar um conceito significa defini-lo de modo a que este possa ser observado e medido, ou seja, especificar quais as atividades ou operações necessárias para o medir (Fortin, 2009). A nacionalidade foi avaliada por uma questão aberta. Dividimos a nossa amostra em condição portuguesa e estrangeira. Tendo em conta o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2010) que afirma que estes se situam antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade, como meio de operacionalização desta variável distribuimos os elementos da amostra em duas classes (grávidas com idade  $\leq 35$  anos e idade  $\geq 36$  anos), visto não se incluírem na amostra grávidas com idade inferior a 18 anos. O estado civil foi trabalhado considerando a categoria de com companheiro (casadas e união de facto) e sem companheiro. O local de residência foi operacionalizado com uma resposta fechada com três opções: aldeia, vila e cidade. As habilitações literárias foram classificadas tendo em conta o grau de escolaridade atingido: básico, até ao 9.º ano de escolaridade; secundário, onde foram incluídas as mulheres com cursos técnico-profissionais que dão equivalência ao 12º ano e por fim ensino superior (onde foram incluídas as mães com bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento). A profissão foi agrupada pela chamada “Classificação Nacional de Profissões – CNP” (IEFP, 2010). Esta distribui todas as ocupações por dez grupos:

- Grande grupo 0 - profissões das forças armadas;
- Grande grupo 1 - representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos ;
- Grande grupo 2 - especialistas das atividades intelectuais e científicas;

- Grande grupo 3 - técnicos e profissões de nível intermédio
- Grande grupo 4 - pessoal administrativo;
- Grande grupo 5 - pessoal dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- Grande grupo 6 - agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
- Grande grupo 7 - trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice;
- Grande grupo 8 - operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- Grande grupo 9 - trabalhadores não qualificados.”

A estes 9 grupos acrescentou-se:

- “Doméstica”,
- “Estudante”
- “Desempregada”, por ser relevante neste estudo analisá-los separadamente.

A situação profissional foi avaliada com uma pergunta fechada, com duas opções: “empregada” e “não empregada”, operacionalizada em “ativa” e “sem ocupação”. O rendimento mensal do agregado familiar considerado foi a soma dos salários do casal, ou só da mulher, nos casos em que esta vive sozinha. Os dados foram recolhidos por uma questão fechada com quatro grupos, tendo como base o salário mínimo nacional: < 500 euros, 500 - 1000 euros, 1000 - 1500 euros e > 1500 euros. A variável internet em casa foi medida com uma pergunta fechada com duas opções de resposta: não e sim.

**Quadro 6** – Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variável	Tipo de questão	Critérios de operacionalização
<b>Nacionalidade</b>	Aberta	Portuguesa Estrangeira
<b>Idade</b>	Aberta	19-35 anos > 35 anos
<b>Estado civil</b>	Fechada mista	Sem companheiro (solteira, divorciada e viúva) Com companheiro (casada e em união de facto)
<b>Local residência</b>	Fechada múltipla	Aldeia Vila Cidade
<b>Habilitações literárias</b>	Fechada múltipla	Ensino Básico (até ao 3.º ciclo) Ensino Secundário (inclui cursos técnico-profissionais que dão equivalência ao 12º ano) Ensino Superior (incluindo licenciatura, mestrado e doutoramento)
<b>Profissão atual</b>	Aberta	1- <i>Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos</i> 2 - <i>Especialistas das atividades intelectuais e científicas</i> 3 - <i>Técnicos e profissões de nível intermédio</i>

		<p>4 - Pessoal administrativo</p> <p>5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores</p> <p>6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta</p> <p>7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice</p> <p>8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem</p> <p>9 - Trabalhadores não qualificados</p> <p>Doméstica</p> <p>Estudante</p> <p>Desempregada</p>
<b>Situação profissional</b>	Fechada múltipla	<p>Ativa</p> <p>Sem ocupação (estudantes, desempregadas e reformadas)</p>
<b>Rendimento familiar mensal</b>	Fechada múltipla	<p>&lt; 500 euros</p> <p>500 - 1000 euros</p> <p>1000 - 1500 euros</p> <p>&gt; 1500 euros</p>
<b>Internet residência</b>	Fechada dicotómica	<p>Sim</p> <p>Não</p>

### 1.4.3 – Critérios de operacionalização das variáveis obstétricas

As variáveis representantes da história obstétrica da puérpera (quadro 7) foram estudadas através do número de gravidezes anteriores e número de filhos, sendo em ambas as variáveis criados 3 grupos: 0, 1 filho e  $\geq 2$  filhos, não considerando a gravidez atual. O tipo de parto foi mensurado numa questão fechada múltipla e posteriormente operacionalizada em três grupos: sem parto anterior, eutócico e distócico (ventosa, fórceps, cesariana e, no caso de mais de um parto anterior, sendo um deles distócico). O estudo das variáveis da gravidez atual foi iniciado pelas questões referentes ao planeamento e desejo da mesma, com uma resposta fechada dicotómica. O número de consultas de vigilância foi medido por uma questão aberta e agrupada depois em 2 grupos: adequado e inadequado, tendo em conta o número correto de consultas de acordo com as semanas de gestação, respeitando as indicações da DGS (2015). O início dos cuidados pré-natais agrupado em: início até ao primeiro trimestre e após o primeiro trimestre e a idade gestacional foi medida por uma questão aberta posteriormente operacionalizada em três grupos de acordo com os 3 trimestres da gravidez: <13 semanas; 13-28 semanas e >28 semanas (DGS, 2015). Para apresentar os resultados

respeitantes ao local onde foram prestados os cuidados pré-natais foram criados dois grupos: maternidade e maternidade e outros locais, já utilizada noutros estudos (Silva, 2014).

Avaliou-se ainda a existência de problemas de saúde prévios à gravidez e durante esta, existência de internamentos e utilização do serviço de urgência durante a gestação, entrega do boletim de saúde da grávida na primeira consulta, presença do enfermeiro durante as consultas e intenção de frequentar ou frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade. Todas com respostas fechadas dicotómicas (Leitão et al., 2009). Como critérios para a determinação de uma vigilância adequada definiu-se: realizar um número mínimo de consultas de acordo com as semanas de gravidez e início da vigilância da gravidez até às 12 semanas. O esquema de vigilância adotado foi baseado no *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*, da DGS (2015).

**Quadro 7** – Critérios de operacionalização das variáveis obstétricas

Variável	Tipo de questão	Critérios de operacionalização
<b>N.º de gravidez anterior</b>	Aberta	0 1 gravidez ≥ 2 gravidezes
<b>Filho anterior</b>	Aberta	0 1 filho ≥ 2 filhos
<b>Tipo de parto</b>	Fechada múltipla	Sem parto anterior Eutócico Distócico (ventosa, fórceps, cesariana e, no caso de mais de um parto anterior, sendo um deles distócico)
<b>Gravidez planeada</b> <b>Gravidez desejada</b>	Fechada dicotómica	Sim Não
<b>Número consultas</b>	Aberta	Adequado Inadequado
<b>Início consultas</b>	Fechada dicotómica	Até às 12 semanas de gravidez Depois das 12 semanas de gravidez
<b>Idade gestacional</b>	Aberta	<13 semanas 13 - 28 semanas >28 semanas
<b>Local de vigilância</b>	Mista múltipla	Maternidade Maternidade e outros locais
<b>Problemas de saúde prévios gravidez</b> <b>Problemas de saúde gravidez</b> <b>Internamento na gravidez</b> <b>Urgência na gravidez</b> <b>Entrega BSG 1.ª consulta</b> <b>Presença Enfermeiro</b> <b>Curso preparação parto/parentalidade</b>	Fechada dicotómica	Sim Não

### 1.5 – Procedimentos na Seleção da Amostra e Colheita de Dados

Este trabalho foi realizado no serviço de Consulta Externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. A escolha deste local deve-se a três aspetos fundamentais. O primeiro por ser uma instituição acessível, uma vez que constitui o meu local de trabalho. O segundo foi o facto de saber que nesta instituição iria encontrar grávidas que satisfizessem os meus critérios de inclusão. E por fim a resposta positiva por parte da instituição.

A aplicação do instrumento de colheita de dados apenas teve lugar após cumpridos os procedimentos éticos necessários. Deste modo, foi recebida autorização por escrito, via correio eletrónico, dos autores do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT) - Rede académica da Escola Nacional de Saúde Pública, para a sua utilização. Em seguida, foi enviado um requerimento para a autorização da realização do estudo ao Conselho de Administração do CHUC através do Gabinete de Apoio à Investigação o qual foi deferido, após o Parecer Científico de consentimento escrito, por parte do Diretor do Serviço de Obstetrícia, bem como após a aprovação pelo Conselho de Ética (ANEXO I e II).

O recrutamento das mulheres (grávidas) foi efetuado na sala de espera do serviço de consulta externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos, enquanto aguardavam pela consulta. Às grávidas que aceitaram participar no estudo foi-lhes facultado um documento de consentimento informado onde estava explícita a colaboração pretendida (incluindo os objetivos do estudo) e garantida a confidencialidade no tratamento dos dados, de modo a assegurar a participação livre e informada de cada um dos elementos da amostra (APÊNDICE II).

### 1.6 – Análise de Dados

Toda a informação obtida através do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico, tendo sido processada através da utilização do programa informático *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 23.0 após a criação da base de dados. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, bem como para testar as hipóteses formuladas no estudo, utilizaram-se técnicas de Estatística Descritiva, nomeadamente: frequências absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central, como a média aritmética e o desvio padrão (Dp) como medida de dispersão ou variabilidade. Relativamente à análise inferencial recorreremos ao Teste paramétrico t de Student, bem como ao correspondente não paramétrico, U de Mann-Withney para estudar a relação entre as

variáveis sociodemográficas, obstétricas e vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida.

Utilizámos um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5,0% ( $\alpha=0,05$ ), o que permite garantir a existência de relação entre as variáveis, considerando uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Os critérios de decisão em relação aos testes de hipóteses são baseados no estudo das probabilidades. Na análise estatística considerámos os seguintes valores de significância:

- a)  $p < 0,05^*$  – Diferença estatística significativa
- b)  $p < 0,01^{**}$  – Diferença estatística bastante significativa
- c)  $p < 0,001^{***}$  – Diferença estatística altamente significativa
- d)  $p \geq 0,05$  n.s. – Diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a quadros e tabelas, onde constam os dados mais relevantes. Uma vez que todos os dados foram obtidos através do instrumento de colheita de dados, dispensámos a identificação do local, data e fonte na apresentação dos mesmos.

Postas todas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte, a apresentação e análise dos resultados.



## 2 – Resultados

No capítulo dos resultados, procedemos à apresentação e análise descritiva e inferencial dos dados, procurando dar resposta aos objetivos/questões de investigação.

### 2.1 – Análise Descritiva

Procedemos, neste capítulo, à análise descritiva dos resultados obtidos. Efetuamos a caracterização da amostra estudada de acordo com as variáveis obstétricas e em relação à literacia em saúde, no global e nos seus domínios.

#### 2.1.1 – Caracterização da amostra pelas variáveis de contexto obstétrico

Iremos proceder à caracterização da amostra no âmbito das variáveis contexto obstétrico, pela análise dos resultados obtidos nestas questões.

#### História Obstétrica

Através da análise do Quadro 8, verificamos que a maioria das mulheres estão a vivenciar a primeira experiência de gravidez (173; 42,8%) e 153 mulheres (37,9%) tiveram uma gravidez anterior. Em relação ao número de filhos concluiu-se que 48,5% da amostra não tem filhos e 167 grávidas (41,4%) têm 1 filho. A menor percentagem encontrou-se nas mulheres com 2 ou mais gestações (19,3%) e com 2 ou mais filhos (10,1%). Das grávidas que têm filhos anteriores 133 foram submetidas a parto distócico (32,9%) e 75 a parto eutócico (18,6%).

**Quadro 8** – Caracterização geral da amostra: história obstétrica

	Grávidas	
	n	%
<b>N.º de gravidez anterior</b>		
0	173	42,8
1 gravidez	153	37,9
≥ 2 gravidezes	78	19,3
<b>Filho anterior</b>		
Nenhum	196	48,5
1 filho	167	41,4
≥ 2 filhos	41	10,1
<b>Tipo de parto</b>		
Sem parto anterior	196	48,5
Eutócico	75	18,6
Distócico	133	32,9

## Gravidez atual

Observámos, pela análise do Quadro 9, que 287 grávidas (71%) planejaram a gravidez e 93,1% referiram que a gravidez foi desejada. Relativamente ao número de consultas, 382 grávidas (94,6%) realizaram, até ao momento da aplicação do questionário, um número adequado de consultas, tendo em conta a idade gestacional. No total 329 grávidas (81,4%) iniciaram a vigilância da gravidez até ao primeiro trimestre. No cruzamento das 2 variáveis concluímos que 88 grávidas (21,8%) não realizaram uma correta vigilância da gravidez. A idade gestacional variou entre as 7 e as 41 semanas de gestação, localizando-se, a maioria dos participantes da amostra, entre as 13 e as 28 semanas de gravidez (49,7%). A maioria das mulheres da amostra era seguida na maternidade e outros locais, como o centro de saúde ou consultórios privados (71,5%). Os problemas prévios à gravidez estão presentes em 94 mulheres (23,3%), sendo que durante a gravidez estes valores diminuem para 18,8%. Foram internadas 33 grávidas (8,2%) e recorreram ao serviço de urgência, durante a gravidez e até ao momento do nosso estudo 212 grávidas (52,5%). Quanto aos medicamentos utilizados pelas nossas participantes como suplemento durante a gravidez, apuramos que no total 322 grávidas (79,7 %) os utilizam. O BSG foi entregue a 394 grávidas, correspondendo a 97,5% da amostra total e a percentagem de mulheres que mencionam a presença do enfermeiro nas consultas foi de 91,6%. No nosso estudo, 191 grávidas frequentam ou pretendem frequentar o curso de preparação para o parto (47.3%).

**Quadro 9** – Caracterização da amostra quanto à gravidez atual

	Grávidas	
	n	%
<b>Gravidez planeada</b>		
Sim	287	71,0
Não	117	29,0
<b>Gravidez desejada</b>		
Sim	376	93,1
Não	28	6,9
<b>Número consultas</b>		
Adequado	382	94,6
Inadequado	22	5,4
<b>Início vigilância gravidez</b>		
Até às 12 semanas de gravidez	329	81,4
Depois das 12 semanas de gravidez	75	18,6
<b>Vigilância da gravidez</b>		
Adequada	316	78,2
Não adequada	88	21,8
<b>Idade gestacional</b>		
<13 semanas	33	8,2
13 - 28 semanas	201	49,7
>28 semanas	170	42,1

<b>Local de vigilância</b>		
<b>Maternidade</b>	119	28,5
<b>Maternidade e outros locais</b>	289	71,5
<b>Problemas de saúde prévios gravidez</b>		
<b>Sim</b>	94	23,3
<b>Não</b>	310	76,7
<b>Problemas de saúde gravidez</b>		
<b>Sim</b>	76	18,8
<b>Não</b>	328	81,2
<b>Internamento na gravidez</b>		
<b>Sim</b>	33	8,2
<b>Não</b>	371	91,8
<b>Urgência na gravidez</b>		
<b>Sim</b>	212	52,5
<b>Não</b>	192	47,5
<b>Medicamentos suplemento gravidez</b>		
<b>Sim</b>	322	79,7
<b>Não</b>	82	20,3
<b>Entrega BSG 1.<sup>a</sup> consulta</b>		
<b>Sim</b>	394	97,5
<b>Não</b>	10	2,5
<b>Presença Enfermeiro</b>		
<b>Sim</b>	370	91,6
<b>Não</b>	34	8,4
<b>Curso preparação parto/parentalidade</b>		
<b>Sim</b>	191	47,3
<b>Não</b>	213	52,7

### 2.1.2 – Caracterização da amostra quanto à literacia em saúde

A Escala do HLS-EU-PT foi validada tendo em conta três domínios considerados pelos autores, deste modo, o valor global da literacia em saúde é calculado pela soma dos valores dos domínios. Sendo que, quanto maior o valor obtido, maior o nível de literacia em saúde apresentado pela grávida. Podemos observar os dados da amostra através do Quadro 10.

O valor global da escala varia entre o mínimo de 7,45 e o máximo de 50,00, com média de  $33,33 \pm 7,98$ . No domínio *Cuidados de saúde* encontramos um valor mínimo de 5,21 e o máximo de 50,00 com média  $34,15 \pm 8,19$ . Quanto ao domínio *Prevenção da doença* verificamos que o valor obtido oscilou entre 4,44 e 50,00 com média de  $33,73 \pm 8,51$ . Relativamente ao domínio *Promoção da saúde*, o valor mínimo e máximo foram, respetivamente, 3,13 e 50,00, com média  $32,12 \pm 9,55$ .

**Quadro 10** – Caracterização do valor global e dos domínios da escala HLS-EU-PT

Domínios	N	Min.	Máx.	Média	Dp
<b>Cuidados de saúde</b>	404	5,21	50,00	34,15	8,19
<b>Prevenção da doença</b>	404	4,44	50,00	33,73	8,51
<b>Promoção da saúde</b>	404	3,13	50,00	32,12	9,55
<b>Global</b>	404	7,45	50,00	33,33	7,98

**Em síntese:**

a) Verificamos que a maioria das mulheres se encontrava grávida pela primeira vez (48,8%);

b) Quanto ao número de partos, a maioria das mulheres nunca tinha vivido esta experiência anteriormente (48,5%). Das grávidas com partos anteriores, na sua maioria tinham tido apenas um (41,4%);

c) Das grávidas que fizeram parte do estudo 32,9% foram submetidas a partos distócicos;

d) A gravidez foi planeada pela maioria dos participantes (71,0%), elevando-se este valor quando se perguntou se a gravidez tinha sido desejada 93,1% responderam que sim;

e) No momento da aplicação do questionário verificámos que 382 grávidas (94,6%) tinham realizado um número adequado de consultas, tendo em conta a idade gestacional;

f) Iniciaram a vigilância da gravidez até ao primeiro trimestre 329 grávidas (81,4%);

g) Oitenta e oito grávidas (21,8%) não realizaram uma correta vigilância da gravidez;

h) A idade gestacional variou entre 7 a 41 semanas de gestação, encontrando-se, a maioria das mulheres, entre as 13 e as 28 semanas de gravidez (49,7 %);

i) 71,5% das mulheres frequentou consultas de vigilância da gravidez na maternidade simultaneamente com outros locais (centro de saúde e/ou consultório privado);

j) Os problemas prévios à gravidez estão presentes em 94 mulheres (23,3%), sendo que durante a gravidez estes valores diminuíram para 18,8%;

k) Foram internadas 33 grávidas (8,2%) e recorreram ao serviço de urgência, durante a gravidez e até ao momento do nosso estudo, 212 grávidas (52,5%);

l) Frequentam ou pretendem frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade 191 grávidas (47,3%);

m) As grávidas apresentam um valor global da escala HLS-EU-PT que varia entre o mínimo de 7,45 e o máximo de 50,00, com média de  $33,33 \pm 7,98$ . No domínio *Cuidados de saúde* encontramos grávidas com um valor mínimo de 5,21 e um máximo de 50,00 com média  $34,15 \pm 8,19$ . Quanto ao domínio *Prevenção da doença* verificamos que o valor obtido pela amostra oscilou entre 4,44 e 50,00 com média de  $33,73 \pm 8,51$ . Relativamente ao domínio *Promoção da saúde*, o valor mínimo e máximo foram, respetivamente, 3,13 e 50,00, com média  $32,12 \pm 9,55$ .

## 2.2 – Análise Inferencial

Procedemos neste capítulo à análise inferencial dos dados obtidos tendo em conta as questões de investigação definidas anteriormente.

### Questão 1: Qual o nível de literacia em saúde das grávidas?

De acordo com os resultados, 149 grávidas (36,9%) têm um nível problemático de literacia em saúde e 33,7% das mulheres apresentam uma literacia suficiente. Com valores mais baixos estão representados os níveis excelente e inadequado com 15,8% e 13,6%, respetivamente (cf. Quadro 11). No que diz respeito ao domínio *Cuidados de Saúde*, cerca de 40,1% da amostra apresenta um nível suficiente de literacia em saúde e 29,5% um nível problemático, sendo que apenas 17,6% das grávidas têm um nível de literacia em saúde excelente. No domínio *Prevenção da doença* encontramos valores idênticos nos níveis suficiente e problemático com 39,9% e 30,0% respetivamente, verificando-se neste domínio o valor mais elevado no nível excelente em relação ao inadequado (17,8% vs. 12,4%). Por último, no domínio *Promoção da saúde*, verificamos uma percentagem mais elevada no nível suficiente de literacia em saúde: 38,4% e o nível menos representado neste domínio foi o excelente, com 14,8% (cf. Quadro 11).

**Quadro 11** – Nível de literacia em saúde - escala HLS-EU-PT

Níveis de literacia em saúde	Domínios							
	Cuidados de saúde		Prevenção da doença		Promoção da saúde		Global	
	N	%	n	%	n	%	N	%
<b>Inadequado</b>	52	12,9	50	12,4	90	22,3	55	13,6
<b>Problemático</b>	119	29,5	121	30,0	99	24,5	149	36,9
<b>Suficiente</b>	162	40,1	161	39,9	155	38,4	136	33,7
<b>Excelente</b>	71	17,6	72	17,8	60	14,8	64	15,8

### Questão 2 – Quais as variáveis sociodemográficas que influenciam o nível de literacia em saúde da grávida?

#### Relação entre a nacionalidade e a literacia em saúde da grávida

Pela análise das ordenações médias obtidas verificamos que estas são superiores nas grávidas portuguesas no total da literacia em saúde, bem como nas várias dimensões desta variável, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) no domínio *Cuidados de saúde* e no global (cf. Tabela 1).

**Tabela 1** – Associação entre a nacionalidade e a literacia em saúde

Domínios	Portuguesa (n=371)	Estrangeira (n=33)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	207,32	148,26	4331,50	0,005
<b>Prevenção da doença</b>	204,60	178,94	5344,00	0,225
<b>Promoção da saúde</b>	204,25	182,82	5472,00	0,311
<b>Literacia em Saúde</b>	205,92	164,00	4851,00	0,048

*U-Mann-Whitney***Relação entre a idade e a literacia em saúde da grávida**

Pela análise da Tabela 2, podemos constatar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p > 0,05$ ). Ainda assim, verificam-se médias superiores nos diferentes domínios, assim como no valor global da escala, no grupo de grávidas com idade superior a 35 anos.

**Tabela 2** – Associação entre a idade e a literacia em saúde

Domínios	19-35 anos (n=308)	>35 anos (n=96)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	199,09	213,45	13732,50	0,292
<b>Prevenção da doença</b>	200,01	210,47	14018,50	0,443
<b>Promoção da saúde</b>	200,97	204,40	14313,50	0,637
<b>Literacia em Saúde</b>	199,83	211,05	13963,50	0,411

*U-Mann-Whitney***Relação entre o estado civil e a literacia em saúde da grávida**

Tendo como finalidade estudar a relação entre o estado civil e a literacia em saúde das grávidas, recorreremos igualmente, ao Teste *U-Mann-Whitney*. Constata-se, pela análise da Tabela 3, que apenas no domínio *Promoção da saúde* as ordenações médias obtidas foram superiores no grupo de grávidas sem companheiro, pelo que, nos restantes domínios e no total da literacia em saúde, as médias foram superiores nas grávidas com companheiro. Ainda assim, não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre o estado civil e a literacia em saúde.

**Tabela 3** – Associação entre o estado civil e a literacia em saúde

Domínios	Com companheiro (n=320)	Sem companheiro (n=84)	UMW	p
	OM	OM		
Cuidados de Saúde	205,42	191,20	12383,50	0,322
Prevenção da doença	203,10	200,20	13130,50	0,840
Promoção da saúde	200,43	210,52	12656,00	0,482
<b>Literacia em Saúde</b>	203,17	199,93	13108,00	0,822

U-Mann-Whitney

**Relação entre o local de residência e a literacia em saúde da grávida**

A fim de se verificar o efeito da variável local de residência sobre a literacia em saúde na grávida foi aplicado o teste Teste ANOVA e o Teste *Post-Hoc* – Tukey. A partir do teste ANOVA (cf. Tabela 4) foram calculados os coeficientes de determinação ( $R^2$ ), os quais nos permitem aferir que a variável independente é responsável por 6,50% da variação do global da literacia em saúde. Para os domínios *Cuidados de saúde*, *Prevenção da doença* e *Promoção da saúde*, o  $R^2$  é de 4,27%, 6,04% e 6,25%, respetivamente. Existe diferença altamente significativa ( $p < 0,001$ ) para os domínios e para o global, o que nos leva a afirmar que existe relação entre a variável local de residência e a literacia em saúde da grávida.

**Tabela 4** – Associação entre a área de residência e literacia em saúde

		Soma quadrados	F	p
Cuidados de Saúde	Entre grupos	1154,908	8,938	0,000
	Nos grupos	25906,391		
	Total	27061,299		
Prevenção da doença	Entre grupos	1763,740	12,881	0,000
	Nos grupos	27454,018		
	Total	29217,758		
Promoção da saúde	Entre grupos	2297,885	13,376	0,000
	Nos grupos	34443,155		
	Total	36741,040		
Literacia em Saúde	Entre grupos	1670,650	13,945	0,000
	Nos grupos	24021,196		
	Total	25691,847		

ANOVA

O Teste *Post-Hoc* – Tukey dá-nos a localização das diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. Verificámos que existe diferença estatística nos domínios e no global entre as grávidas que residem nas cidades e aquelas que residem na aldeia e na vila. No domínio *Promoção da saúde* verificou-se diferença estatística entre as grávidas que residem na aldeia e as que residem na vila (cf. Tabela 5).

**Tabela 5** – Teste *Post-Hoc* – *Tukey*: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência e a literacia em saúde

Domínios	Aldeia/vila	Aldeia/cidade	Vila/cidade
	p	P	P
Cuidados de Saúde		0,000	0,006
Prevenção da doença		0,000	0,012
Promoção da saúde	0,029	0,000	0,054
Literacia em Saúde		0,000	0,008

*Post-Hoc* – *Tukey*

### Relação entre a escolaridade e a literacia em saúde da grávida

Para testar a associação entre o nível de escolaridade e a literacia em saúde recorremos ao teste não paramétrico de *Kruskal Wallis*. Podemos verificar que as grávidas com o ensino superior apresentam valores médios mais elevados para os domínios e valor global da literacia em saúde. Verificam-se diferenças altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre a escolaridade e da grávida e a literacia em saúde (nos domínios e no global), permitindo-nos afirmar que a literacia em saúde da grávida é influenciada pelo nível de escolaridade (cf. Tabela 6).

**Tabela 6** – Associação entre as habilitações literárias e a literacia em saúde

Domínios	Ensino básico (n=53)	Ensino secundário (n=152)	Ensino superior (n=199)	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM		
Cuidados de Saúde	154,13	172,96	237,95	33,247	0,000
Prevenção da doença	148,32	180,71	233,57	30,927	0,000
Promoção da saúde	162,42	179,84	230,49	23,507	0,000
Literacia em Saúde	150,89	174,42	237,70	37,240	0,000

*Kruskal Wallis*

Após a ordenação das médias, foi aplicado o Teste *Post-Hoc* – *Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. Apurámos que as diferenças se encontram nas grávidas com ensino superior e naquelas com ensino básico e secundário (cf. Tabela 7).

**Tabela 7** – Teste *Post Hoc* – *Tukey*: localização das diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e a literacia em saúde

Domínios	Básico/superior	Secundário/superior
	p	P
Cuidados de Saúde	0,000	0,000
Prevenção da doença	0,000	0,000
Promoção da saúde	0,000	0,000
Literacia em Saúde	0,000	0,000

*Post Hoc* – *Tukey*

### Relação entre a situação profissional e a literacia em saúde da grávida

Para analisar a relação entre a situação profissional e a literacia em saúde, recorremos ao Teste *U-Mann-Whitney*. Verificamos uma tendência para médias superiores nos vários domínios da escala, tal como para o seu valor global, nas grávidas ativas. Contudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 8).

**Tabela 8** – Associação entre a situação profissional e a literacia em saúde

Domínios	Ativas (n=322)	Sem ocupação (n=82)	UMW	p
	OM	OM		
Cuidados de Saúde	207,91	181,26	11460,50	0,065
Prevenção da doença	205,05	192,48	12380,50	0,383
Promoção da saúde	204,81	193,44	12459,00	0,430
Literacia em Saúde	206,11	188,34	12041,00	0,219

*U-Mann-Whitney*

### Relação entre o rendimento familiar e a literacia em saúde da grávida

Através da análise da Tabela 9 onde são apresentados os dados dos grupos do rendimento mensal familiar e sua relação com a literacia em saúde, verificamos que em todos os domínios e no global se encontra uma média superior no grupo com rendimento familiar mensal >1500 euros. Encontrámos uma relação estatística altamente significativa entre as variáveis ( $p < 0,001$ ), quer no global da escala, quer nos diferentes domínios.

**Tabela 9** – Associação entre o rendimento familiar e a literacia em saúde

Domínios	< 500 (n=46)	500-1000 (n=148)	1000-1500 (n=112)	> 1500 (n=98)	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	133,97	189,58	199,28	257,87	39,868	0,000
<b>Prevenção da doença</b>	165,27	181,33	197,29	257,89	31,947	0,000
<b>Promoção da saúde</b>	165,55	188,49	193,26	251,56	24,841	0,000
<b>Literacia em Saúde</b>	149,49	185,60	196,31	259,97	36,651	0,000

*Kruskal Wallis*

Foi aplicado o Teste *Post-Hoc* – *Tukey* para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios e no global entre os grupos rendimento familiar >1500 euros e os grupos <500, 500-1000 e 1000-1500. No domínio *Cuidados de saúde* também se verificam diferenças entre o grupo <500 e os grupos 500-1000 e 1000-1500 (cf. Tabela 10).

**Tabela 10** – Teste *Post-Hoc* – *Tukey*. Localização das diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento familiar e a literacia em saúde

Domínios	<500/500-1000	<500/1000-1500	<500/≥1500	500-1000/1000-1500	500-1000/≥1500	1000-1500/≥1500
	<i>P</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
<b>Cuidados de Saúde</b>	0,017	0,005	0,000		0,000	0,001
<b>Prevenção da doença</b>			0,000		0,000	0,001
<b>Promoção da saúde</b>			0,000		0,000	0,001
<b>Literacia em Saúde</b>			0,000		0,000	0,000

*Post-Hoc – Tukey*

### Relação entre o acesso à internet e a literacia em saúde da grávida

Apresentam Internet na residência 349 grávidas (86,4%). Pela análise das médias expostas na Tabela 11, verificámos que estas apresentam valores médios superiores para todos os domínios e para o valor global da literacia em saúde. O Teste de *U-Mann-Whitney*, através da observação dos seus níveis de significância, permitiu-nos concluir que, para os domínios e para o global da literacia em saúde existem diferenças altamente significativas ( $p < 0,001$ ). Desta forma pudemos concluir que existe relação entre o acesso à internet na residência e a literacia em saúde da grávida.

**Tabela 11** – Associação entre o acesso à internet e a literacia em saúde

Domínios	Internet		UMW	P
	Sim (n=349)	Não (n=55)		
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	212,59	138,49	6077,00	0,000
<b>Prevenção da doença</b>	211,04	148,33	6618,00	0,000
<b>Promoção da saúde</b>	210,08	154,37	6950,50	0,000
<b>Literacia em Saúde</b>	212,42	139,57	6136,50	0,000

*U-Mann-Whitney*

**Questão 3 – Qual a relação entre as variáveis obstétricas e a literacia em saúde da grávida?**

### Relação entre a existência ou não de gravidez anterior e a literacia em saúde

Com vista a testar a associação entre a existência de gravidez anterior e a literacia em saúde, recorreremos ao Teste t-Student para amostras independentes. Através da observação da Tabela 12, verificamos que as médias obtidas são superiores em todas os domínios, bem como no total da literacia em saúde nas participantes sem gravidez anterior, não se tendo, contudo, encontrado diferenças estatísticas significativas entre as variáveis ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 12** – Associação entre a gravidez anterior e a literacia em saúde

Domínios	Com gravidez anterior (n=227)		Sem gravidez anterior (n=177)		Levene's p	t	p
	×	Dp	×	Dp			
<b>Cuidados de Saúde</b>	34,04	7,747	34,29	8,756	0,074	0,301	0,763
<b>Prevenção da doença</b>	33,24	8,601	34,35	8,385	0,965	1,301	0,194
<b>Promoção da saúde</b>	31,42	9,511	32,90	9,546	0,907	1,683	0,093
<b>Literacia em Saúde</b>	32,89	7,888	33,88	8,095	0,626	1,232	0,219

*t-Student*

### Relação entre a ocorrência de uma gravidez planeada e a literacia em saúde

Pela análise da Tabela 13, verificámos que as grávidas que planearam a gravidez apresentam valores médios superiores para todos os domínios e valor global da literacia em saúde. No domínio *Prevenção da doença* e no global da literacia em saúde registaram-se diferenças estatísticas bastante significativas ( $p < 0,01$ ), sendo que nos domínios *Cuidados de saúde* e *Promoção da saúde* a diferença é estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Desta forma, podemos concluir que existe relação entre o planeamento da gravidez e a literacia em saúde.

**Tabela 13** - Associação entre o planeamento da gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Planeamento gravidez				Levene's p	t	p
	Sim (n=287)		Não (n=117)				
	×	Dp	×	Dp			
<b>Cuidados de Saúde</b>	34,80	7,782	32,57	8,965	0,160	-2,499	0,013
<b>Prevenção da doença</b>	34,58	8,611	31,63	7,925	0,242	-3,191	0,002
<b>Promoção da saúde</b>	32,86	9,467	30,31	9,543	0,706	-2,458	0,014
<b>Literacia em Saúde</b>	34,07	7,777	31,50	8,222	0,879	-2,964	0,003

*t-Student*

### Relação entre a existência de uma gravidez desejada e a literacia em saúde

Pela análise da Tabela 14, podemos constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p < 0,05$ ). Verificam-se médias superiores nos diferentes domínios, assim como no valor global da escala, no grupo de grávidas que caracterizam a sua gravidez como desejada.

**Tabela 14** – Teste *U-Mann-Whitney*: associação entre os grupos desejo da gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Desejo gravidez		UMW	P
	Sim (n=376)	Não (n=28)		
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	205,83	157,80	4012,50	0,036
<b>Prevenção da doença</b>	206,21	152,73	3870,50	0,019
<b>Promoção da saúde</b>	205,60	160,86	4098,00	0,050
<b>Literacia em Saúde</b>	206,16	153,29	3886,00	0,021

*U-Mann-Whitney***Relação entre a existência de problemas de saúde prévios à gravidez e a literacia em saúde**

Com a finalidade de testarmos a relação entre as variáveis, usámos o Teste *U-Mann-Whitney*. Verificámos que as grávidas que apresentam problemas prévios à gravidez obtiveram valores médios superiores nos domínios *Cuidados de saúde* e *Prevenção da doença*, contudo, as que não apresentavam problemas de saúde revelam valores mais elevados no domínio *Promoção da saúde* e no global da literacia em saúde (cf. Tabela 15). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis, pelo que, podemos afirmar que a existência de problemas prévios à gravidez não influencia a literacia em saúde da grávida.

**Tabela 15** – Associação entre problemas de saúde prévios à gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Problemas saúde prévios à gravidez		UMW	P
	Sim (n=94)	Não (n=310)		
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	203,21	202,28	14503,00	0,946
<b>Prevenção da doença</b>	205,14	201,70	14321,50	0,802
<b>Promoção da saúde</b>	194,48	204,93	13816,50	0,446
<b>Literacia em Saúde</b>	201,09	202,93	14437,00	0,893

*U-Mann-Whitney*

### Relação entre a existência de problemas de saúde durante a gravidez e a literacia em saúde

As médias de literacia em saúde encontradas foram superiores nas grávidas com problemas de saúde durante a gravidez (cf. Tabela 16). Porém, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na relação entre as variáveis ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 16** – Teste *U-Mann-Whitney*: associação entre os grupos problemas de saúde durante a gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Problemas saúde durante a gravidez		UMW	P
	Sim (n=76)	Não (n=328)		
	OM	OM		
Cuidados de Saúde	224,03	197,51	10828,00	0,074
Prevenção da doença	220,85	198,25	11069,50	0,128
Promoção da saúde	207,76	201,28	12064,50	0,662
Literacia em Saúde	220,31	198,37	11110,50	0,140

*U-Mann-Whitney*

### Relação entre a existência de internamento durante a gravidez e a literacia em saúde

Tendo como finalidade estudar a relação entre o internamento na gravidez e a literacia em saúde da amostra, recorreremos igualmente, ao Teste U de Mann-Whitney. Constata-se, pela análise da Tabela 17, que as ordenações médias obtidas nos domínios e no global da literacia em saúde foram superiores no grupo de grávidas com internamento durante a gravidez. Ainda assim, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis.

**Tabela 17** – Relação entre o internamento durante a gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Internamento durante a gravidez		UMW	P
	Sim (n=33)	Não (n=371)		
	OM	OM		
Cuidados de Saúde	207,82	202,03	5946,00	0,785
Prevenção da doença	217,79	201,14	5617,00	0,432
Promoção da saúde	203,53	202,41	6087,50	0,958
Literacia em Saúde	211,50	201,70	5824,50	0,644

*U-Mann-Whitney*

### Relação entre a frequência do serviço de urgência durante a gravidez e a literacia em saúde

Pela análise das médias expostas na Tabela 18 verificámos que as grávidas que recorrem mais ao serviço de urgência durante a gravidez apresentam valores médios mais elevados de literacia em saúde para os domínios e para o global. Os domínios *Cuidados de Saúde* e *Prevenção da doença* registam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), sendo que para o global da literacia em saúde e para o domínio *Promoção da saúde* não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Desta forma, podemos concluir que existe relação entre a frequência do serviço de urgência e os domínios *Cuidados de Saúde* e *Prevenção da doença*.

**Tabela 18** – Associação entre frequência do serviço de urgência na gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Urgência na gravidez				Levene's p	t	p
	Sim (n=212)		Não (n=192)				
	×	Dp	×	Dp			
<b>Cuidados de Saúde</b>	34,98	7,809	33,24	8,527	0,203	-2,139	0,033
<b>Prevenção da doença</b>	34,58	8,761	32,79	8,155	0,366	-2,115	0,035
<b>Promoção da saúde</b>	32,67	9,626	31,52	9,450	0,642	-1,208	0,228
<b>Literacia em Saúde</b>	34,06	8,003	32,51	7,905	0,981	-1,959	0,051

*t-Student*

### Relação entre a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade durante a gravidez e a literacia em saúde

Tendo como objetivo verificar a relação entre frequência do curso de preparação para o parto / parentalidade durante a gravidez e a literacia em saúde da grávida, recorremos ao Teste *t-Student* para amostras independentes. Através da observação e análise da Tabela 19, verificamos que existem diferenças estatísticas altamente significativas nos domínios da literacia em saúde, bem como no global da escala relativamente à variável “a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade durante a gravidez” ( $p < 0,001$ ). Podemos ainda constatar que as médias são superiores no grupo que frequenta ou pretende frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade.

**Tabela 19** – Teste *t-Student*: associação entre frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade e a literacia em saúde

Domínios	Preparação parto/parentalidade				Levene's p	t	p
	Sim (n=191)		Não (n=213)				
	×	Dp	×	Dp			
<b>Cuidados de Saúde</b>	35,53	8,413	32,92	7,808	0,088	-3,238	0,001
<b>Prevenção da doença</b>	35,18	8,395	32,42	8,428	0,244	-3,296	0,001
<b>Promoção da saúde</b>	33,79	9,238	30,63	9,597	0,572	-3,355	0,001
<b>Literacia em Saúde</b>	34,83	7,897	31,98	7,839	0,421	-3,629	0,000

*t-Student*

**Questão 4 – Qual a relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida?**

**Relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde**

Analisando as médias, constatamos que as grávidas que iniciaram a vigilância da gravidez até às 12 semanas, frequentaram um número adequado de consultas, realizando até ao momento do estudo uma vigilância correta da gravidez, possuem médias superiores em todos os domínios e no global da literacia em saúde. Verificam-se diferenças estatísticas altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre a vigilância da gravidez, o início da mesma e a literacia em saúde. Em relação ao número de consultas apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação ao domínio *Promoção da saúde* ( $p = 0,043$ ) (cf. Tabela 20, 21 e 22).

**Tabela 20** – Associação entre os grupos início da vigilância da gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Início da vigilância da gravidez		UMW	P
	Até às 12 semanas (n=329)	Depois das 12 semanas (n=75)		
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	213,10	155,99	8849,50	0,000
<b>Prevenção da doença</b>	213,24	155,37	8805,50	0,000
<b>Promoção da saúde</b>	212,25	159,72	9129,00	0,000
<b>Literacia em Saúde</b>	214,43	150,18	8416,50	0,000

*U-Mann-Whitney*

**Tabela 21** – Associação entre os grupos número de consultas de vigilância da gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Número de consultas de vigilância da gravidez		UMW	P
	Adequado (n=382)	Não Adequado (n=22)		
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	204,68	164,61	3368,50	0,117
<b>Prevenção da doença</b>	205,21	155,39	3165,50	0,051
<b>Promoção da saúde</b>	205,32	153,50	3124,00	0,043
<b>Literacia em Saúde</b>	205,17	156,09	3181,00	0,055

*U-Mann-Whitney*

**Tabela 22** – Associação entre os grupos vigilância da gravidez e a literacia em saúde

Domínios	Vigilância da gravidez		UMW	P
	Adequada (n=316)	Não Adequada (n=88)		
	OM	OM		
<b>Cuidados de Saúde</b>	215,86	154,52	9682,00	0,000
<b>Prevenção da doença</b>	216,56	151,99	9459,50	0,000
<b>Promoção da saúde</b>	216,18	153,38	9581,00	0,000
<b>Literacia em Saúde</b>	217,89	147,24	9041,00	0,000

*U-Mann-Whitney*

**Em síntese:**

- De acordo com os resultados, 36,9% das grávidas têm um nível problemático de literacia em saúde no global;
- No domínio *Cuidados de saúde* 40,1% da amostra tem um nível suficiente de literacia em saúde;
- Quanto ao domínio *Prevenção da doença* verificamos que 38,4% das grávidas têm uma literacia em saúde suficiente;
- Relativamente ao domínio *Promoção da saúde*, a literacia em saúde situa-se maioritariamente no nível suficiente;
- A nacionalidade influencia a literacia em saúde da grávida no global e no domínio *Cuidados de saúde* ( $p < 0,05$ );
- A variável idade não influencia a literacia em saúde ( $p > 0,05$ );

- Não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre o estado civil e a literacia em saúde;
- Encontrámos uma relação entre a variável local de residência, habilitações literárias da grávida e o rendimento familiar e o nível de literacia em saúde da grávida com diferenças altamente significativa ( $p < 0,001$ ) para os domínios e para o global;
- No estudo conjunto referente à situação profissional e à literacia em saúde da grávida, pudemos verificar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p > 0,05$ );
- Na análise dos dados referentes ao acesso à internet na residência verificamos que as 349 grávidas (86,4%) que têm Internet na residência, apresentam valores médios superiores para todos os domínios e para o valor global da literacia em saúde, resultando em diferenças altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre o acesso à internet na residência e a literacia em saúde da grávida;
- Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a existência de gravidez anterior e a literacia em saúde ( $p > 0,05$ );
- Existe relação entre o planeamento e desejo da gravidez e a literacia em saúde da grávida ( $p < 0,05$ );
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a existência de problemas prévios à gravidez e durante a gravidez e a literacia em saúde da grávida;
- Não existe relação entre o internamento na gravidez e a literacia em saúde da amostra uma vez que não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ );
- Podemos concluir que existe relação entre a frequência do serviço de urgência e os domínios *Cuidados de Saúde e Prevenção da doença* ( $p < 0,05$ ), mas não o global da literacia em saúde e para o domínio *Promoção da saúde* ( $p > 0,05$ );
- Verificamos que existem diferenças estatísticas altamente significativas nos domínios da literacia em saúde, bem como no global da escala relativamente à variável “a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade durante a gravidez” ( $p < 0,001$ );
- Verificam-se diferenças estatísticas altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre a vigilância da gravidez, o início da mesma e a literacia em saúde. Em relação ao número de consultas apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação ao domínio *Promoção da saúde* ( $p = 0,043$ ).

### 3 – Discussão

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente salientar os resultados empíricos obtidos que assumem maior relevância na concretização dos objetivos de investigação traçados inicialmente, não descurando a identificação das limitações identificadas no decurso da realização do presente estudo.

A discussão dos resultados é uma fase crucial de um estudo científico, pois permite-nos analisar os resultados confrontando-os com o quadro concetual de referência e com dados de outros estudos de investigação.

Pelo que, previamente à discussão dos resultados obtidos considera-se importante fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, referindo e justificando algumas das dificuldades e limitações que surgiram nas diferentes etapas do processo de investigação.

#### 3.1 – Discussão Metodológica

Destacamos, neste momento, algumas das dificuldades e limitações que surgiram nas diferentes etapas do processo de investigação. Quanto à constituição da amostra, a técnica de amostragem utilizada, intencional por conveniência, constitui-se como uma limitação do estudo realizado. Apesar de ser de fácil realização e pouco dispendioso, é um tipo de amostragem não probabilístico, podendo a amostra não ser representativa da população, para além de que os resultados dependem da sinceridade, honestidade e disponibilidade das participantes. Outros dos aspetos que queremos salientar é o fato de serem incluídas no estudo todas as grávidas, independentemente da idade gestacional em que se encontravam, assumindo-se a vigilância da gravidez realizada por estas até ao momento de colheita de dados, sem ter a certeza, contudo, que manteriam o esquema correto até ao final da gravidez. A nossa opção metodológica foi aplicar a escala ao maior número de grávidas possível no pouco tempo que tínhamos para realizar o trabalho, fazendo sempre a ressalva que a vigilância da gravidez foi avaliada, somente, até ao momento de aplicação do instrumento de colheita de dados.

Apesar das desvantagens e limitações referidas, consideramos que os métodos utilizados na realização deste estudo foram os mais viáveis de serem utilizados, tendo em conta o tempo e os recursos disponíveis.

### 3.2 – Discussão dos Resultado

O número de grávidas estudadas é de 404, sendo que 36,9% destas têm um nível problemático de **literacia em saúde** no global. No domínio *Cuidados de saúde* 40,1% da amostra tem um nível suficiente de literacia em saúde. Quanto ao domínio Prevenção da doença verificamos que 38,4% das grávidas têm uma literacia em saúde suficiente. Resultados idênticos foram encontrados num estudo realizado no Irão por Kohan et al. (2007) com 150 grávidas em que 18% das mulheres apresentavam boa literacia em saúde, 48% tinham um nível de literacia em saúde médio e 34% tinham um nível fraco de literacia em saúde. Outro estudo, realizado em Portugal em 2014 pela Escola Nacional de Saúde Pública e outras instituições parceiras a nível nacional, menciona que a maioria da população portuguesa tem um nível de literacia em saúde no global e nos domínios problemático (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014). Justifico a diferença dos resultados nos domínios pelo fato de a nossa amostra ser mais homogénea no que diz respeito ao género, idade e situação profissional, comparado com este estudo.

No presente estudo 371 grávidas são portuguesas e 33 são estrangeiras. Constatamos pelos resultados obtidos que a **nacionalidade** influencia a literacia em saúde da grávida no global e no domínio *Cuidados de saúde* ( $p < 0,05$ ). Vários são os autores que afirmam que a literacia em saúde resulta da convergência de vários fatores dos quais destacam os fatores sociais e culturais (Nutbeam, 2000; Nielsen-Bohlman et al., 2004; Freedman, 2009, Federman et al., 2009, Santos, 2010). Apesar de se falar muito hoje do adiamento da maternidade, verificamos que a **idade** das mães prevaleceu no intervalo dos 19-35 anos, grupo etário, considerado por vários autores, entre eles Graça (2010) como ideal para que a gravidez decorra sem complicações. No nosso estudo a variável idade não influencia o nível de literacia em saúde ( $p > 0,05$ ). Os dados obtidos são contrários ao estudo da Escola Nacional de Saúde Pública (2014) que afirma que à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde diminui. Este fato é justificado pela homogeneidade da nossa amostra no que diz respeito à idade que varia entre 19 anos e 48 anos, sendo que o estudo da Escola Nacional de Saúde Pública foi realizado na população geral e com idade superior a 16 anos, a nível nacional.

Relativamente ao **estado civil**, 79,2% da amostra referiu ter companheiro, e não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre o estado civil e a literacia em saúde. Este resultado é corroborado por alguns autores, nomeadamente Monteiro (2009) que refere que o ambiente familiar estável pode não influenciar, só por si, a literacia em saúde.

Em relação ao **local de residência**, a maior percentagem das grávidas referiu habitar maioritariamente na cidade (39,1%) e encontramos diferenças altamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre as variáveis local de residência e o nível de literacia em saúde da grávida, o global e dos respetivos domínios. Estas diferenças verificam-se essencialmente entre as grávidas que residem nas cidades e aquelas que residem na aldeia e na vila. Estes resultados vão de encontro de alguns autores que mencionam diferentes fatores para a compreensão da literacia em saúde, tais como, as características sociais (Federman et al., 2009) no qual se pode incluir o local de residência. As cidades são locais por excelência de fácil acesso aos cuidados de saúde, com oferta variada em termos de promoção de saúde e medidas preventivas.

No que concerne às **habilitações literárias** das grávidas em estudo, constatámos que a maioria possuía um curso superior (49,3%) e 37,6% o ensino secundário. Estes resultados confirmam os dados do INE (2011) dos Censos 2011, tendo revelado um aumento do nível de instrução da população portuguesa de forma bastante expressiva na última década. Mais ainda, a população que hoje possui o ensino superior completo quase duplicou, face a 2001, e cerca dos 61% dos licenciados são do sexo feminino. Verificam-se diferenças altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre as habilitações literárias da grávida e a sua literacia em saúde (nos domínios e no global), permitindo-nos afirmar que a literacia em saúde da grávida é influenciada pela escolaridade. O estudo levado a cabo pela Escola Nacional de saúde pública (2014) quanto maior o nível de escolaridade maiores os níveis de literacia em saúde. Contudo, outros autores referem que a literacia em saúde não está relacionada com as habilitações literárias (Monteiro, 2009).

No estudo conjunto referente à **situação profissional** e à literacia em saúde da grávida, pudemos verificar que as grávidas que referiram estar ativas profissionalmente (79,7%) obtiveram ordenações médias superiores, contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p > 0,05$ ), sendo legítimo referir que a situação profissional não influencia a literacia em saúde. Contrariamente, a estes resultados, Silveira & Ferreira (2011) revelam que o exercício da atividade profissional tem influência na autoeficácia da grávida, o que corresponde às expectativas de um melhor conceito pessoal nas grávidas empregadas associado a um maior nível de autonomia, de independência financeira e de realização pessoal. Estas competências individuais são essenciais para um nível adequado de literacia em saúde (Berkman et al., 2004; Speros, 2005; Rudd et al., 2007; Mancuso, 2009).

Ao caracterizarmos a amostra quanto ao **rendimento familiar mensal**, verificámos que a maioria das grávidas (36,6%) tem um rendimento familiar mensal entre os 500 e os 1000 euros. Apesar da conjuntura económica atual, apenas 11,4% das grávidas participantes

na amostra, referiu possuir um rendimento mensal familiar inferior a 500 euros. De acordo com os resultados podemos concluir que existe uma relação estatística altamente significativa ( $p < 0,001$ ), entre o rendimento familiar e o nível de literacia em saúde. De acordo com o que foi dito anteriormente para a situação profissional também podemos inferir que o rendimento familiar contribui para o desenvolvimento da literacia em saúde na medida que melhora a autoconfiança da grávida, competência identificada por Mancuso (2008) no seu Modelo conceptual da Literacia em Saúde.

Na análise dos dados referentes ao acesso à **internet** na residência verificamos que as 349 grávidas (86,4%) que têm internet na residência, apresentam valores médios superiores para todos os domínios e para o valor global da literacia em saúde, resultando em diferenças altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre o acesso à internet na residência e a literacia em saúde da grávida. Segundo o estudo realizado por Damásio, Henriques e Mackert (2012) analisando um número significativo de artigos focados na área da saúde eletrónica e literacia em saúde concluíram que em Portugal a presença da Internet tem crescido de forma significativa ao longo dos últimos anos, verificando-se uma utilização crescente de meios eletrónicos na área da saúde, ferramentas poderosas para melhorar o conhecimento sobre saúde e a atitude dos sujeitos perante este domínio.

No que concerne às variáveis de contexto obstétrico, os primeiros dados a serem analisados foram os relativos à existência de **gravidez anterior**. A maioria das participantes do estudo estão a vivenciar a experiência da gravidez pela primeira vez (42,8%). Encontramos ainda 78 mulheres (19,3%) com história de duas ou mais gravidezes prévias. Resultado idêntico foi encontrado por Leitão et al. (2009) em que 45,1% da amostra tinha experienciado pela primeira vez a gravidez e 22,9% duas ou mais vezes. Apesar da tendência crescente da taxa de natalidade nos últimos dois anos, o gabinete de estatística da União Europeia citado por Cardoso (2016) afirma que no ano de 2015 a taxa de natalidade em Portugal foi de 8,3%, a segunda mais baixa da União Europeia. Este fato confirma os nossos resultados, uma vez que passados 7 anos as percentagens do número de gravidezes mantem-se idêntico, sendo mais representativas as mulheres grávidas pela primeira vez. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a existência de gravidez anterior e a literacia em saúde ( $p > 0,05$ ). Contudo a maioria das revisões de literatura mencionam que a informação relacionada com um conhecimento anterior são competências individuais essenciais para um nível adequado de literacia em saúde (Berkman et al., 2004; Speros, 2005; Rudd et al., 2007; Mancuso, 2009). Consideramos que estes resultados se devam ao fato de a informação transmitida na gravidez ser muito específica não se podendo generalizar de forma linear para as outras áreas da saúde e assim o conhecimento anterior, nesta fase da vida da mulher, não influenciar de forma direta a sua literacia em saúde.

No que respeita ao facto da **gravidez** ter sido **planeada/desejada** pelas grávidas da presente amostra, apurámos que a frequência de gravidez planeada e desejada foi de 71% e 93,1% respetivamente. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis e a literacia em saúde. Podemos concluir e segundo Antunes (2014) que a promoção da literacia em saúde passa pelo desenvolvimento das capacidades do cidadão na tomada de decisão sobre o seu projeto de vida permitindo-lhes fazer escolhas informadas e fundamentadas.

Quanto à existência de **problemas prévios à gravidez e durante a gravidez**, encontrámos um total de 23,3% e 18,8% das grávidas com estes problemas respetivamente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a existência de problemas prévios à gravidez ou durante a gravidez e a literacia em saúde da grávida. Os estudos encontrados associam uma inadequada literacia em saúde a uma taxa superior de morbilidade e mortalidade (Williams, 1998; DeWalt et al., 2004; Speros, 2005; Santos, 2010). Também Majoyinola (2011) revelou que existia uma relação significativa entre a literacia em saúde materna e uma gravidez saudável. Podemos, contudo, justificar os nossos resultados pelo fato de a gravidez constituir, por si só, um período do ciclo de vida da mulher, que envolve em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações (Pereira & Bachion, 2005), o que faz com que a grávida deva reunir em si mesma a capacidade para lidar com as transformações a que é sujeita, quer em termos físicos, quer em termos emocionais e sociais, devendo adquirir informação e conhecimentos que lhe confirmem autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciem a sua saúde. Isto é, ao longo da gravidez, deve ser desenvolvida a literacia em saúde (Silva, 2014).

Em relação ao **internamento** verificamos que apenas 8,2% da amostra esteve internada durante a gravidez. Não existe relação entre o internamento na gravidez e a literacia em saúde da amostra uma vez que não encontrámos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Estes resultados encontram-se em certa medida contra o que foi encontrado na bibliografia, pois está descrito que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde e na utilização dos serviços de saúde, traduzindo-se especialmente numa maior taxa de hospitalizações, com índices mais elevados de mortalidade e morbilidade (Baker et al., 2007; 2008; Quintas, 2015). Durante a gravidez os internamentos podem não refletir a incapacidade da mulher para lidar com doenças crónicas, resultados da sua inadequada literacia em saúde (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Weiss, 2005; Edmunds, 2005) mas de patologias específicas deste período que exigem esta atitude conservadora.

Mais de metade das grávidas (52,5%) referiu que **recorreu ao serviço de urgência** durante a gravidez. Este resultado verificou-se muito significativo, traduzindo, na nossa

interpretação, a dificuldade dos serviços de saúde em promover o aumento do conhecimento materno para uma melhor adaptação às alterações que podem advir de uma gravidez (Renkert & Nutbeam, 2001; DGS, 2015) levando a que as mulheres recorram ao serviço de urgência com frequência. De acordo com os resultados podemos concluir que existe uma associação entre a frequência na ida ao serviço de urgência e os domínios *Cuidados de Saúde e Prevenção da doença* ( $p < 0,05$ ), mas não no global da literacia em saúde e no domínio *Promoção da saúde* ( $p > 0,05$ ). Apesar dos dados não serem muito lineares em relação a estas variáveis, encontramos vários autores que referem que uma literacia em saúde inadequada está associada a uma maior utilização dos serviços de urgência (Baker et al., 2002; Rudd et al., 2007 Quintas, 2015). A gravidez é um período crítico e de grande complexidade, pois envolve para além das alterações fisiológicas, alterações de carácter psicológico específicas do estado de gravidez que se traduzem em variações dos níveis de ansiedade e maior vulnerabilidade face às situações do dia-a-dia, levando-as a recorrer ao serviço de urgência com mais frequência. Quando analisadas as médias em cada domínio e no global da literacia em saúde verificamos que estas são superiores nas grávidas que recorreram ao serviço de urgência na gravidez. Uma adequada literacia na gravidez é essencial para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações na gravidez (Kohan et al., 2007; Majoyinola, 2011).

Quase metade das grávidas (47,3%) frequentam ou têm intenção de frequentar o **curso de preparação para o parto/parentalidade**. Verificamos que existem diferenças estatísticas altamente significativas nos domínios da literacia em saúde, bem como no global da escala relativamente à variável “a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade durante a gravidez” ( $p < 0,001$ ). Este resultado está de acordo com o referido pelos autores que afirmam que os cursos de preparação para o parto surgiram com o intuito de combater a situação de passividade por parte da mulher no ciclo gravídico-puerperal, pela ausência de informação que lhes conferisse autonomia em saúde, submetendo-se às ordens dos profissionais sem questionar. Assim, os cursos de preparação para o parto /parentalidade promovem o desenvolvimento da literacia em saúde da grávida na medida em que tem como objetivo atribuir um papel ativo na tomada de decisão em todas as áreas da saúde. Por outro lado, a literacia de saúde materna é uma ferramenta importante para que as mulheres possam compreender as instruções / ensinamentos mencionados pelos profissionais de saúde e usar tais informações e serviços de forma a melhorar a sua saúde (Kohan et al., 2007).

A maioria das grávidas presentes no estudo realizaram um número adequado de consultas (94,6%), com início até às 12 semanas de gravidez (81,4%), traduzindo-se numa vigilância correta da gravidez (78,2%). Estes resultados mostram-nos valores idênticos aos do

estudo de Leitão et al., (2009), refletindo o esforço contínuo dos sistemas de saúde para reduzir as barreiras ou lacunas que impedem o acesso e dificultam o início precoce e a adesão ao esquema de vigilância pré-natal. Verificam-se diferenças estatísticas altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre a **vigilância da gravidez, o início** da mesma e a literacia em saúde. Em relação ao **número de consultas** apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao domínio *Promoção da saúde* ( $p = 0,043$ ). Resultados idênticos foram encontrados por Kohan et al. (2007) no seu estudo realizado com 150 grávidas que revelou que mulheres com boa literacia em saúde iniciam mais cedo os cuidados pré-natais e realizam mais consultas durante a gravidez do que as grávidas que apresentam um baixo nível de literacia em saúde ( $p < 0,01$ ). Similarmente Majoyinola (2011) concluiu que existia uma relação significativa entre a literacia em saúde materna e o nível de cuidados pré-natais. O conhecimento e o treino de habilidades que se realizam nas consultas de vigilância da gravidez são fundamentais para o desenvolvimento da literacia em saúde da grávida, de modo que esta consiga aplicar esses conhecimentos em situações de complicações associadas à gravidez e entendam os ensinamentos que lhe são transmitidos de modo a evitar essas complicações, mantendo uma gravidez saudável (Kohan et al., 2007). Por outro lado, mulheres com uma adequada literacia em saúde apresentam menor utilização de serviços preventivos e menor número de consultas médicas programadas (Lindau et al., 2006; Rogers, et al., 2006). Concluimos assim, que literacia em saúde e vigilância da gravidez estão relacionadas.



#### 4 – Conclusão

As consultas de vigilância de gravidez são fundamentais para o contacto e comunicação entre profissional de saúde e utente. Os profissionais de saúde devem assim reunir todos os esforços no sentido de aumentar a literacia em saúde na gravidez, adotando uma atitude aberta, de negociação e reciprocidade na relação com as grávidas, de reconhecimento das suas competências e dos seus universos socioculturais, linguagem, centrando-se no diálogo e na criação de conhecimento para a produção de soluções. Os enfermeiros têm a responsabilidade de promoverem a literacia em saúde materna através da educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção.

Uma adequada literacia na gravidez é essencial para uma maternidade saudável e inclui o desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, e poder de decisão e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas e aquisição de conhecimentos em saúde para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações na gravidez.

Com o presente estudo podemos concluir que:

1. 36,9% das grávidas apresentam um nível problemático de literacia em saúde no global da escala HLS-EU-PT;
2. 33,7% das mulheres apresentam um nível de literacia suficiente;
3. No domínio *Cuidados de Saúde*, 40,1% das mulheres apresentam um nível suficiente de literacia em saúde e 29,5% um nível problemático;
4. No domínio *Prevenção da doença* encontramos valores nos níveis suficiente e problemático idênticos (39,9% e 30,0% respetivamente);
5. No domínio *Promoção da saúde*, verificamos uma percentagem mais elevada no nível suficiente de literacia em saúde (38,4%);
6. Encontrámos uma associação entre as variáveis sociodemográficas (nacionalidade, local de residência, habilitações literárias, rendimento familiar e internet na residência) e a literacia em saúde da grávida;
7. As variáveis de contexto obstétrico - gravidez atual (planeamento/desejo da gravidez, curso de preparação para o parto/parentalidade e vigilância da gravidez e início da mesma) associaram-se com a literacia em saúde da grávida.

Estamos conscientes que o estudo de todas as variáveis não foi exaustivo e que muitos outros aspetos haveria a analisar. Realçam-se alguns aspetos positivos do estudo, pois este trata-se de um estudo que procura colmatar a escassa investigação na área da literacia em saúde da grávida. Esperamos que este trabalho seja uma referência para outros investigadores que pretendam desenvolver estudos na mesma área. Sendo assim, no âmbito de futuras investigações, estes resultados preliminares sugerem o estudo da literacia em saúde da grávida em várias instituições de saúde e zonas do País para avaliar a influencia de fatores que não foi possível analisar neste estudo.

Apesar das limitações do presente estudo, essencialmente o fato de o estudo ter sido realizado apenas numa instituição de saúde, como já foi referido, pensamos ter contribuído para a revelação e reflexão de um conjunto de informações cruciais na literacia para a saúde na grávida. Outra limitação é a escassez de estudos portugueses nesta área. Assim, esta diferença nos resultados deve-se essencialmente ao fato de que os estudos que analisam a literacia em saúde na gravidez são os dados encontrados e interpretados à luz da literacia em saúde na população em geral.

Desta forma, esperamos também contribuir para uma reflexão das práticas profissionais, traduzindo-se na melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados durante a gravidez.

## Referências Bibliográficas

- Antunes, Maria da Luz – A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos [em linha]. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2014. [Consult. 15 Jul. 2016]. Disponível em WWW:<[http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3582/1/A%20literacia%20em%20sa%c3%bade\\_investimento%20na%20promo%c3%a7%c3%a3o%20da%20sa%c3%bade%20e%20na%20racionaliza%c3%a7%c3%a3o%20de%20custos1.pdf](http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3582/1/A%20literacia%20em%20sa%c3%bade_investimento%20na%20promo%c3%a7%c3%a3o%20da%20sa%c3%bade%20e%20na%20racionaliza%c3%a7%c3%a3o%20de%20custos1.pdf)>
- Abbyad, C.; Robertson, T. R. – African American Women’s Preparation -for Childbirth from the Perspective of African American Health-Care Providers. *The Journal of Perinatal Education*. Vol. 20, n.º1 (2011), p. 45-53.
- Almeida, Joana – Vigilância da gravidez de baixo risco. Patient Care. Lisboa. [S.N.] (Novembro 2006), p. 103-109.
- Alves, Odete; Mendonça, Denise; Maciel-Barbosa, Alcindo – Saúde da mulher e da criança: necessidades, comportamentos e atitudes. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Vol. 23, n.º1, (Janeiro/Junho 2005), p. 69-80.
- Barrett, S.; Puryear, J.; Westpheling, K. – *Health literacy practices in primary care settings: examples from the field*. Nova Iorque: The Commonwealth Fund (2008). [Consult. 15 Jul. 2016]. Disponível em WWW:<[http://www.practicesprimarycaresettingsexamplesfield\\_1093.pdf?section=403](http://www.practicesprimarycaresettingsexamplesfield_1093.pdf?section=403)>
- Baker, D.W. *et al.* “Health Literacy and the risk of hospital admission”. *Journal of General Internal Medicine* [em linha]. Vol13 n.º 12 (2000). [Consult. 15 Jul. 2016]. Disponível em WWW:<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497036/pdf/jgi\\_242.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497036/pdf/jgi_242.pdf)>
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass JM, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. – Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* [em linha]. N.º 167(2007), p.1503–9 [Consult. 12 de junho de 2016] Disponível em WWW:< URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17646604>.
- Baker, David W.; Wolf, Michael S.; Feinglass, Joseph; Thompson, Jason A. – Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. *J Gen Intern Med* [em linha] Vol. 23, n.º 6 (2008), p.723–6 [Consult. 12 de junho de 2016] Disponível em WWW:< URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18330654>.

- Barros, Henrique; Rodrigues, Teresa; Leite, L. Pereira - Caracterização sócio-demográfica do recurso a cuidados pré-natais. Arquivos de Medicina. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Vol. 9, n.º 3 (1995), p. 155-158.
- Benavente, A. – *A literacia em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Conselho Nacional de Educação, 1996.
- Berkman Nancy D.; Davis Terry C.; Macormack, Lauren – Health Literacy: What Is It? Journal of Health Communication [em linha]. N.º 15 (2010) p.9–19 [Consult 2 de junho 2016.] Disponível em WWW:<URL: [https://www.researchgate.net/publication/46818426\\_Health\\_Literacy\\_What\\_Is\\_It](https://www.researchgate.net/publication/46818426_Health_Literacy_What_Is_It).
- Bobak, Irene M.; Lowdermilk, Deitra Leonard; Jensen, Margaret Duncan – *Enfermagem na maternidade*, 4.ª ed. Loures: Lusociência, 1999.
- Buekens, Pierre; Kotelchuck, Milton; Blondel, Beatrice; Kristensen, Finn Borlum; Chen Jian-Hua; Masuy-Stroobant, Godeliev – A Comparison of prenatal care use in the United States and Europe. American Journal of Public Health [em linha]. Vol. 83, n.º 1 (January 1993), p. 31-36. [Consult 20 de Agosto de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1694498&blobtype=pdf>>
- Calderon, Iracema; Cecatti, José Guilherme; Vega, Carlos Eduardo – Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [em linha]. Vol. 28, n.º 5 (Maio 2006), p. 310-315. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-720320060005000008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-720320060005000008&script=sci_arttext)>.
- Calha, António Geraldo Manso – Modos de desenvolvimento de competências de literacia em saúde em contextos informais de aprendizagem. Rev Esc Enferm [em linha] .N.º 48 (2014), p.105-111 [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[diswww.ee.usp.br/reeusp/](http://diswww.ee.usp.br/reeusp/)
- Carneiro, António Vaz – Literacia em saúde: desenvolvimento de um sistema de informação em saúde para pacientes. Fundação Calouste Gulbenkian:Centro de estudos baseado na evidência [em linha]. Relatório de projeto. 2015. [Consult 11 de Junho de 2016] Disponível em WWW:<URL:<http://cembe.org/avc/docs/Projecto%20de%20Literacia%20em%20Sa%C3%BAdade%202015.pdf>
- Canavarro, Maria Cristina - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001. p.17 -31.
- Cardoso, Margarida – Portugal tem a segunda taxa de natalidade mais barata da união europeia. Expresso [em linha]. 2016 [Consult 11 de Junho de 2016] Disponível em

- WWW:<URL: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2016-07-08-Portugal-tem-a-segunda-taxa-de-natalidade-mais-baixa-da-Uniao-Europeia>.
- Carvalho, Valéria C. P.; Araújo, Thália V. B. – Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil [em linha]. Vol. 7, n.º 3, (Julho/Setembro 2007), p. 309-317. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/10.pdf>>.
- Coimbra, Liberata C.... [e tal.] – Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Revista de Saúde Pública [em linha]. Vol. 37, n.º 4 (Agosto, 2003), p. 456-462. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16780.pdf>>.
- Coutinho, Tadeu... [et al.] – Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [em linha]. Vol. 25, n.º10 (Novembro/Dezembro 2003), p. 717-723. [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032003001000004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032003001000004)>.
- Couto, Germano – Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: Lusociência. 2003.
- Damásio, Manuel; José Henriques, Sara; Mackert, Mike – Saúde electrónica e literacia em saúde: uma revisão da metodologia de pesquisa. Comunicação e Sociedade [em linha]. NÚMERO ESPECIAL (2012), p. 171-183 [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://revistacomsoc.pt/index.php/comsoc/article/view/1362/1295>.
- Davis, T. C.... [et al.] – Development and validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALMTeen): a tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings. Pediatrics; 118 (2006): p.1707–1714 [Consult 10 de junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142495>.
- Delvaux, Thérèse... [et al.] – Barriers to prenatal care in europe. American Journal of Preventive Medicine [em linha]. Vol. 21, n.º 1 (July 2001), p. 52-59. [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6VHT-438KHWM95&\\_cdi=6075&\\_user=2465353&\\_orig=search&\\_coverDate=07%2F31%2F2001&\\_sk=999789998&\\_view=c&\\_wchp=dGLbVtz-zSkWA&\\_md5=d02e950e8d37ee13641bba8b5122e038&\\_ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VHT-438KHWM95&_cdi=6075&_user=2465353&_orig=search&_coverDate=07%2F31%2F2001&_sk=999789998&_view=c&_wchp=dGLbVtz-zSkWA&_md5=d02e950e8d37ee13641bba8b5122e038&_ie=/sdarticle.pdf)>.

- Despacho 1/91. Ministério da Saúde. D.R. I Série [em linha]. N.º 27 (1991-02-01) [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dre.pt/>>.
- Despacho n.º 3618 – A/2016. Gabinete do Secretário de estado adjunto e da saúde. D.R. 2.ª Série [em linha]. N.º 49 (2016-03-10), p. 8660-5 [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em:WWW:<URL:[http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/images/documentos/Resolucao\\_n6B2016\\_Nomeacao\\_CA\\_CHAlgarve.pdf](http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/images/documentos/Resolucao_n6B2016_Nomeacao_CA_CHAlgarve.pdf)>
- DeWalt, Darren A.; Berkman, Nancy D.; Sheridan, Stacey; Lohr, Kathleen N.; Pignone, Michael P. – Literacy and Health Outcome: a Systematic Review of the Literature. J GEN INTERN MED [em linha].N.º 19 (2004), p.1228–1239 [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em [www:< URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492599/pdf/jgi\\_40153.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492599/pdf/jgi_40153.pdf).
- Duarte, J. C. (2011) – *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Edmunds, Marilyn – Health literacy a barrier to patient education. The Nurse practitioner [em linha]. Vol. 30, n.º 3 (2005) [Consult 13 de junho de 2016]. Disponível em WWW:< URL: [www.tnpj.com](http://www.tnpj.com)
- Escola Nacional de Saúde pública – Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT): Apresentação dos resultados preliminares [em linha], Lisboa, 2014. [Consult 24 de Julho de 2016 ]. Disponível em WWW:<URL:<http://pelorim.pt/wp-content/uploads/2015/01/resultados-preliminares-HLS-EU-PT.pdf>
- Federman, Alex D.... [et al.] – Health Literacy and Cognitive Performance in Older Adults. J Am Geriatr Soc [em linha] N.º 57 (2009) p.1475–1480. [[Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19515101>
- FERNANDES, Patrícia – Literacia em Saúde: Contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS – Newest Vital Sign [Em linha]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2012. Dissertação de Mestrado. [Consult. 16 de Julho de 2016] Disponível em [www: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2287/1/14921.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2287/1/14921.pdf)
- Freedman, Darcy A. – Public health literacy defined. American Journal of Preventive Medicine [em linha], Vol. 36, N.º 5 (Maio, 2009) [Consult 24 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: [www.ajpm-online.net](http://www.ajpm-online.net).
- Ferreira, Sara Raquel Rebola – Literacia na gravidez: utilização da internet como fonte de informação [em linha]. Coimbra, 2013.Dissertação de mestrado [consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em: WWW:<URL:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KU56COMKkHsJ:repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D27005%26code%3D640+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.

- Figueiredo, J. V.; Freitas, L. V.; Lima, T. M.; Oliveira, A. S.; Damasceno, A. K de C. – Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*. Vol 1, n.º 3 (2010), p. 124-128.
- Fortin, M. F. – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Trad. Nídia Salgueiro. Loures: Lusodidacta (2009). ISBN 978-989-8075-18-5. 595p.
- Graça, L. M. da (2010) – *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel. 4.<sup>a</sup> Ed. ISBN 978-972-757654-8. 756p.
- Grandi, Carlos; Sarasqueta, Pedro – Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Revista Sociedade Boliviana de Pediatría [em linha]. Vol. 36, Suplemento n.º 1 (2007), p. 15-20. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp97360103sup.pdf>>.
- Hart, Julian Tudor – The inverse care law. Lancet [em linha]. N.º 1, (Fevereiro 1971), p. 405-412. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.sochealth.co.uk/history/inversecare.htm>>.
- IEFP – Classificação Nacional de profissões: CNP [em linha]. Lisboa, 2010. [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>>.
- INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Estatísticas de Saúde [em linha]. Lisboa, 2011. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[www.ine.pt](http://www.ine.pt)>
- INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Estatísticas de Saúde [em linha]. Lisboa, 2014. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.
- Kickbusch, Ilona S. – Health Literacy addressing the health and education divid. Universidade de Oxford [em linha]. Vol. 16, n.º 3 (2001), p.289-297 [citado em 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11509466>.
- Kohan, Shahnaz; Ghasemi, Saadat; Dodangeh, Maryam – Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome, Irão: Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn [em linha]. Vol. 12, n.º 4 (Julho, 2007) p. 146-152 [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/viewFile/31/31>.
- Leal, Isabel – *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto, 2006.
- Leitão, Patrícia I. L.; Mendes, Dina S. V.; Neto, Sílvia S. S. – Ser mãe imigrante no contexto de saúde português: cuidados pré-natais. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu,

2009. Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Lindau, Stacy Tessler; Basu, Anirban; Leitsch Sara A. – Health Literacy as a Predictor of Follow-Up After an Abnormal Pap Smear: a Prospective Study. *Chicago: J GEN INTERN MED* [em linha]. N.º 21 (2006) p. 829–834 [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831576/pdf/jgi0021-0829.pdf>
- Lowdermilk, Deitra Leonard; Perry, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 2008.
- Mancuso, Josephine M. – Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences* [em linha]. N.º 10 (2008) p. 248–255 [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/health-literacy-a-concept-dimensional-analysis-npKJJ2QeYI>.
- Mancuso, Josephine M. – Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences* [em linha]. N.º 11 (2009) p. 77–89 [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL
- Marquês, Luís Ferreira. – A qualidade dos cuidados de saúde pré-natais nos sistemas público e privado (Cova da Piedade). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa, Vol. 10, n.º 1 (Janeiro/Março 1992), p. 45-62.
- Martins, Maria de Fátima S. V. – Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro? In Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais [em linha]. Coimbra: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 2004, p.1-10 [Consult 19 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/FatimaMartins.pdf>>.
- Martins, Maria de Fátima S. V. – Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Interconfluências profissionais e familiares [em linha]. Braga, 2011. Tese de Doutoramento em Sociologia [Consult 19 de Maio de 2016]. Disponível em: WWW:<URL:<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19654/1/Maria%20de%20F%20C%20A%20tima%20da%20Silva%20Vieira%20Martins.pdf>
- Martins, Maria de Fátima S. V. – O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão *Rev Bras Enferm.* [em linha]. Vol. 6, n.º 67 (nov-dez 2014);67(6), p.1008-12. [Consult 20 de Julho de 2016]. Disponível em: WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621>.
- Megan, Aston; Saulnier, Christine; Robb, Karen – Not Just Another Delivery: Women's Maternity Care Experiences of Provider Client Relationships. *Women's Health & Urban Life*. Vol.9, n.º1 (2010) p. 32-49. [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível

- em: WWW:<URL:  
[https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/24420/1/9.1\\_aston\\_etal.pdf](https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/24420/1/9.1_aston_etal.pdf).
- Mendes, I. M. (2002), *Ligação Materno-Fetal. Contributo para o Estudo de Factores Associados ao seu Desenvolvimento*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendes da Graça, Luís – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª ed. Lisboa: Lidel Edtora, 2005.
- Morais, Edson Nunes de... [et al.] – Momento e frequência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [em linha]. Vol. 20, n.º 1 (Janeiro/Fevereiro 1998), p. 25-32. [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v20n1/a05v20n1.pdf>>.
- Monforte, M. F. M.; Mineiro, A. L. S. (Jan. 2006) – As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing*. 16 (206), 17-23.
- Mota, Mara Rute Rebola Pereira da - Representações sociais da gravidez: a experiência da maternidade em instituição [Em linha]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2011. Dissertação de Mestrado. [Consult. 16 de Julho de 2016] Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10400.5/3276>](http://hdl.handle.net/10400.5/3276)
- Mojoyinola, J.K – Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending, Etiopia. *International Multi-Disciplinary Journal* [Em linha], Vol. 5, n.º 3 (Maio, 2011), p. 28-39 [Consult. 16 de Julho de 2016] Disponível em [www:<http://www.ajol.info/index.php/afrrrev/article/view/67336](http://www.ajol.info/index.php/afrrrev/article/view/67336).
- Monteiro, Maria Margarida Meneses De Carvalho Finuras – A LITERACIA EM SAÚDE [em linha], Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Lisboa, 2009. Dissertação de mestrado [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/10437/1161>
- Nagahama, Elizabeth; Santiago, Silvia Maria – O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cadernos de Saúde Pública [em linha]. Vol. 22, n.º 1 (Janeiro 2006), p. 173-179. [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100018)>.
- Nielsen Bohlman, L.; Panzer, A.; Kindig, D. – Committee on Health Literacy (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion (Executive Summary)*. The National Academies Press. [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[www.nap.edu/napcgi/report.cgi?re-cord\\_id=10883&type=pdfxsum](http://www.nap.edu/napcgi/report.cgi?re-cord_id=10883&type=pdfxsum).
- Nunes, Cristina Isabel Vicente Pereira Baptista Duarte – Saúde Consumo e Ambiente: Práticas e Valores das Grávidas [em linha] 2011. Dissertação em ecologia humana e problemas sociais contemporâneos [Consult 19 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<<https://run.unl.pt/bitstream/10362/7061/1/Tese%20PDF.pdf>.

- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communications strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.* 2000; 15: 259–267.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Relatório mundial da saúde : 2005 : para que todas as mães e crianças contem [em linha]. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2005 [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.who.int/whr/2005/media\\_centre/overview\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf)>.
- Pereira, Sandra Valéria M.; Bachion, Maria Márcia – Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Revista Brasileira de Enfermagem [em linha]. Vol. 58, n.º 6 (Novembro/Dezembro 2005), p. 659-664. [Consult 15 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000600006&script=sci_arttext)>.
- Pereira, Ana Raquel de Andrade Silva – Vivência da Gravidez e Importância Atribuída pelas Mães à Consulta de Enfermagem: Um Estudo de Caso numa Unidade de Saúde Familiar [em linha]. Porto, 2013. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Educação para a Saúde . [Consult 15 de Maio de 2016]. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_qdoc\\_id=528304](https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_qdoc_id=528304)
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008) – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa. 5.ª Ed. ISBN 978-972-618-498-0. 692p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde [em linha]. 1.ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002, 208 p. [Consult Agosto de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/relat\\_dgs\\_2002.pdf](http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/relat_dgs_2002.pdf)>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2015. [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/relat\\_dgs\\_2002.pdf](http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/relat_dgs_2002.pdf)>.
- Quintas, Pedro –Contributo para a Promoção da Literacia em Saúde nas Escolas Portuguesas Atlas da Saúde [em linha]. 2015 [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/contributo-para-promocao-da-literacia-em-saude-nas-escolas-portuguesas>.
- Remoaldo, Paula Cristina Almeida – Os desafios da saúde Materno-Infantil Portuguesa nos inícios do século XXI. Granada: Cuadernos Geográficos [em linha]. N.º 36 (2005), p. 553-56.1 [Consult 30 de Março de 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/171/17103736.pdf>>.

- Renkert, Susan; Nutbean, Don – Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study, Austrália: Health Promotion International [em linha]. Vol. 16 n.º 4 (2006), p. 381-8. [Consult 30 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: [https://www.researchgate.net/publication/11623662\\_Opportunities\\_to\\_improve\\_maternal\\_health\\_literacy\\_through\\_antenatal\\_education\\_An\\_exploratory\\_study](https://www.researchgate.net/publication/11623662_Opportunities_to_improve_maternal_health_literacy_through_antenatal_education_An_exploratory_study).
- Rogers, Edwin; Lorrain, S.; Wallace, Weiss; Barry, D. – Misperceptions of Medical Understanding in Low-Literacy Patients: Implications for Cancer Prevention. Arizona: University of Arizona [em linha]. Vol. 13, No. 3 (julho, 2006) [Consult 30 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16885919>.
- Rudd, Rima E.; Anderson, Jennie Epstein; Oppenheimer, Sarah; Nat, Charlotte – Health Literacy: An Update of Medical and Public Health Literature [em linha]. Londres: Lawrance Erlbaum associates publishers, 2007 [Consult 12 de junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/rudd\\_et\\_al\\_2007\\_hl\\_literature\\_review.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/rudd_et_al_2007_hl_literature_review.pdf)
- Santos, Osvaldo – O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. Observatório nacional da obesidade e do Controlo do peso [em linha]. Vol. 4, n.º 3 (jul/set 2010), p. 127-134 [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em: WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- Santos, I. M. B. – Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez [em linha]. Viseu, 2011. Dissertação de mestrado [Consult 20 de Maio de 2016]. Disponível em: WWW:<URL: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1492/1/SANTOS%20Ilda%20Maria%20Gil%20Barroca,%20Empoderamento%20da%20gr%C3%A1vida%20durante%20a%20avig%C3%A2ncia%20da%20gravidez.pdf>
- Showstack, Jonathan A.; Budetti, Peter P.; Minklero, Donald – Factors associated with birthweight: an exploration of the roles of prenatal care and length of gestation. American Journal of Public Health [em linha]. Vol. 74, n.º 9 (September 1984), p.1003-1008. [Consult 15 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ajph.org/cgi/reprint/74/9/1003.>>.
- Sikorski, Jim... [et al.] - A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. British Medical Journal [em linha]. Vol. 312 (Março, 1996), p. 546-553 [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7030/546>>.
- Silva, Ana Carolina de Souza – Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto [em linha]. Universidade de Coimbra: Coimbra, 2011. Dissertação de

- mestrado na área científica de Psicologia do Desenvolvimento [Consult 20 de Junho de 20016]. Disponível em: WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10316/18015>
- Silva, Daniela Neves – Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade [em linha]. Viseu, 2014.Dissertação de mestrado [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em: WWW:<URL: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2556/1/SILVA,%20Daniela%20Neves%20-%20DissertMestrado.pdf>
- Silveira, Carla S; Ferreira, Manuela M. – Auto-conceito da Grávida – Factores Associados. [Em linha]. Millenium. n.º 40 (2011) p. 53-67 [Consult. 15 Out. 2016]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/5.pdf>>.
- Somers, Stephen A.; Mahadevan, Roopa – Health Literacy Implications of the Affordable Care Act [em linha]. Washington D.C: Center for Health Care Strategies, Inc. Novembro, 2010 [Consult 20 de Junho de 2016]. Disponível em: WWW:<URL: [http://www.chcs.org/media/Health\\_Literacy\\_Implications\\_of\\_the\\_Affordable\\_Care\\_A ct.pdf](http://www.chcs.org/media/Health_Literacy_Implications_of_the_Affordable_Care_Act.pdf).
- Sperb, Ângela; Graça, Fernando; Costeira, Maria José – Vigilância da gravidez: suficiente? adequada? Saúde Infantil. Coimbra. Vol. 24, n.º 2, (Setembro 2002), p. 43-48.
- Speros, Carolyn – Health literacy: concept analysis. Tennessee, USA:Journal of Advanced Nursing [em linha].Vol. 50, n.º 6 (2005) p.633–640 [Consult 20 de Maio de 20016]. Disponível em: WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15926968>.
- Tavares, Margarida; Barros, Henrique – Cuidados pré-natais em Portugal. Arquivos de Medicina. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Vol. 9, n.º 6 (1995), p. 367-371.
- UNESCO (2009). *Education/Literacy*. [Consult 1 de julho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:[www.unesco.org/en/literacy](http://www.unesco.org/en/literacy).
- WHO – Health literacy The solid facts [em linha]. 2013 [Consult 24 de maio de 2016]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
- Williams, M.V. (1998). “Relationship of functional health literacy to patient’s knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes”. *Archives of Internal Medicine*, 158. [Consult 16 de junho de 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/158/2/166>.
- Weiss BD. – Epidemiology of low literacy. In: Schwartzberg JG, VanGeest JB, Wang CC (eds). *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. Chicago: American Medical Association, 2005; 17–39.
- Zampieri, Maria de Fátima M. – Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências [em linha]. Florianópolis: [s.n.], 2006. 437 f. Tese de

doutoramento [Consult 10 de junho de 2016]. Disponível em  
WWW:<URL:<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0547.pdf>.

Ziegel, Erna E.; Granley, Mecca S. – Enfermagem Obstétrica. 8.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro:  
Guanabara Koogan, 1985.



## **Apêndices**



## **Apêndice I – Instrumento de colheita de dados**



## “Literacia em saúde e vigilância da gravidez”

Este estudo de investigação só é possível graças à sua colaboração, através do preenchimento deste questionário. Neste sentido pedimos-lhe que leia todas as questões e responda de forma sincera e espontânea a todas as perguntas. Não existem respostas corretas ou erradas, interessa-nos a sua opinião. O questionário é anónimo confidencial.

**Muito obrigada.**

### PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

- 1- Qual é a sua nacionalidade? \_\_\_\_\_
- 2- Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ Anos
- 3- Qual é o seu estado civil
- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteira       | <input type="checkbox"/> Divorciada |
| <input type="checkbox"/> Viúva          | <input type="checkbox"/> Casada     |
| <input type="checkbox"/> União de facto | Outra _____                         |
- 4- Qual é o seu local de residência?  Aldeia  Vila  Cidade
- 5- Quais são as suas habilitações literárias?
- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1º Ciclo (até ao 4º ano)    | <input type="checkbox"/> Bacharelato  |
| <input type="checkbox"/> 2º Ciclo (até ao 6º ano)    | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> 3º Ciclo (até ao 9º ano)    | <input type="checkbox"/> Mestrado     |
| <input type="checkbox"/> Secundário (até ao 12º ano) | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> Curso técnico-profissional  |                                       |
- 6- Qual é a sua profissão actual? \_\_\_\_\_
- 7- Qual é a sua situação profissional actual?
- |                                       |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empregada    |
| <input type="checkbox"/> Desempregada |
- 8- Qual é o Rendimento mensal do seu agregado familiar?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inferior a 500€    | <input type="checkbox"/> Entre 1000€ e 1500€ |
| <input type="checkbox"/> Entre 500€ e 1000€ | <input type="checkbox"/> Superior a 1500€    |
- 9- Tem internet em casa?  Não  Sim

### PARTE II – DADOS OBSTÉTRICOS

#### História Obstétrica

- 10- Esteve grávida anteriormente?  Não  Sim. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_.
- 11- Quantos filhos tem (sem contar com este)? \_\_\_\_\_.
- 12- Tipo de parto(s)? (pode assinalar mais do que uma opção)
- Normal  Fórceps  Ventosa  Cesariana.

#### Gravidez actual

- 13- Esta gravidez foi planeada?  Não  Sim
- 14- É uma gravidez desejada?  Não  Sim
- 15- Até ao momento quantas consultas frequentou durante a gravidez? \_\_\_\_\_ Consultas
- 16- Quando realizou a 1ª consulta?
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Até às 12 semanas de gravidez     |
| <input type="checkbox"/> Depois das 12 semanas de gravidez |
- 17- Idade Gestacional (em semanas) \_\_\_\_\_.
- 18- Onde realiza essas consultas de vigilância? (pode assinalar mais do que uma opção)
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde              | <input type="checkbox"/> Clínicas Privadas/ médico particular |
| <input type="checkbox"/> Maternidade/Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____                   |
- 19 – Quais os motivos que a levaram a escolher esta maternidade? \_\_\_\_\_

- 20 – Antes de engravidar tinha algum problema de saúde?  Não  Sim. Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- 21 – Durante esta gravidez foi-lhe detetado algum problema de saúde?  Não  Sim. Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- 22 – Já esteve internada durante a gravidez?  Não  Sim.
- 23 – Tomou ou está a tomar algum medicamento de suplemento à gravidez?  
 Não  Sim. Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- 24 – Na primeira consulta, entregaram-lhe o boletim de saúde da grávida?  Não  Sim
- 25 – O Enfermeiro está presente nas suas consultas de vigilância da gravidez?  Não  Sim
- 26- A quem recorre, normalmente, para saber mais acerca da sua gravidez? (pode assinalar mais do que uma opção)
- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Familiar
- Outras grávidas
- Revistas/panfletos/livros
- Televisão
- Internet
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 27 – Frequenta ou pretende frequentar algum curso de preparação para o parto/parentalidade?  
 Não  Sim

### PARTE III – LITERACIA EM SAÚDE

**Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)** (Rede académica da Escola Nacional de Saúde Pública)

Considerando a seguinte escala, na qual 1 significa Muito Difícil e 4 Muito Fácil, indique quão fácil diria que é para si cada uma das seguintes situações:

	1 - Muito Difícil	2 - Difícil	3 - Fácil	4 - Muito Fácil	5 – Não Sei
1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Saber o que fazer em caso de emergência médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Saber onde encontra ajuda profissional quando está doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Usar a Informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Seguir as instruções de tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Compreender porque precisa de vacinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Compreender porque precisa de fazer exames médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um Checkup ou um exame geral de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Avaliar quais as vacinas de que necessita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, alimentação saudável e nutrição?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem-estar mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Compreender a Informação nas embalagens de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajuda-lo a manter-se saudável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada!

## **Apêndice II – Documento de consentimento informado**



## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é Sílvia Salgueira de Sousa Neto, sou Enfermeira na Maternidade Dr. Daniel de Matos e mestranda na Escola Superior de Saúde de Viseu. Estou a realizar um estudo de investigação intitulado “Literacia em saúde e vigilância da gravidez”. Os objetivos deste estudo são: conhecer o nível de literacia em saúde das grávidas que recorrem à consulta externa, bem como analisar a sua relação com a vigilância da gravidez.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo, agradecendo desde já a sua colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

**Procedimentos:** Serão aplicadas questões sociodemográficas e relativas aos dados obstétricos, bem como o “Questionário Europeu de Literacia em Saúde”. Como Procedimentos de recolha de informação teremos dois momentos:

- 1º momento onde se procede ao pedido de participação voluntária no estudo, com preenchimento do consentimento informado,

- 2º momento de recolha de informação, com a aplicação do instrumento de colheita de dados.

O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. O seu nome será substituído por um código. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

**Riscos:** Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais.

**Benefícios:** Este estudo contribuirá para melhorar a qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez.

**Alternativas:** A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecida, podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de não responder ao questionário, recusar responder a qualquer questão, abandonando o estudo, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhada da mesma forma que tem sido.

**Confidencialidade:** A garantia da confidencialidade será assegurada às participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados

da investigação só serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhece a fonte.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 963438248.

: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O/A enfermeiro/a/ investigador/a

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Sílvia Salgueira de Sousa Neto, com o título “Literacia em saúde e vigilância da gravidez”, fui informada sobre o âmbito, os objectivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Participante”. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_



## **Anexos**



## **Anexo I – Parecer científico do diretor clínico**



**PARECER CIENTIFICO****Ensaio Clínico:** \_\_\_\_\_ Não se Aplica \_\_\_\_\_**Promotor:** \_\_\_\_\_ Não se Aplica \_\_\_\_\_**Investigador:** Sílvia Salgueira de Sousa Neto**Serviço:** Consulta externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos**Parecer Científico**Objectivos. Metodologia. Resultados esperados.  
Outros Centros ou Serviços envolvidos.

A literacia em saúde é considerada um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI sendo fundamental para que as pessoas possam gerir com sucesso a sua própria saúde. Deve ser entendida como a associação de competências cognitivas, sociais e capacidades que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação no domínio da saúde.

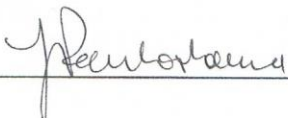
Este estudo subordinado ao tema "Literacia em saúde e vigilância da gravidez" pretende ser um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, cuja amostra será constituída por grávidas a realizar a vigilância da sua gravidez na consulta externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos.

Pretendo utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário constituído por três partes: caracterização sócio-demográfica, dados obstétricos e Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT) - Rede académica da Escola Nacional de Saúde Pública.

Os objetivos delineados para o estudo são: conhecer o nível de literacia em saúde das grávidas que recorrem à consulta externa, bem como analisar a sua relação com a vigilância da gravidez.

A literacia em saúde é um importante determinante de saúde e de qualidade de vida. Durante a gravidez é fator determinante para a mulher conseguir identificar sintomas que possam afetar a evolução da gravidez, bem como a adoção de hábitos de vida saudáveis necessários para o decorrer de uma gravidez sem complicações.

O Director do Serviço

  
\_\_\_\_\_



## **Anexo II – Autorização da comissão de ética**





CHUC  
CENTRO HOSPITALAR  
E UNIVERSITÁRIO  
DE COIMBRA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.  
Unidade de Inovação e Desenvolvimento  
Centro de Ensaios Clínicos

### AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	029	16
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

LITERACIA EM SAÚDE E VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.ª *Silvia Salgueira de Sousa Neto*

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 18/05/2016

Presidente do Conselho de Administração

Peдро Lopes

Vogal Executivo do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

  
(Dr. José Martins Nunes)

