

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Tentar e falhar é, pelo menos, aprender
Não chegar a tentar é, sofrer a inestimável perda do que poderia ter sido”

(Geraldo Eustáquio)

Agradecimentos

A concretização do presente trabalho foi motivada por diversas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que se tornasse uma realidade:

- A todas as grávidas que aceitaram participar no estudo. Sem as informações por elas fornecidas seria impossível a sua concretização.

- Aos colegas que colaboraram na entrega e recolha dos questionários.

- À Direção do ACES Dão Lafões e aos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E e Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. que autorizaram a colheita de dados.

- À Professora Doutora Manuela Ferreira e Professor Doutor João Duarte, pela sua orientação, conhecimento, disponibilidade e contribuição científica.

- À minha família e em especial ao meu marido pelo apoio incondicional, compreensão, paciência e estímulo a continuar.

- Aos meus colegas e amigos do serviço por todo o apoio, compreensão, por ouvirem os meus desabafos e facilitarem este percurso.

- Às colegas do curso de mestrado, parceiras incansáveis num percurso por vezes atribulado.

- A todos os que me deram a mão.

Muito Obrigada!

Resumo

Enquadramento: A literacia em saúde condiciona a capacidade da grávida em aceder, compreender, avaliar e utilizar informações sobre saúde que lhe permita tomar decisões fundamentadas sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de uma vida saudável para si e para os seus filhos.

Objetivos: Determinar o nível de literacia em saúde da grávida; apurar as relações existentes entre os determinantes sociodemográficos, obstétricos, contextuais à gravidez e o empoderamento com a literacia em saúde.

Métodos: Estudo quantitativo, não experimental, transversal, descritivo e correlacional. Amostra não probabilística por conveniência composta por 264 grávidas no terceiro trimestre. Recolha de dados realizada por questionário constituído por caracterização sociodemográfica, dados obstétricos, escala HLS-EU-PT (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014), adaptada para grávidas por Ferreira et al. (2017) e Escala de Empoderamento da Grávida (Kameda & Shimada, 2008), adaptada por Ferreira et al. (2013).

Resultados: As grávidas apresentam um nível de literacia em saúde suficiente (58,7%) sendo secundado pelo problemático (21,6%) e, posteriormente, pelo nível excelente (15,5%) e inadequado (4,2%). O índice geral é influenciado pela nacionalidade ($p=0,007$), habilitações literárias ($p=0,000$), profissão ($p=0,000$), situação profissional ($p=0,000$), rendimento familiar mensal ($p=0,000$), internet no domicílio ($p=0,002$), número de gravidezes anteriores ($p=0,017$), tipo de parto ($p=0,041$), planeamento da gravidez ($p=0,000$), frequência ou intensão de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade ($p=0,010$), consumo de tabaco ($p=0,002$), consumo de álcool ($p=0,016$) e pela vigilância da gravidez ($p=0,000$). A autoeficácia ($t=9,066$; $p=0,000$), o apoio e garantias de outros ($t=4,722$; $p=0,000$) e o número de gravidezes anteriores ($t=-2,131$; $p=0,034$) predizem a literacia em saúde.

Conclusões: A literacia em saúde materna é um indicador de saúde complexo, determinada por múltiplos fatores e influída pelo contexto, cultura e ambiente em que a grávida se insere. Concluimos que um quarto das grávidas possuem um nível de literacia problemático/inadequado, inferindo que são necessários esforços para elaborar e implementar medidas que a promovam. O EEESMO tem a competência de desenvolver intervenções educacionais orientadas para a informação, capacitação e autonomia da grávida, favorecendo o desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências a respeito das decisões relativas à gravidez e maternidade.

Palavras-chave: Assistência em saúde pré-natal, literacia em saúde, literacia em saúde materna

Abstract

Background: Health literacy conditions the pregnant woman's capacity to access, understand, appraise and use health information to perform substantiated decisions about healthcare, disease prevention and promotion of a healthy life for herself and their children.

Objectives: To determine the health literacy level of the pregnant woman; to investigate relations between sociodemographic, obstetric and pregnancy contextual determinants and the empowerment with health literacy.

Methods: Quantitative study, non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational. Non-probabilistic sample for convenience composed by 264 pregnant women in the third trimester. The collection of data was carried out by applying a questionnaire consisting of sociodemographic questions, obstetric data, HLS-EU-PT scale (National School of Public Health, 2014) adapted for pregnant women by Ferreira et al. (2017) and Pregnancy Empowerment Scale (Kameda & Shimada, 2008) adapted by Ferreira et al. (2013).

Results: The pregnant women manifest a health literacy level as sufficient (58,7%), problematic (21,6%), excellent (15,5%) and inadequate (4,2%). Health literacy is influenced by nationality ($p=0,007$), educational level ($p=0,000$), profession ($p=0,000$), professional situation ($p=0,000$), family income ($p=0,000$), internet within the household ($p=0,002$), number of previous pregnancies ($p=0,017$), type of childbirth ($p=0,041$), pregnancy planning ($p=0,000$), frequency or intention of attending the preparation course for childbirth and parenting ($p=0,000$), tobacco consumption ($p=0,041$), alcohol consumption ($p=0,016$) and pregnancy surveillance ($p=0,000$). Self-efficacy ($t=9,066$; $p=0,000$), support and assurance from others ($t=4,722$; $p=0,000$) and number of previous pregnancies ($t=-2,131$; $p=0,034$) predict health literacy.

Conclusions: Maternal health literacy is a complex health indicator, settled by multiple factors and influenced by context, culture and environment where the pregnant woman is. We conclude that one quarter of pregnant women have a problematic or an inadequate literacy level, inferring that efforts are needed to develop and implement wider information disclosure. Midwives have the competence to develop educational interventions oriented to the information, empowerment and autonomy of the pregnant woman, favouring the improvement of their knowledge and competence regarding pregnancy and motherhood decisions.

Keywords: Prenatal care, health literacy, maternal health literacy

Sumário	Pág.
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Lista de símbolos	
Introdução	27
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	
1. Assistência em Saúde Pré-natal.....	33
1.1 Consulta Pré-concepcional	34
1.2 Vigilância Pré-natal	35
2. Literacia em Saúde	41
3. Literacia em Saúde Materna	47
2ª PARTE – Estudo Empírico	
1. Metodologia.....	55
1.1 Métodos	55
1.2 Participantes	59
1.2.1 Caraterização sociodemográfica da amostra	60
1.3 Instrumento de Colheita de Dados	64
1.3.1 Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT) .	65
1.3.2 Escala do Empoderamento da Grávida	77
1.3.3 Critérios de operacionalização de variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez	85
1.4 Procedimentos	90
1.5 Análise de Dados	91
2. Resultados	95
2.1 Análise Descritiva.....	95
2.1.1 Caraterização das variáveis obstétricas.....	95

2.1.2	Caraterização das variáveis contextuais à gravidez	97
2.1.3	Caraterização da amostra quanto ao empoderamento.....	109
2.1.4	Caraterização da amostra quanto à literacia em saúde.....	111
2.2	Análise Inferencial	112
3.	Discussão	143
3.1	Discussão Metodológica	143
3.2	Discussão dos Resultados	145
4.	Conclusões.....	169
	Referências bibliográficas	175
	Apêndices	189
	Apêndice I – Instrumento de colheita de dados	191
	Apêndice II – Declaração de consentimento informado	199
	Anexos	201
	Anexo I – Deferimento dos Conselhos de Administração	202

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 - Matriz das subdimensões de literacia em saúde baseadas no modelo conceitual do HLS-EU, utilizadas na construção do questionário.....	66
Quadro 2 - Consistência interna do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT).....	70
Quadro 3 - Correlações item-domínio do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT): validade discriminante.....	73
Quadro 4 - Matriz de correlação de Pearson entre os domínios do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT).....	76
Quadro 5 - Consistência interna nos domínios e no global do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT).....	77
Quadro 6 - Consistência interna da Escala de Empoderamento da Grávida.....	79
Quadro 7 - Correlações itens-dimensões da Escala de Empoderamento da Grávida.....	82
Quadro 8 - Correlações item-dimensão da Escala de Empoderamento da Grávida: validade discriminante.....	83
Quadro 9 - Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala.....	85
Quadro 10 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez.....	89
Quadro 11 - Regressão linear múltipla entre o domínio <i>Cuidados de Saúde</i> e as variáveis preditoras.....	132
Quadro 12 - Regressão linear múltipla entre o domínio <i>Prevenção da Doença</i> e as variáveis preditoras.....	134
Quadro 13 - Regressão linear múltipla entre o domínio <i>Promoção da Saúde</i> e as variáveis preditoras.....	137
Quadro 14 - Regressão linear múltipla entre o índice geral de literacia em saúde e as variáveis preditoras.....	140

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Estatística relativa à idade.....	60
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do grupo etário.	63
Tabela 3 - Número de gravidezes anteriores, número de filhos e tipo de parto em função do grupo etário.....	96
Tabela 4 - Planejamento da gravidez e desejo da gravidez em função do grupo etário.....	98
Tabela 5 - Estatísticas relativas ao número de consultas.....	98
Tabela 6 - Número de consultas e início da primeira consulta em função do grupo etário.....	99
Tabela 7 - Local de vigilância da gravidez em função do grupo etário.....	100
Tabela 8 - Estatísticas relativas à idade gestacional.....	100
Tabela 9 - Idade gestacional em função do grupo etário.....	101
Tabela 10 - Morbidade materna prévia e durante a gravidez em função do grupo etário.....	102
Tabela 11 - Patologias durante a gravidez.....	102
Tabela 12 - Toma de micronutrientes durante a gravidez.....	103
Tabela 13 - Toma de medicação durante a gravidez em função do grupo etário.....	104
Tabela 14 - Presença do enfermeiro nas consultas de vigilância da gravidez em função do grupo etário.....	104
Tabela 15 - Emissor de informação na gravidez.....	105
Tabela 16 - Frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade em função do grupo etário.....	105
Tabela 17 - Consumo de tabaco durante a gravidez em função do grupo etário.....	106
Tabela 18 - Estatística relativa ao número de cigarros consumidos.....	106
Tabela 19 - Consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez em função do grupo etário.....	107
Tabela 20 - Acompanhante nas consultas de vigilância pré-natal.....	107

Tabela 21 - Estatísticas relativas ao valor global e às dimensões da Escala do Empoderamento da Grávida.....	109
Tabela 22 - Nível de empoderamento da grávida em função do grupo etário.....	110
Tabela 23 - Estatísticas relativas ao valor global e aos domínios do questionário HLS-EU-PT.....	111
Tabela 24 - Nível de literacia em saúde em todos os domínios da escala e índice geral em função do grupo etário.....	113
Tabela 25 - Teste U Mann-Whitney entre o grupo etário e a literacia em saúde.....	114
Tabela 26 - Teste U Mann-Whitney entre a nacionalidade e a literacia em saúde.....	115
Tabela 27 - Teste U Mann-Whitney entre o estado civil e a literacia em saúde.....	115
Tabela 28 - Teste U Mann-Whitney entre o local de residência e a literacia em saúde.....	116
Tabela 29 - Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a literacia em saúde.....	116
Tabela 30 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e a literacia em saúde.....	117
Tabela 31 - Teste de Kruskal-Wallis entre a profissão e a literacia em saúde.....	117
Tabela 32 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre a profissão e a literacia em saúde.....	118
Tabela 33 - Teste U Mann-Whitney entre a situação profissional e a literacia em saúde.....	118
Tabela 34 - Teste de Kruskal-Wallis entre o rendimento familiar e a literacia em saúde.....	119
Tabela 35 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento familiar e a literacia em saúde.....	119
Tabela 36 - Teste U Mann-Whitney entre a religião e a literacia em saúde.....	120
Tabela 37 - Teste U Mann-Whitney entre o acesso à internet e a literacia em saúde..	120
Tabela 38 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de gravidezes anteriores e a literacia em saúde.....	121
Tabela 39 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o número de gravidezes anteriores e a literacia em –saúde.....	122
Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de filhos e a literacia em saúde	122

Tabela 41 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tipo de parto e a literacia em saúde.....	123
Tabela 42 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de parto e a literacia em saúde.....	123
Tabela 43 - Teste U Mann-Whitney entre o planeamento da gravidez e a literacia em saúde.....	124
Tabela 44 - Teste U Mann-Whitney entre o desejo da gravidez e a literacia em saúde.....	124
Tabela 45 - Teste U Mann-Whitney entre a idade gestacional e a literacia em saúde.	125
Tabela 46 - Teste U Mann-Whitney entre a morbilidade materna prévia à gravidez e a literacia em saúde.....	125
Tabela 47 - Teste U Mann-Whitney entre a morbilidade materna durante a gravidez e a literacia em saúde.....	126
Tabela 48 - Teste U Mann-Whitney entre a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade e a literacia em saúde..	127
Tabela 49 - Teste U Mann-Whitney entre o consumo de tabaco e a literacia em saúde.....	127
Tabela 50 - Teste U Mann-Whitney entre o consumo de bebidas alcoólicas e a literacia em saúde.....	128
Tabela 51 - Teste U Mann-Whitney entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde.....	129
Tabela 52 - Correlação de Pearson entre o domínio <i>Cuidados de Saúde</i> e as variáveis independentes.....	131
Tabela 53 - Correlação de Pearson entre o domínio <i>Prevenção da Doença</i> e as variáveis independentes.....	133
Tabela 54 - Correlação de Pearson entre o domínio <i>Promoção da Saúde</i> e as variáveis independentes.....	136
Tabela 55 - Correlação de Pearson entre o índice geral de literacia em saúde e as variáveis independentes.....	139

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Esquema concetual da investigação.....	59
Figura 2 - Modelo concetual de Literacia em Saúde.....	66
Figura 3 - <i>Output</i> gráfico do modelo ajustado para a literacia em saúde no domínio <i>Cuidados de Saúde</i> em função das variáveis preditoras.....	132
Figura 4 - <i>Output</i> gráfico do modelo ajustado para a literacia em saúde no domínio <i>Prevenção da Doença</i> em função das variáveis preditoras.....	135
Figura 5 - <i>Output</i> gráfico do modelo ajustado para a literacia em saúde no domínio <i>Promoção da Saúde</i> em função das variáveis preditoras.....	138
Figura 6 - <i>Output</i> gráfico do modelo ajustado para o índice geral de literacia em saúde função das variáveis preditoras.....	141

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACES	- Agrupamento de Centros de Saúde
ACOG	- American College of Obstetricians and Gynecologists
cf.	- Confrontar/conferir
CV	- Coeficiente de variação
DGS	- Direção Geral da Saúde
Dp	- Desvio padrão
EEESMO	- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
E.P.E	- Entidade Pública Empresarial
et al.	- Entre outros
Gl	- Graus de liberdade
HLS-EU	- European Health Literacy Survey
HLS-EU-PT	- Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal
HLS-EU-Q	- Questionário Europeu de Literacia em Saúde
INE	- Instituto Nacional de Estatística
K	- Medida de achatamento (<i>Kurtose</i>)
Min.	- Mínimo
Máx.	- Máximo
MS	- Ministério da Saúde
Nº	- Número
OM	- Ordenação Médias
OMS	- Organização Mundial da Saúde
Pág.	- Página
SK	- Medida de assimetria (<i>Skewness</i>)
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
UMW	- Teste U Mann Whitney
UNICEF	- United Nations Children's Fund
VIF	- <i>Variance inflation factor</i>
vs	- Versus
WHO	- World Health Organization

Lista de símbolos

&	= Ampersand
±	= Mais ou menos
%	= Por cento
≤	= Menor ou igual que
≥	= Maior ou igual que
N	= Frequências
χ^2	= Qui-quadrado
p	= Significância
<	= Menor que
>	= Maior que
r	= Valor da correlação de Pearson
r^2	= Coeficiente de determinação
α	= Alfa de Cronbach
F	= Valor do teste F One-Way Anova
β	= Valor do coeficiente padronizado beta

Introdução

A gravidez é um momento do ciclo de vida caracterizado pelo cruzamento de fatores individuais, grupais e transgeracionais do ponto de vista físico, psicológico e sociocultural, cujos contornos se alteram e reformulam (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015b; Silva & Neves, 2016). Conceptualizada como um estado de saúde surge como um período de oportunidade para identificar, intervir e modificar fatores de risco e promover um futuro mais saudável desde o início do ciclo de vida, não só para a mãe e para o bebé mas também para toda a família (Portugal, MS, DGS, 2015b).

A assistência pré-natal é a principal ferramenta política e programática para acompanhar a gestação (Mellado & Ávila, 2016). “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” (Portugal, MS, DGS, 2015b, p. 38).

Uma assistência pré-natal adequada constitui um comportamento protetor de saúde do binómio mãe-filho, aumentando a probabilidade de uma gravidez bem-sucedida (Mellado & Ávila, 2016). Procura-se assegurar que a gravidez termine com o nascimento de uma criança saudável sem prejuízo para a saúde da mãe (Machado, 2010; Martins, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é o profissional mais adequado e com menor custo de efetividade, para assumir a responsabilidade pela assistência de saúde durante a gravidez e o parto normal (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1996). Ele cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, centrando o seu exercício profissional na relação interpessoal (Regulamento nº 127/2011, 2011) e integrando a educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção (Calha, 2014). Assume, assim, a responsabilidade de agir como promotor e educador para a saúde enfatizando a autoeficácia e o empoderamento da mulher/casal para escolhas informadas na gravidez, parto e período pós-natal, maximizando o seu potencial de saúde (Barradas et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde define educação para a saúde como uma combinação de aprendizagens que tem por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências (World Health Organization [WHO], 2012). Esta definição visa contribuir para o quadro conceptual de Promoção da Saúde definido na Carta de Ottawa (1986) como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (World Health Organization, n.d.).

No decurso da gravidez, a mulher necessita de informação e conhecimentos que lhe permitam adquirir autonomia, competência e poder para tomar decisões que influenciem a sua saúde e a saúde do seu filho (Silva, 2014), sendo que o importante é o nível de compreensão, consciencialização e a capacidade de usar essas informações e conhecimentos em caso de necessidade e risco associadas à gravidez (Kharrazi, Peyman, & Esmaily, 2018). Referimo-nos, assim, à literacia em saúde materna.

Renkert e Nutbeam (2001, p. 382) definem a literacia em saúde materna como as “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para aceder, compreender e usar informações de forma a promover e manter a sua saúde e a saúde dos seus filhos”.

A literacia em saúde materna é considerada estratégia de promoção de uma gravidez saudável, ao reforçar a participação e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da mulher relativamente à gravidez e à maternidade (Santos 2018).

Uma adequada literacia em saúde na gravidez é chave para uma maternidade saudável (Neto, 2016). O desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, implicadas pela mesma, permitirão à mulher poder de deliberação e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas e diagnosticar sintomas que possam trazer complicações no decurso da gestação (Neto, 2016).

A limitada literacia em saúde da grávida tem um efeito negativo sobre o seu conhecimento em saúde, sobre os comportamentos preventivos que adota, sobre a capacidade de procurar e aceder ao sistema de saúde, utilizar serviços preventivos e cuidar de si e de quem delas depende (Khorasani, Peyman, & Esmaily, 2018).

A literacia em saúde é, assim, um determinante crítico da saúde da mulher e da criança e, portanto, com consequências para a saúde da sociedade (Wilhelmova, Hrubá, & Vasela, 2015).

Sendo um importante determinante da saúde e da qualidade de vida, é fruto de ações de promoção da saúde que visam melhorar as competências dos cidadãos para lidarem com a sua saúde e com o sistema de saúde, à medida que se reduzem as desigualdades sociais, se criam ambientes favorecedores de escolhas saudáveis, de educação para a saúde, de mobilização social e de estratégias de empoderamento (Loureiro, 2015). Neste sentido, diagnosticar o nível de literacia em saúde permitirá direcionar e alinhar melhor estratégias e intervenções a serem desenvolvidas neste âmbito (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

Em Portugal, a promoção da literacia em saúde dos cidadãos tem sido reconhecida como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e incluída na preocupação, reflexão e definição de políticas de saúde, sendo um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI (Nutbeam & Kickbusch, 2000; Pedro et al., 2016; Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2013c).

Foi neste enquadramento, justificado pela importância da literacia em saúde na gravidez, pela pertinência de uma assistência pré-natal adequada e pela relevância do papel preponderante do EEESMO nesta área, que se decidiu enveredar no presente estudo, para a temática: “Literacia em saúde da grávida: estudo de alguns fatores intervenientes”.

Deste contexto, percebendo a importância de melhorar a literacia em saúde e a qualidade de vida na gravidez, emerge a seguinte problemática:

Quais os fatores intervenientes da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Perante a questão de investigação formulada e de modo a responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, delineamos como objetivos: determinar o nível de literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação; caracterizar o perfil sociodemográfico, obstétrico, contextual à gravidez e o empoderamento da grávida no terceiro trimestre de gestação; analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez com a literacia em saúde, nos seus domínios e índice geral; analisar a relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de

gestação e identificar as variáveis independentes que têm efeito significativo na predição da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação.

Por conseguinte, para a presente investigação delineamos um estudo quantitativo, não experimental, em corte transversal, sendo a análise dos dados efetuada através de uma análise estatística descritiva correlacional e analítica, recorrendo ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Estruturalmente, este trabalho está subdividido em duas partes. A primeira parte expõe o enquadramento teórico e a segunda parte a investigação empírica realizada. O enquadramento teórico, correspondente ao estado de arte, é composto por três capítulos: assistência em saúde pré-natal, literacia em saúde e literacia em saúde materna. Da investigação empírica fazem parte a metodologia, a apresentação e análise descritivo-inferencial dos resultados obtidos bem como a discussão dos mesmos.

O trabalho finaliza com uma conclusão onde é dado realce aos resultados considerados mais relevantes, procurando identificar as suas implicações para a prática profissional futura e apontando algumas sugestões que consideramos pertinentes face aos resultados obtidos, aludindo-se igualmente às limitações encontradas.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

1. Assistência em Saúde Pré-natal

A acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós parto, assim como os cuidados pré-concepcionais, contribuem para a diminuição drástica da morbidade e mortalidade materno-fetal e infantil (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2009).

Em Portugal, as políticas de saúde e as políticas sociais atribuem uma importância fulcral ao nascimento. Têm sido desenvolvidas medidas específicas no sentido de assegurar um mínimo de cuidados necessários durante a gravidez e garantir uma assistência humanizada e integral às grávidas e suas famílias (Martins, 2014).

O programa nacional de vigilância da gravidez enquadrado numa Rede de Referência Materno-Infantil e na articulação do trabalho realizado nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados Hospitalares, no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais, associado à implementação de medidas de saúde pública, contribuíram para a diminuição da morbidade e mortalidade materno-infantil, colocando Portugal entre os países com melhores indicadores de saúde nesta área (Portugal, MS, DGS, 2015b).

Tem-se assistido a um avanço na qualidade da vigilância pré-natal e neonatal prestada à grávida e ao recém-nascido (Portugal, MS, DGS, 2015b). No entanto, embora exista evidência que as medidas introduzidas nos últimos anos têm contribuído para manter as taxas de mortalidade materna e perinatal reduzidas, é necessário referir que continuam a surgir gravidezes não planeadas que resultam, não raras vezes, em ausência ou tardia assistência pré-natal e em comportamentos de risco nas primeiras semanas de gestação, com graves consequências para o feto (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2006).

“Se bem que seja inequívoca a evolução positiva destes indicadores é importante não esquecer que mantê-la pressupõe um esforço diariamente renovado” (Portugal, MS, DGS, 2015b, p.10).

É neste contexto que a otimização de resultados e ganhos em saúde durante a gravidez só pode ir mais longe se for enquadrada num conjunto alargado de intervenções, a iniciar na

consulta pré-concepcional e a finalizar na consulta de puerpério (Dowswell, Carroli, Duley, Gates, Gülmezoglu, Khan-Neelofur, & Piaggio, 2010).

1.1 Consulta Pré-Concepcional

Os cuidados pré-concepcionais devem ser iniciados sempre que a mulher/casal manifeste o desejo de engravidar (Portugal, MS, DGS, 2015b). Uma gravidez desejada e planeada tem maior probabilidade de ser bem-sucedida (World Health Organization [WHO], 2005).

Uma gravidez bem planeada deve considerar o momento ideal de acordo com a idade dos pais, condição de saúde, maturidade mental e aceitação de recomendações para um estilo de vida saudável com suplementação necessária (Barrett & Wellings, 2002).

Muitos dos fatores que possam alterar a evolução normal de uma futura gravidez podem ser identificados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide (Guerreiro & Dias, 2016b; Portugal, MS, DGS, 2006). Portanto, todas as mulheres/casais em idade fértil devem obter informações necessárias para que, de uma forma informada, consciente e esclarecida, possam fazer escolhas relativas ao seu futuro reprodutivo, tendo em consideração as condições físicas, psíquicas e sociais do momento (Guerreiro & Dias, 2016a; Portugal, MS, DGS, 2006).

É na consulta pré-concepcional que a mulher/casal obtém apoio, aconselhamento e informação sobre os hábitos que poderão influenciar a gravidez, se avaliam os fatores de risco pela anamnese, se realiza o exame físico e se requisitam os testes laboratoriais (Machado, 2010). A avaliação do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas, a avaliação do estado vacinal, a avaliação de fatores de risco social e familiares e o rastreio de violência doméstica são também intervenções nesta consulta (Portugal, MS, DGS, 2015b).

Procura-se modificar hábitos e identificar fatores que podem ser tratados antes do início da gravidez, dado que as primeiras oito semanas de desenvolvimento embrionário são as mais sensíveis aos efeitos de agentes externos (Guerreiro & Dias, 2016b).

A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num programa estruturado e abrangente de cuidados em saúde reprodutiva. O mesmo prevê a identificação precoce de fatores de risco modificáveis, a determinação do risco de anomalia reprodutiva com proposta de medidas tendentes à sua minimização ou eliminação, a identificação de indivíduos e famílias de risco genético e referenciação para aconselhamento especializado dos casais com história

familiar de anomalias congénitas, a transmissão de recomendações pertinentes em cada caso, bem como a participação do elemento masculino do casal como agente pró-ativo nas questões de saúde sexual e reprodutiva (Portugal, MS, DGS, 2015b).

Objetiva-se identificar e reduzir os riscos reprodutivos não só pela avaliação do risco mas também pela promoção da saúde e implementação de intervenções adequadas a cada situação (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2012).

Uma dessas intervenções prende-se com a toma precoce de alguns micronutrientes como o ácido fólico e o iodo. A suplementação com uma dose diária de ácido fólico na preconceção é uma medida fundamentada e que reflete a prevenção de malformações do tubo neural na criança (Portugal, MS, DGS, 2015b). É recomendado a todas as mulheres em preconceção a dose de 400µg por dia e uma dose superior (5mg/dia) às mulheres com risco acrescido de vir a ter uma criança com malformações do tubo neural. A suplementação com ácido fólico deve ser iniciada dois meses antes da data de interrupção no método contraceutivo e até às 12 semanas de gestação (Portugal, MS, DGS, 2015b).

O iodo é outro suplemento recomendado. Conforme definido na Orientação nº 011/2013 da DGS – Aporte de iodo em mulheres na preconceção, gravidez e amamentação – as mulheres, antes de engravidarem, devem receber um suplemento diário de iodo de 150 a 250µg. Este suplemento deve ser mantido durante a gravidez e enquanto a mãe estiver a amamentar. A suplementação de iodo impõe-se para complementar as necessidades da grávida mas também para a maturação do sistema nervoso central do feto e para o seu adequado desenvolvimento. Nas mulheres com patologia da tiroide a toma deve ser ponderada caso a caso (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2013b).

1.2 Vigilância Pré-natal

O período pré-natal constitui-se como o momento de preparação e ajustamento, tanto físico como psicológico, devido ao crescimento fetal, às adaptações aos processos fisiológicos da gravidez e ao desenvolvimento do papel parental (Silva & Neves, 2016).

Neste período, a mãe determina positiva ou negativamente a saúde física e mental do seu filho através das suas decisões e comportamentos que, por sua vez, afetam a sua saúde no futuro. Estilos de vida não saudáveis e comportamentos de risco dos pais antes da conceção e

durante a gravidez influenciam a etiologia de vários problemas de saúde (Wilhelmova et al., 2015).

Quando utilizado eficientemente, o sistema de saúde pode eliminar significativamente os riscos materno-fetais (Wilhelmova et al., 2015).

Importa assim, providenciar aconselhamento, informação e apoio à grávida e família, fornecer ajuda na adaptação às alterações fisiológicas bem como no controlo da sintomatologia imposta pelo estado gravídico e proporcionar um programa de rastreio/vigilância clínico e laboratorial, de forma a contribuir para o normal decurso da gravidez (Machado, 2010).

Em Portugal, o esquema de vigilância de gravidez está estabelecido pela DGS. Nele 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 (Coutinho, 2014; Portugal, MS, DGS, 2015b).

Segundo as orientações da DGS, são objetivos da vigilância da gravidez (Portugal, MS, DGS, 2015b, p.34):

- 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 feto;
- Promover a educação para a saúde, integrado 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.

A primeira consulta de vigilância pré-natal deve, idealmente, ser realizada antes das 12 semanas de gestação (World Health Organization [WHO], 2002; Portugal, MS, DGS, 2015b), permitindo a realização atempada e combinada de rastreios e intervenções que, conjuntamente com as medidas de educação para a saúde, contribuem para a otimização dos resultados maternos e perinatais (Canada, Minister of Public Works and Government Services, Health

Canada, 2000). Depois da primeira consulta, a cada 4-6 semanas até às 30 semanas, a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto (Portugal, MS, DGS, 2015b).

As consultas pré-natais têm periodicidade regular, variável consoante o risco associado à gravidez e devem ser programadas precocemente para assegurar a vigilância que garanta a saúde da mãe e do feto (Silva & Neves, 2016).

O incumprimento do esquema de consultas pré-natal, resultante da realização de menor número de consultas ou do seu início tardio, traz dificuldades acrescidas ao nível da vigilância da gravidez (Coutinho, 2014).

O risco materno-fetal não se mantém constante ao longo da gestação pelo que deverá ser avaliado em cada uma das consultas pré-natais (Orfão, 2016; Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2013a).

A DGS preconiza a utilização do índice de Goodwin modificado para avaliação do risco obstétrico. O grau de risco obtido é indicativo do local de saúde onde decorrerá a vigilância da gravidez: baixo risco - Cuidados de Saúde Primários, risco médio - Hospital de Apoio Perinatal, alto risco – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (Orfão, 2016).

Considera-se gravidez de baixo risco “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal” (Portugal, MS, DGS, 2015b, p.33).

A identificação do risco é ponderada através da história clínica, exame físico e avaliações clínicas anteriores à gravidez ou em qualquer momento da mesma (Portugal, MS, DGS, 2013a; Orfão, 2016).

Em caso de se identificarem fatores de risco, dever-se-á prevenir, detetar e tratar as complicações materno-fetais que daí possam ocorrer (Machado, 2010).

Todo o esquema de consultas, exames e intervenções durante a gravidez está dependente da existência ou não de patologia. A identificação de um fator de risco determina a individualização da orientação, tendo em conta a situação clínica específica (Portugal, MS, DGS, 2015b).

A informação recolhida nas consultas bem como os resultados dos exames complementares de diagnóstico devem ser registados no Boletim de Saúde da Grávida e no processo clínico (Silva & Neves, 2016). O Boletim de Saúde da Grávida é um instrumento essencial na transmissão de dados relativos à saúde materno-fetal, permitindo assegurar de forma sistemática a circulação da informação clínica relevante e contribuir para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (Portugal, MS, DGS, 2015b). É de preenchimento obrigatório e a sua entrega da responsabilidade de quem realiza a primeira consulta, independentemente do subsistema a que pertença, sendo atualizado nas consultas seguintes (Despacho nº1/91, 1991).

A assistência pré-natal adequada constitui um comportamento protetor de saúde do binómio mãe-filho, aumentando a probabilidade de uma gravidez bem-sucedida (Mellado & Ávila, 2016). Procura-se assegurar que a gravidez termine com o nascimento de uma criança saudável sem prejuízo para a saúde da mãe (Machado, 2010; Martins, 2011).

O EEESMO cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, centrando o seu exercício profissional na relação interpessoal (Regulamento nº127/2011, 2011).

A OMS reconhece o EEESMO como o profissional mais adequado e com menor custo de efetividade, para assumir a responsabilidade pela assistência de saúde durante a gravidez e o parto normal, avaliando riscos e reconhecendo e tratando complicações (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1996).

Através de um plano de cuidados individualizado definido em parceria com a grávida/casal, o EEESMO promove a vivência saudável da gravidez, o autocuidado, a deteção precoce e a prevenção de complicações materno-fetais, a formulação do plano de parto, o empoderamento e utilização de estratégias para o autocontrolo durante o trabalho de parto e o desenvolvimento de competências parentais, favorecendo a participação ativa do casal grávido em todo o processo (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O conceito de vigilância pré-natal é alargado, abrangendo o pai ou outras pessoas significativas em todas as etapas da gravidez, incluindo o parto, salvo impossibilidade ou oposição por parte da grávida. “A presença pró-ativa do pai, sabe-se hoje, com toda a certeza, é fundamental ao longo de todas as semanas de gravidez. No início, nas consultas, no

aconselhamento e no parto. Só desta maneira, ambos, pai e mãe, acompanham e participam” (Portugal, MS, DGS, 2015b, p.7).

A participação da grávida/casal como parceiros em todo o processo de cuidados fundamenta-se no Eixo Estratégico do Plano Nacional de Saúde 2012/2016 “Cidadania em Saúde”, no qual o cidadão é considerado responsável pela sua saúde e pela saúde de quem dele depende (Portugal, MS, DGS, 2013c).

A filosofia de cuidados centrados na mulher/casal atribui primazia aos seus desejos e necessidades, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados e o envolvimento dos mesmos (Barradas et al., 2015). Todas as intervenções propostas durante a assistência pré-natal devem permitir o envolvimento da mulher na tomada de decisão, possibilitando a sua parceira no planeamento e na prestação de cuidados, em igualdade de circunstâncias (Torgal, 2016). Assim sendo, o EEESMO assume “o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia, e oferecendo um leque de informação imparcial que abrange as suas crenças e valores, isenta de julgamentos” (Barradas et al., 2015, p. 9).

Martins (2011) refere que o acolhimento, a oferta de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, de dúvidas, de angústias ou fantasias são objetivos da assistência pré-natal, sendo indispensável compreender cada grávida/casal no seu contexto sociocultural para se poder adequar as estratégias de educação para a saúde que, por sua vez, ajudarão os mesmos a lidar com a gravidez, com o parto e o exercício pleno da maternidade.

Torna-se, assim, fundamental estabelecer uma relação de ajuda com a grávida/casal, promovendo a escuta ativa, estabelecendo um clima de confiança e empatia, expondo atitudes de congruência, assegurando a confidencialidade e a não emissão de críticas ou juízos de valor, para promover e proporcionar o bem-estar (Guerreiro & Dias, 2016b; Portugal, MS, DGS, 2015b).

2. Literacia em Saúde

O conceito de literacia em saúde surgiu pela primeira vez nos anos 70 e, desde então, tem vindo a evoluir (Pedro et al., 2016), sendo a sua importância cada vez mais reconhecida nas políticas de saúde europeias (Sørensen et al., 2012).

Num exercício de revisão concetual destacam-se duas abordagens distintas, uma centrada nas capacidades cognitivas individuais e outra que contempla os fatores sociais e culturais (Serrão, 2014).

Na primeira abordagem, a literacia em saúde é percebida como compreensão funcional da informação sobre saúde exigindo competências básicas de leitura, escrita e numeracia para obter, processar e entender a informação e usar os serviços de saúde (Mårtensson & Hensing, 2012). Perspetivada como atributo pessoal responsabiliza cada pessoa pela capacidade de compreender a saúde. Não contempla os aspetos culturais nem as competências comunicacionais e o papel dos profissionais no desenvolvimento da literacia em saúde dos cidadãos é insondado (Serrão, 2014).

Na segunda abordagem, a literacia em saúde é considerada um constructo abrangente e multideterminado (Mårtensson & Hensing, 2012), que se desenvolve na interação da pessoa com o meio, ao longo da vida, e que vai além da literacia fundamental representada pelas competências de leitura, escrita e numeracia. Esta abordagem pressupõe a combinação de competências cognitivas e de competências sociais de comunicação, reconhecendo que é no âmbito de um processo comunicacional bilateral que as pessoas desenvolvem a própria capacidade para usar a informação de saúde, fortalecendo a motivação para a ação (Serrão, 2014).

Trata-se, portanto, de um conceito que evoluiu de uma definição cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo (Pedro et al., 2016), assumindo-se como a capacidade para tomar decisões informadas em saúde no dia-a-dia, relativamente à utilização do sistema de saúde, agindo como parceiro ativo dos profissionais de saúde e demonstrando capacidades para procurar informação assim como para assumir

responsabilidades, o que se traduz no aumento do controlo das pessoas sobre a sua própria saúde (World Health Organization [WHO], 2013).

Esta perspetiva é veiculada pela World Health Organization (WHO, 1998, p.10). quando 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 forma que promovam e mantenham boa saúde. Implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida.

Nutbeam (2000) considera 3 tipos ou níveis de literacia: literacia funcional/básica, literacia interativa/comunicativa e literacia crítica. A literacia funcional (ou básica) refere-se às competências básicas de leitura e escrita, necessárias para as atividades do dia-a-dia. A literacia interativa (ou comunicativa) refere-se às competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as competências sociais, podem ser usadas para participar nas atividades de vida diária, obter informações e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação. A literacia crítica refere-se às competências mais avançadas que, em conjunto com as competências sociais, podem ser utilizadas para analisar de forma crítica a informação e usá-la para exercer maior controlo sobre as situações de vida.

Os diferentes níveis de literacia permitem, progressivamente, uma maior autonomia na tomada de decisão e empoderamento pessoal, revelada através das ações dos indivíduos e das comunidades (Nutbeam, 2000).

O conceito de literacia em saúde não se limita à transferência de informações mas centra-se no desenvolvimento de competências e segurança dos indivíduos para fazer escolhas que melhorem a sua saúde, capacitando-os a aceder, a avaliar e a usar informações para controlar os determinantes da saúde e fazer escolhas de saúde bem informadas (Renkert & Nutbeam, 2001).

O desenvolvimento de intervenções educacionais orientadas para a promoção da literacia em saúde permitirá o aumento do conhecimento acerca da saúde e o desenvolvimento de competências pessoais suscetíveis de motivar as pessoas para melhores resultados em saúde e para a realização de mudanças nos determinantes socioeconómicos na saúde (Serrão, 2014).

Segundo o relatório do Institute of Medicine of the National Academies (IOM, 2003), a literacia em saúde alicerça-se na interação entre as aptidões dos indivíduos e as suas respetivas experiências nos contextos de saúde, nos contactos com o sistema de saúde e com o sistema de educação, a que se associam os fatores socioculturais em casa, no trabalho e na comunidade.

Conforme Sørensen et al. (2012 p. 3) a literacia em saúde implica

conhecimento, motivação e competências pessoais para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida diária em matéria de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a qualidade de vida.

Espanha, Ávila e Mendes (2016, p.5) referem que a literacia em saúde

remete para as competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável.

A literacia em saúde é um direito de cidadania. É parte fundamental nas habilidades necessárias para funcionar na sociedade moderna. As competências das pessoas em literacia em saúde incluem (WHO, 1998):

- 1- *Competências básicas em saúde* que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
- 2- *Competências do doente*, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro activo dos profissionais;
- 3- *Competências como consumidor*, para tomar decisões de saúde na selecção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- 4- *Competências como cidadão*, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

No que respeita à legislação portuguesa, a literacia em saúde é entendida como

a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo

e proporciona capacidades indispensáveis para o auto-cuidado (Despacho nº 3618-A/2016, p. 8660-(5)).

A literacia em saúde tem sido objeto de diversas investigações e estudos científicos sendo a sua importância evidenciada na melhoria e manutenção da condição de saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Espanha et al., 2016).

Estudos comprovam que os sujeitos literados em saúde evidenciam uma maior capacidade para desenvolver comportamentos promotores da sua saúde, como a adoção de estilos de vida saudável, o saber onde se dirigir e a quem recorrer em caso de necessidade de assistência médica, a toma adequada de terapêutica medicamentosa (Antunes, 2014), uma vez que compreendem mais facilmente a informação prestada pelos profissionais de saúde no que diz respeito aos cuidados preventivos e às opções de tratamento (Serrão, 2014).

Em contrapartida, constata-se que as pessoas com baixa literacia em saúde tem maiores dificuldades na adoção de comportamentos preventivos e na gestão dos problemas de saúde (Mårtensson & Hensing, 2012) potenciando, conseqüentemente, a deterioração do seu estado de saúde e acarretando custos financeiros significativos, quer para os próprios sujeitos, quer para a sociedade (Antunes, 2014).

Níveis elevados de literacia em saúde estão associados a menos episódios de hospitalizações, períodos mais curtos de internamento e utilização de serviços de saúde e, naturalmente, a uma melhor gestão dos recursos e dos custos. Por outro lado, um nível inadequado de literacia em saúde está relacionado com implicações negativas no acesso e utilização dos serviços de saúde, nos resultados em saúde, repercutindo-se, conseqüentemente, nos gastos em saúde (Pedro et al., 2016).

Está, também, cientificamente comprovada a relação entre literacia e condição de saúde, onde o indivíduo com baixa literacia apresenta uma menor probabilidade de compreender a informação quer oral, quer escrita dos profissionais de saúde, de obter dos sistemas de saúde os serviços necessários e ainda realizar e seguir os procedimentos prescritos (Pedro et al., 2016).

Para além do referido, a baixa literacia em saúde, está a ser apontada como um fator de risco para diversas doenças como a diabetes, a obesidade, doenças cardiovasculares ou cancro pela baixa utilização dos serviços de prevenção e de rastreio (Pedro et al., 2016).

Deste modo, a promoção da literacia em saúde tem vindo a ser incluída nas preocupações e na reflexão dos sistemas de saúde.

Se, por um lado, o impacto expressivo da literacia em saúde, na saúde e na qualidade de vida das pessoas, justifica o crescente interesse pelo conceito por parte da comunidade científica, por outro, os gastos associados a baixos níveis de literacia despertam um interesse crescente do tema por parte dos decisores políticos. (Serrão, 2014, p. 16)

Assim, promover a literacia em saúde pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, reduzir os gastos associados aos cuidados de saúde, aumentar o conhecimento e competências em saúde e a utilização menos frequente de serviços de saúde (Antunes, 2014; Serrão, 2014).

A melhoria dos níveis de literacia em saúde é da responsabilidade de todos os setores e deverá direcionar-se particularmente aos indivíduos com literacia em saúde limitada (IOM, 2003; Pedro et al., 2016).

A este respeito, a DGS no Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020 refere que a responsabilidade da literacia em saúde e da capacitação dos cidadãos deve envolver a ação dos diferentes setores e a criação de ambientes favorecedores de escolhas saudáveis, de forma a promover a redução de desigualdades e potenciar comunidades resilientes (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015a).

Um nível limitado de literacia em saúde não é um problema exclusivamente individual mas um determinante sistémico que requer uma abordagem holística, garantindo que as estratégias de intervenção e os programas dos cuidados de saúde e das autoridades de saúde estão em consonância com as necessidades da comunidade (Moritsugu, 2006; Pedro et al., 2016).

Segundo Moritsugu (2006), o sistema de saúde tem um papel basilar no desenvolvimento das competências do cidadão e da comunidade no que respeita à promoção do seu nível de literacia em saúde. Esta influência é traduzida pelos serviços que proporciona, pela interação entre os profissionais de saúde e as pessoas, pela facilidade com que atuam dentro do sistema de saúde, e pelos sistemas de apoio que tem disponíveis para procurar informação e respostas de que necessitam.

Desta forma, é necessário diminuir a complexidade do sistema de cuidados de saúde, diversificando as estratégias, adequando os modos de comunicação e de informação e apoiando iniciativas que otimizem a literacia em saúde, reconhecendo a diversidade de perfis sociais e os diferentes níveis de literacia em saúde de cada cidadão (Espanha et al., 2016).

A literacia em saúde tem sido alvo de interesse enquanto conceito fundamental para um papel mais ativo dos cidadãos em matéria de saúde e de cuidados de saúde (Nutbeam & Kickbusch, 2000; Nutbeam, 2000; Chinn, 2011), surgindo cada vez mais associado ao empoderamento e à participação (Serrão, 2014).

No Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020, a DGS (Portugal, MS, DGS, 2015a, p. 14) propõe

a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende”, sugerindo para tal “a realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, dos rastreios, da utilização dos serviços e dos fatores de risco.

Também o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados traduz a importância do tema “Literacia em Saúde” em Portugal e reconhece o valor do cidadão no sistema de saúde, procurando reforçar o seu papel e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada formas essenciais e privilegiadas desse reforço (Despacho 3618-A/2016, 2016; Despacho 3454/2017, 2017).

3. Literacia em Saúde Materna

A literacia tem uma estreita relação com o nível de saúde, especialmente a literacia no género feminino, uma vez que, maioritariamente, é a mulher a principal prestadora de cuidados no seio familiar, de modo que, a sua literacia em saúde pode influenciar a saúde de toda a família (Kohan, Ghasemi & Dodangeh, 2007).

A literacia em saúde é, assim, um determinante crítico da saúde da mulher e da criança e, portanto, com consequências para a saúde da sociedade (Wilhelmova et al., 2015).

Renkert e Nutbeam (2001, p. 382) definem a literacia em saúde materna como as “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para aceder, compreender e usar informações de forma a promover e manter a sua saúde e a saúde dos seus filhos”.

Numa investigação realizada por Neto (2016), em que estudou o nível de literacia em saúde da grávida em contexto nacional, 36,9% tinham um nível problemático de literacia em saúde e 13,6% um nível inadequado. Num estudo realizado na Sibéria – Rússia, 44% das mulheres inquiridas apresentavam baixos níveis de literacia em saúde (Khorasani et al., 2018). Num grupo de 150 grávidas no Irão, Kohan et al. (2007) apuraram que 34% das participantes apresentavam, de igual modo, um nível baixo de literacia em saúde materna.

Kilfoyle, Vitko, O’Conor, & Bailey (2016), numa revisão sistemática da literatura, referem que as grávidas com literacia em saúde limitada são mais propensas a iniciar a vigilância pré-natal após o primeiro trimestre e/ou a faltar às consultas quando comparadas com as grávidas que possuem literacia em saúde adequada.

Conforme Khorasani et al. (2018), as grávidas com baixos níveis de literacia em saúde deparam-se com mais dificuldades para aprender novas informações e para seguir as orientações dos profissionais de saúde.

Níveis inadequados de literacia em saúde na grávida foram associados a uma probabilidade quatro vezes superior de ter um filho com risco de atraso de desenvolvimento

(Hernandez-Mekonnen et al., 2016) e a piores conhecimentos sobre aleitamento materno (Goes et al., 2015).

A limitada literacia em saúde da grávida tem um efeito negativo sobre o seu conhecimento em saúde, sobre os comportamentos preventivos que adota, sobre a capacidade de procurar e aceder ao sistema de saúde, utilizar serviços preventivos e cuidar de si e de quem delas depende (Khorasani et al., 2018).

Em contrapartida, uma adequada literacia em saúde materna é essencial para uma gravidez e maternidade saudável e inclui a adoção de estilos e hábitos de vida equilibrados, nutrição adequada bem como a capacidade para identificar fatores de risco que possam trazer complicações no decurso da mesma (Kohan et al., 2007). Esta literacia proporciona, também, uma oportunidade para as mulheres aprenderem um conjunto de medidas para alívio da dor, assim como intervenções obstétricas que lhe permitam melhor colaboração durante o trabalho de parto (Mojoyinola, 2011).

Neto (2016, p. 105) defende que

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.

A literacia em saúde materna é reforçada pela educação pré-natal cuja atenção é focada nos conteúdos relacionados com os cuidados durante a gravidez, parto e cuidados ao recém-nascido (Renkert & Nutbeam, 2001), objetivando preparar as mulheres para tomada de decisões informadas (Mojoyinola, 2011; Renkert & Nutbeam, 2001).

O desenvolvimento de intervenções educacionais orientadas para a promoção da literacia em saúde materna permitirão à mulher a aquisição de poder de decisão e autonomia para cuidar de si e do seu filho e a capacidade para lidar com as transformações que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno, 2010).

Aumentar o conhecimento materno para melhorar a adaptação às mudanças, cuidados em situações de risco e complicações que podem surgir na gravidez, são estratégias importantes para o cuidado pré-natal (Kohan et al., 2007). No entanto, embora o ensino e o treino de

competências no período da gravidez seja fundamental, o mais importante é a percepção e a compreensão das grávidas em relação ao que se está a dizer e a sua capacidade em aplicar esses conhecimentos em situações de risco associadas à gravidez (Kohan et al., 2007).

Conforme Kharrazi et al. (2018), ainda que seja essencial educar e fornecer informações durante a gravidez, o importante é o nível de compreensão, consciencialização e a capacidade de usar essas informações em casos de necessidade e risco.

Desta forma, é necessário fornecer as bases para aumentar a literacia em saúde materna, como avaliá-la nos cuidados prestados na gravidez, identificar onde as grávidas têm literacia insuficiente, identificar fontes disponíveis e planejar o melhor aproveitamento dos materiais de formação escritos e verbais (Kohan et al., 2007).

Embora a responsabilidade da promoção da literacia em saúde seja coletiva, cabe aos enfermeiros um papel elementar cuja relevância se traduz na integração da educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção (Calha 2014).

O EEESMO assume, assim, a responsabilidade de agir como promotor e educador para a saúde enfatizando a autoeficácia e o empoderamento da mulher/casal para escolhas informadas na gravidez, parto e período pós-natal, maximizando o seu potencial de saúde (Barradas et al., 2015).

A educação para a saúde proporcionada pelo mesmo é um vetor capaz de empoderar as grávidas na sua tomada de decisão para promover o parto normal, a amamentação e a construção da parentalidade (APEO, 2010). Cabe ao EEESMO disponibilizar as condições mais apropriadas para suscitar nas utentes e suas famílias uma motivação satisfatória para uma efetiva construção de conhecimentos e de capacidades que permitam atingir um bom nível de saúde (Martins, 2011).

De acordo com New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses (2011), o EEESMO pela natureza do seu trabalho, conhece o impacto que a literacia em saúde limitada tem na vida e na saúde da população. Nesta perspetiva, defendem que os enfermeiros se envolvam no desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria da literacia em saúde sendo importante que as mesmas sejam incluídas na política organizacional e governamental, numa abordagem multidisciplinar.

Perante a importância da literacia em saúde materna, também o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2016) defende que os profissionais de saúde da área da obstetria e ginecologia devem tomar medidas apropriadas para garantir uma comunicação compreensível de modo a que o paciente possa tomar decisões informadas sobre os cuidados de saúde.

Ambas as entidades citadas propõem estratégias a implementar para melhorar a literacia em saúde. Recomendam a melhoria da comunicação criando um ambiente seguro e acolhedor que permita ao paciente se sentir à vontade para fazer perguntas; que se conheça o seu perfil, nacionalidade, cultura, literacia, idioma, estatuto socioeconómico, práticas de saúde, estado emocional, religião, entre outros; que se confirme o seu nível de conhecimento, compreensão e o que quer saber acerca de um determinado assunto; que se utilize uma linguagem simples e clara, escuta ativa e se evite abreviaturas e siglas; que se dividam informações complexas em partes compreensíveis e que se organize informações para que os pontos mais importantes apareçam primeiro; que se avalie a compreensão em relação à informação fornecida pedindo ao paciente que a relate por suas próprias palavras. O contacto telefónico e as centrais de atendimento são outras das estratégias sugeridas para que as pessoas com níveis mais baixos de literacia em saúde possam obter informações num formato completamente oral.

A utilização das informações sobre saúde pode ser melhorada através de figuras, diagramas, fotos, símbolos e fluxogramas, pela melhoria da informação disponibilizada por programas, *softwares* e internet, pelas campanhas de marketing social e identificação de novos métodos para divulgação de informação e pelo fornecimento de informações traduzidas nos principais idiomas dos utilizadores dos serviços de saúde (New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses, 2011).

Para melhorar a utilização dos serviços de saúde, New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses (2011) sugere a revisão de formulários e instruções de saúde para garantir clareza e simplicidade; a melhoria da acessibilidade física, incluindo símbolos universais e sinalização em vários idiomas; o recurso a intérpretes e implementação de processos e estratégias culturalmente apropriados, concebidos para envolver pessoas de outras culturas. Propõe, ainda, que se trabalhe em parceria com outros profissionais de saúde bem como com membros da comunidade e se colabore com outros serviços para melhorar a literacia em saúde e fazer o melhor uso dos recursos.

Kharrazi et al. (2018) referem que os profissionais de saúde, nomeadamente o EEESMO, devem escolher a melhor abordagem educacional para aumentar o nível de literacia em saúde, sugerindo intervenções práticas como a comunicação clara com as grávidas, utilização de materiais simples e ilustrados, inclusão de recursos visuais e a criação de um ambiente favorável à colocação de perguntas e obtenção de informações pela mulher grávida.

A este respeito, também Mojinyinola (2011) sugere que o EEESMO ajude as mulheres grávidas com literacia em saúde limitada a interpretar prescrições médicas, a adquirir informação sobre o uso de medicamentos, a adotar estilos de vida saudáveis, a aderir a programas de imunização e a obter outras informações essenciais durante a assistência pré-natal, a fim de vivenciar uma gravidez segura e obter resultados bem-sucedidos.

2ª PARTE – Estudo Empírico

1. Metodologia

Neste capítulo, procuramos definir as estratégias utilizadas para se estudar a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação e os fatores intervenientes. Tendo por base o quadro teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos para dar resposta às questões de investigação e aos objetivos formulados. Iremos, deste modo, descrever e explicar o tipo de estudo e o esquema conceptual de base, os participantes tendo em conta o tipo de amostra e caracterização sociodemográfica da mesma, o instrumento de recolha de dados aplicado, os procedimentos éticos e formais bem como os respetivos procedimentos estatísticos efetuados, por forma a se chegar a conclusões plausíveis acerca da problemática em estudo.

1.1 Métodos

A promoção da literacia em saúde dos cidadãos tem sido reconhecida como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e incluída na preocupação, reflexão e definição de políticas de saúde, sendo um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI (Nutbeam & Kickbusch, 2000; Pedro et al., 2016; Portugal, MS, DGS, 2013c).

O nível de literacia em saúde condiciona a capacidade do indivíduo na tomada de decisões fundamentadas no âmbito dos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, afetando não só a sua qualidade de vida como a dos seus dependentes, repercutindo-se, consequentemente, na gestão dos recursos e dos custos para o sistema (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Tomé, 2018).

A literatura documenta que baixos níveis de literacia em saúde se associam a baixos níveis de saúde, bem como a comportamentos de risco, maior utilização dos serviços e a uma menor capacidade de autocuidado e adesão a programas e recomendações de prevenção da doença e promoção da saúde (Antunes, 2014; Pedro et al., 2016; Serrão, 2014; Tomé, 2018).

Uma inadequada literacia em saúde está em estreita ligação com potenciais fatores de risco relacionando-se, em consequência disso, com desigualdades no acesso à saúde, resultados mais pobres em saúde e com um aumento dos gastos em saúde, pelo que se assume quer como

um desafio quer como um objetivo para quase todos os sistemas de cuidados de saúde (Duong et al., 2017; Pedro et al., 2016; WHO, 2013).

Em contrapartida, níveis elevados refletem benefícios para toda a sociedade uma vez que influenciam os diferentes determinantes na saúde e estão relacionados com cada um desses determinantes (situação social, profissional, económica, educacional, idade do indivíduo e localização geográfica, entre outros) (Sørensen et al., 2012; Sørensen et al., 2015).

A literacia em saúde é, assim, um imperativo ativo e dinâmico em saúde pública, cuja ação deve ser orientada para o aumento do controlo individual sobre os determinantes da saúde associando-se à capacitação e à educação (Broeiro, 2017; Crondahl, 2016; Duong et al., 2017), considerando que o desenvolvimento de competências e de habilidades em literacia em saúde é um processo que decorre ao longo da vida estando dependente do contexto, da cultura e do ambiente a que um dado indivíduo se reporta (Espanha et al., 2016).

Também no decurso da gravidez, a mulher necessita de informação e conhecimentos que lhe permitam adquirir autonomia, competência e poder para tomar decisões que influenciem a sua saúde e a saúde do seu filho (Silva, 2014), sendo que o importante, é o nível de compreensão, consciencialização e a capacidade de usar essas informações e conhecimentos em caso de necessidade e risco associadas à gravidez (Kharrazi et al., 2018).

Uma adequada literacia em saúde neste período é chave para uma maternidade saudável (Neto, 2016). O desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, implicadas pela mesma, permitirão à mulher poder de deliberação e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas e diagnosticar sintomas que possam trazer complicações no decurso da gestação (Neto, 2016).

Neste sentido, diagnosticar o nível de literacia em saúde neste grupo específico bem como identificar alguns dos fatores intervenientes permitirá direcionar e alinhar melhor as estratégias e intervenções a serem desenvolvidas, assim como, contribuir para eventuais melhorias nas práticas clínicas e nos serviços de saúde por forma a potenciar a literacia em saúde da grávida, essencial para uma maternidade saudável, segura e positiva.

A revisão da literatura referente à investigação contemplando a temática da literacia em saúde no contexto específico da gravidez é escassa. Não é nossa pretensão dar resposta e encontrar soluções para um problema tão complexo, mas será mais um contributo a juntar a

todos os outros que pretenderam dar a conhecer e a compreender melhor as múltiplas implicações dos fatores que podem influenciar a literacia em saúde da grávida.

É neste contexto que, reconhecendo a importância de melhorar a literacia em saúde da grávida e a qualidade de vida na gravidez, emergem questões que procuram servir como eixo estruturante do presente estudo e justificam as nossas inquietações pessoais, perante um tema atual e ainda pouco estudado no contexto português.

Deste modo, partimos da seguinte questão geral de investigação:

Quais os fatores intervenientes da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Para a sua consecução definimos como objetivo geral: Apurar as relações existentes entre os determinantes sociodemográficos, obstétricos, contextuais à gravidez e o empoderamento com a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação.

Na procura de novo conhecimento sobre esta problemática, o desenvolvimento deste estudo será, assim, orientado para responder às seguintes questões específicas de investigação:

Questão 1: Qual o nível de literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Questão 2: Que variáveis sociodemográficas influenciam a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Questão 3: Qual a relação entre as variáveis obstétricas e contextuais à gravidez com a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Questão 4: Qual a relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Questão 5: Que variáveis independentes têm efeito significativo na predição da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Perante as questões formuladas, equacionaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Determinar o nível de literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico, obstétrico, contextual à gravidez e o empoderamento da grávida no terceiro trimestre de gestação;

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez com a literacia em saúde, nos seus domínios e índice geral;
- Analisar a relação entre a vigilância da gravidez com a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação;
- Identificar as variáveis independentes que têm efeito significativo na predição da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação.

O tipo de estudo delineado para esta pesquisa tem as características dos estudos quantitativos, não experimentais, em corte transversal, descritivos e correlacionais. Analogamente ao que ocorre na maioria das pesquisas com amostras comunitárias, este estudo pretende predizer a relação entre as mesmas e, ao mesmo tempo, precisar a grandeza dessa relação. Assim, segue uma metodologia de análise **quantitativa** de modo a garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e de interpretação (Coutinho, C. P., 2014; Duarte, 2011) e enquadra-se num tipo de investigação **não experimental** dado que não se pretende a manipulação das variáveis em estudo, apenas perceber a existência de relações entre fenómenos (Duarte, 2011; Sampieri, Collado, & Lúcio, 2014). Assume-se também como um estudo **transversal**, visto que a causa e o efeito ocorrem simultaneamente. A causa pode existir apenas no momento atual ou desde algum tempo no passado ou, ainda, ser uma característica do indivíduo (Campana, Padovani, Freitas, Paiva, & Hossne, 2001; Coutinho, C. P., 2014). Possui as características de um estudo **descritivo** e **correlacional** dado que, se por um lado recolhe informação de forma independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características, por outro, procura descrever a associação, o sentido e o modo como a relação entre variáveis individuais e situacionais se repercutem na literacia em saúde da grávida do terceiro trimestre (Coutinho, C. P., 2014; Duarte, 2011).

Em face da revisão bibliográfica efetuada bem como dos objetivos e questões de investigação definidas, elaboramos a representação esquemática apresentada na figura 1, com a qual se pretende dar a conhecer e explicar a relação que se pretende estabelecer entre as diversas variáveis independentes (exógenas) com a literacia em saúde da grávida, que se assume neste estudo como variável dependente (endógena).

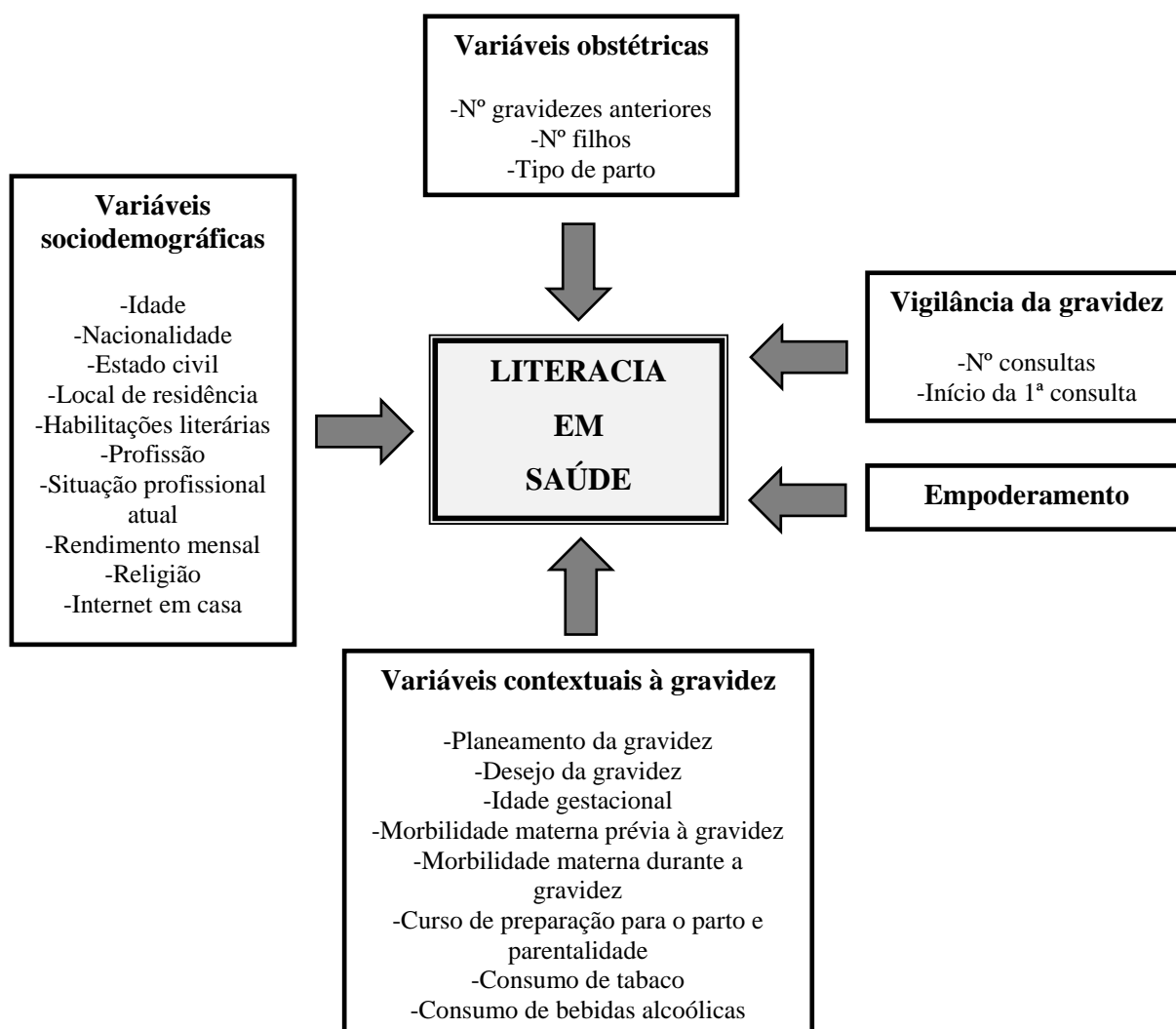


Figura 1 – Esquema conceitual da investigação.

1.2 Participantes

Este estudo foi realizado no Agrupamento dos Centros de Saúde Dão Lafões, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E e Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E.

Para a presente investigação, recorreremos a um tipo de amostra não probabilística por conveniência, constituída por grávidas com idade gestacional superior ou igual a 28 semanas, que frequentaram a consulta de vigilância da gravidez, aulas de preparação para o parto ou se encontravam internadas e que aceitaram participar de livre e espontânea vontade no estudo.

A aplicação do questionário efetuou-se entre janeiro e junho de 2018 no Agrupamento dos Centros de Saúde Dão Lafões e Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E e entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019 no Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E, tendo respondido ao mesmo um total de 275 grávidas. Foram considerados inválidos 11 questionários por não se encontrarem totalmente preenchidos ou as participantes apresentarem idade inferior a 28 semanas. A amostra final ficou, assim, constituída por 264 grávidas.

1.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Para a caracterização sociodemográfica foram tidas em conta as seguintes variáveis: idade das participantes, nacionalidade, estado civil, local de residência, habilitações literárias, profissão, situação profissional atual, rendimento mensal do agregado familiar, religião e internet em casa.

Idade das participantes

As estatísticas relativas à idade (cf. Tabela 1) revelam que a idade mínima das grávidas participantes foi de 17 anos e a máxima de 45 a que corresponde uma média de 31,51 anos (\pm 5,25 anos). O coeficiente de variação apresenta dispersão moderada em torno do valor médio e na observação dos valores de assimetria e curtose verificámos uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Tabela 1 – Estatística relativa à idade

Idade	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	SK/erro	K/erro
	17	45	31,51	5,25	16,66	-1,75	-0,271

A variável em questão foi operacionalizada em 2 grupos etários: \leq 34 anos e \geq 35 anos. Analisando a tabela 2, verificamos que 68,9% das grávidas possuem idade inferior ou igual a 34 anos e 31,1% superior ou igual a 35 anos.

Nacionalidade

Das 264 grávidas, 244 são portuguesas (92,4%) e 20 são estrangeiras (7,6%). Analisando os resultados em função do grupo etário verificamos que a maioria das grávidas

tanto portuguesas (92,9%) como estrangeiras (7,1%) têm idade ≤ 34 anos. Pelo teste qui-quadrado ($\chi^2=0,157$; $p=0,695$) apuramos que não existe diferença estatística significativa (cf. Tabela 2).

Estado Civil

Dos resultados obtidos e insertos na tabela 2 extraímos que as grávidas com maior representatividade são as casadas ou em união de facto (81,8%) enquanto as solteiras ou divorciadas representam apenas 18,2% da amostra.

As diferenças estatísticas encontradas entre o grupo etário e o estado civil são bastante significativas ($\chi^2=7,438$; $p=0,006$), situadas nas grávidas solteiras/divorciadas com idade ≤ 34 anos e nas grávidas casadas/união de facto com idade ≥ 35 anos.

Local de residência

Analisando os resultados (cf. Tabela 2) constatamos que as grávidas de ambos os grupos etários residem, na sua maioria e com percentagens similares, em meio urbano (62,6% vs 62,2%). Obviamente que também, com valores percentuais semelhantes, figuram as que residem em meio rural, em ambos os grupos, razão pela qual as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0,005$; $p=0,945$).

Habilitações literárias

Quanto às habilitações literárias de referir que para efeito de tratamento estatístico esta variável foi recodificada considerando-se apenas os grupos apresentados na tabela 2. Nesse sentido registamos que 39,0% das inquiridas possuem o ensino superior, 38,6% o ensino secundário e 22,3% possui escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico.

Pelo teste qui-quadrado ($\chi^2=2,639$; $p=0,267$) verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre as habilitações literárias e os grupos etários, o que é comprovado pelos resíduos ajustados.

Profissão

Na análise estatística efetuada também se fez referência à profissão das grávidas. Dada a diversidade de profissões consignadas na Classificação Portuguesa das Profissões 2010, da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística, sentiu-se necessidade de reagrupar as mesmas, constituindo-se para tal três grupos que designámos por profissões intelectuais,

profissões técnicas e profissões indiferenciadas. Dos resultados obtidos (cf. Tabela 2), observamos que mais de metade da nossa amostra tem uma profissão técnica (53,4%) sendo secundada pelo grupo das profissões intelectuais (31,8%) enquanto 14,8% desempenha uma profissão indiferenciada. Analisando os resultados em função do grupo etário verificamos que, com diferença estatística significativa ($x^2=6,574$; $p=0,037$), as grávidas com idade ≤ 34 anos executam uma profissão técnica (57,7%) e as grávidas com idade ≥ 35 anos uma atividade profissional que se insere no grupo das profissões intelectuais (42,7%) (cf. Tabela 2).

Situação profissional atual

No que concerne à situação profissional atual salientamos que 87,1% se encontra empregada (cf. Tabela 2), não havendo diferenças estatísticas significativas ao se estudar a relação com os grupos etários ($x^2=1,034$; $p=0,309$).

Rendimento mensal do agregado familiar

Do total da amostra e conforme a tabela 2, mais de três quartos das grávidas tem um rendimento mensal familiar situado entre os 500 e os 1500€, 8,3% tem um rendimento inferior ou igual a 500€ enquanto 12,5% possui um rendimento mensal familiar superior ou igual a 1500€. As diferenças estatísticas entre os grupos são bastante significativas ($x^2=17,337$; $p=0,001$) situando-se as mesmas conforme valores residuais entre as grávidas de idade ≤ 34 anos com rendimento mensal familiar $\leq 500€$ e entre 500 e 1000€ e nas grávidas de idade ≥ 35 anos com rendimento mensal familiar entre 1001 e 1500€ e $\geq 1500€$.

Religião

Relativamente à religião que professavam, verificamos que para a totalidade da amostra a religião católica é a mais praticada pelas grávidas (cf. Tabela 2), contribuindo para este valor 85,7% das grávidas com idade ≤ 34 anos e 89,0% com idade ≥ 35 anos, não existindo significância estatística ($x^2=0,539$; $p=0,463$).

Internet em casa

Cerca de 9 em cada 10 grávidas participantes no estudo referem ter internet em casa (91,7%). Não existe diferença estatística significativa na relação com os grupos etários ($x^2=0,778$; $p=0,378$).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do grupo etário

Variáveis	Grupo etário		≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
	N	%	N	%	N	%	≤ 34 anos	≥ 35 anos				
	(182)	(68,9)	(82)	(31,1)	(264)	(100)						
Nacionalidade												
Portuguesa	169	92,9	75	91,5	244	92,4	0,4	-0,4	0,157	0,692		
Estrangeira	13	7,1	7	8,5	20	7,6	-0,4	0,4				
Estado civil												
Solteiras/divorciadas	41	22,5	7	8,5	48	18,2	2,7	-2,7	7,438	0,006		
Casadas/união de facto	141	77,5	75	91,5	216	81,8	-2,7	2,7				
Local de residência												
Rural	68	37,4	31	37,8	99	37,5	-0,1	0,1	0,005	0,945		
Urbano	114	62,6	51	62,2	165	62,5	0,1	-0,1				
Habilitações literárias												
Ensino básico	45	24,7	14	17,1	59	22,3	1,4	-1,4	2,639	0,267		
Ensino secundário	71	39,0	31	37,8	102	38,6	0,2	-0,2				
Ensino superior	66	36,3	37	45,1	103	39,0	-1,4	1,4				
Profissão												
Profissões intelectuais	49	26,9	35	42,7	84	31,8	-2,5	2,5	6,574	0,037		
Profissões técnicas	105	57,7	36	43,9	141	53,4	2,1	-2,1				
Profissões indiferenciadas	28	15,4	11	13,4	39	14,8	0,4	-0,4				
Situação profissional atual												
Empregada	156	85,7	74	90,2	230	87,1	-1,0	1,0	1,034	0,309		
Desempregada	26	14,3	8	9,8	34	12,9	1,0	-1,0				
Rendimento mensal do agregado familiar												
≤ 500€	20	11	2	2,4	22	8,3	2,3	-2,3	17,337	0,001		
Entre 500 e 1000€	87	47,8	26	31,7	113	42,8	2,4	-2,4				
Entre 1001 e 1500€	59	32,4	37	45,1	96	36,4	-2,0	2,0				
≥ 1500€	16	8,8	17	20,7	33	12,5	-2,7	2,7				
Religião												
Católica	156	85,7	73	89,0	229	86,7	-0,7	0,7	0,539	0,463		
Não católica	26	14,3	9	11,0	35	13,3	0,7	-0,7				
Internet em casa												
Sim	165	90,7	77	93,9	242	91,7	-0,9	0,9	0,778	0,378		
Não	17	9,3	5	6,1	22	8,3	0,9	-0,9				

Em síntese:

A amostra é constituída por 264 grávidas no terceiro trimestre da gestação, com idades compreendidas entre os 17 e os 45 anos sendo a média de idade de 31,51 anos ($\pm 5,25$ anos). A maioria pertencente ao grupo etário inferior ou igual a 34 anos (68,9%), de nacionalidade portuguesa (92,4%), católica (86,7%), casada ou a viver em união de facto (81,8%) e a residir em meio urbano (62,5%). Possui formação académica entre o secundário e o superior (38,6% e 39,0%, respetivamente), está empregada (87,1%), desempenhando uma atividade profissional

correspondente ao grupo das profissões técnicas (53,4%), tem um rendimento familiar mensal entre os 500 e 1000€ (42,8%) e possui internet no domicílio (91,7%).

1.3 Instrumento de Colheita de Dados

Considerando o tipo de estudo, as questões de investigação e os objetivos a atingir, o instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário de auto preenchimento, garantindo-se o anonimato, a confidencialidade da respondente e o caráter de voluntariedade de participação no estudo (**Apêndice I**).

O mesmo foi organizado em quatro partes, sendo constituído por questões abertas, fechadas e mistas, de resposta única e múltipla.

Parte I - Caracterização Sociodemográfica

As variáveis sociodemográficas permitiram recolher informações pertinentes sobre o perfil sociodemográfico da grávida, através de questões sobre a idade, nacionalidade, estado civil, local de residência, habilitações literárias, profissão, situação profissional atual, rendimento mensal familiar, religião e internet.

Parte II - Dados Obstétricos

Este grupo engloba as variáveis obstétricas permitindo a caracterização da história obstétrica através da aplicação de questões sobre nº de gravidezes anteriores, número de filhos e o tipo de parto. Inclui também as variáveis contextuais à gravidez atual através das quais se avaliou a vigilância realizada na gravidez, com questões sobre planeamento e desejo da mesma, realização de consultas de vigilância, número de consultas realizadas até à data de aplicação do questionário, início da vigilância da gravidez, local onde realiza as consultas de vigilância, idade gestacional, posse do boletim de saúde da grávida, os problemas de saúde prévios à gestação e durante a mesma, toma de micronutrientes e de medicamentos durante a gravidez, pretensão em amamentar e motivo da não intenção em amamentar, influência da tomada de decisão em amamentar, presença do enfermeiro nas consultas, a quem ou ao que recorre para obter informações acerca da gravidez, intenção de frequentar ou a frequência de curso de preparação para o parto/parentalidade, informação transmitida na gravidez e emissor da informação, hábitos tabágicos e alcoólicos e acompanhante nas consultas.

Parte III – Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT), Rede Académica da Escola Nacional de Saúde Pública (2014), adaptada para grávidas por Ferreira et al. (2017)

Instrumento que avalia a literacia em saúde por auto percepção, permitindo perceber a capacidade das pessoas acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde nos domínios da utilização dos cuidados de saúde, da promoção da saúde e prevenção da doença.

Parte IV – Escala de Empoderamento da Grávida – Kameda e Shimada (2008), adaptada por Ferreira et al. (2013)

Instrumento que objetiva avaliar a educação pré-natal e o empoderamento da grávida, numa perspetiva multidimensional, centrada na responsabilidade e autonomia individual para a autorrealização da sua própria saúde.

1.3.1 Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)

Entre 2009 e 2012 um grupo de peritos europeus coordenados pela Universidade de Maastricht, na Holanda, formou o consórcio *Health Literacy Survey – EU* (HLS-EU). Este consórcio tinha como objetivo o desenvolvimento, validação e aplicação de um instrumento que fosse capaz de aferir os níveis de literacia em saúde, nos diferentes países, de forma mais próxima às definições atuais do conceito. Surge, assim, o questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU-Q). O propósito final deste projeto foi determinar o diagnóstico dos níveis de literacia em saúde das suas populações e poder compará-los entre si. Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Alemanha, Bulgária, Polónia e Áustria foram os países que integraram este projeto numa primeira fase (HLS-EU, 2012).

O modelo conceitual de Literacia em Saúde (cf. Figura 2) desenvolvido pelo consórcio HLS-EU distingue três domínios da saúde – cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde – e quatro níveis de processamento da informação essenciais à tomada de decisão – acesso, compreensão, avaliação e utilização (Sørensen et al., 2012).

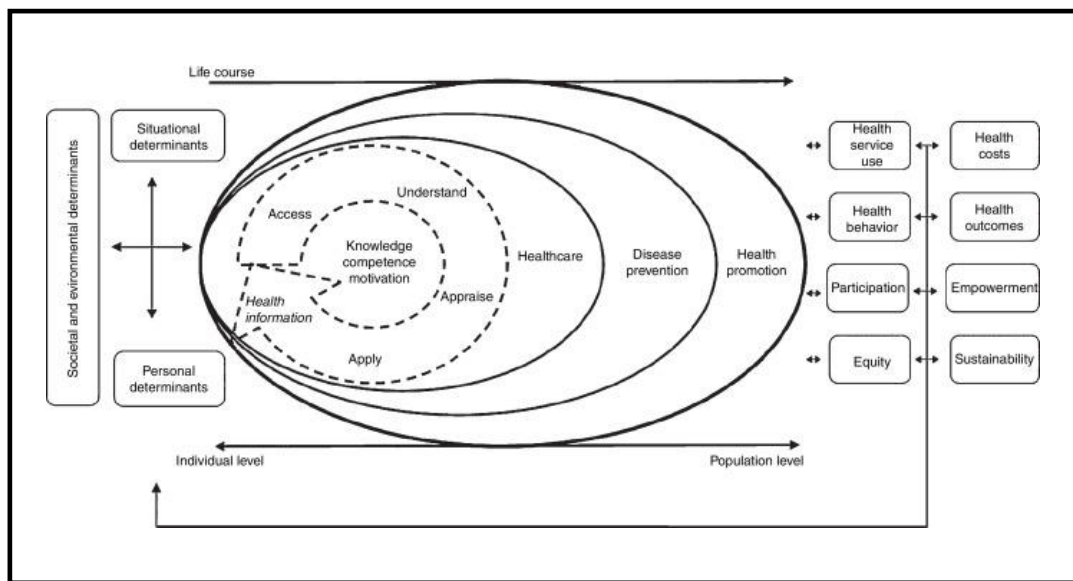


Figura 2 – Modelo conceitual de literacia em saúde.

Fonte: Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Combinando os três domínios e os quatro níveis surge uma matriz de análise de literacia em saúde com doze células (cf. Quadro 1). Cada célula pode ser interpretada como uma teoria baseada nas subdimensões teóricas da Literacia em Saúde (Sørensen et al., 2012).

Quadro 1 – Matriz das subdimensões de literacia em saúde baseadas no modelo conceitual do HLS-EU, utilizadas na construção do questionário

Literacia em Saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar/Julgar/ Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de Saúde	1. Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	2. Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado	3. Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	4. Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas

Prevenção de Doença	5. Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco	6. Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	7. Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco	8. Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da Saúde	9. Capacidade de atualização sobre questões de saúde	10. Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	11. Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde	12. Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Fonte: Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Em 2014, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, dada a relevância da problemática e por forma a possibilitar a inclusão de Portugal no consórcio *Health Literacy Survey – EU* traduziu e validou para Portugal o HLS-EU-Q e elaborou o diagnóstico de literacia em saúde da população portuguesa permitindo a comparação com o de outros países europeus, de maneira a direcionar e alinhar as estratégias e intervenções de literacia em saúde a serem desenvolvidas a nível nacional mas também a nível europeu.

A adaptação e validação do instrumento seguiram duas fases complementares: a tradução e a adaptação transcultural do questionário e a validação estatística. A adaptação transcultural do questionário HLS-EU teve como objetivo obter um instrumento com equivalência semântica e cultural entre as versões original e em português. Para tal foi usado o método tradução-retroversão, seguindo-se a realização de um pré teste com uma amostra de 250 indivíduos portugueses para avaliar a adequação e compreensão dos itens da versão traduzida, adequação do método de recolha de dados e elaboração da versão final do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT), posteriormente submetido a testes de validação (Pedro et al., 2016). A avaliação da fidelidade interna do HLS-EU-PT, baseada no coeficiente de alfa de Cronbach, apresentou valores globais de 0,96, traduzindo uma consistência interna muito boa. Os coeficientes dos três domínios da mesma escala apresentaram igualmente elevados níveis de fidelidade, oscilando entre 0,90-0,91:

Cuidados de saúde $\alpha = 0,90$; *Prevenção da doença* $\alpha = 0,90$; *Promoção da saúde* $\alpha = 0,91$ (Pedro et al., 2016).

O HLS-EU-PT foi também adaptado em Portugal para grávidas por Ferreira, Neto, Amaral, e Duarte (2017), sendo usado e validado para uma amostra de 404 gestantes. De igual forma, foi obtido para a escala global um valor de alfa igual a 0,961 revelando uma consistência interna muito boa da escala como um todo. Para os diferentes domínios, os valores de alfa de Cronbach oscilaram entre 0,89 e 0,91, traduzindo uma consistência interna boa para o domínio *Prevenção da doença* e muito boa para os restantes (Neto, 2016).

O HLS-EU-PT avalia a literacia em saúde por autoperceção. É um instrumento composto por 47 questões agrupadas em três domínios importantes da saúde: cuidados de saúde – 16 questões, prevenção da doença – 15 questões e promoção da saúde – 16 questões e, como referido anteriormente, os quatro níveis de processamento da informação essenciais à tomada de decisão – acesso, compreensão, avaliação e utilização, permitindo categorizar grupos de literacia em saúde de acordo com pontos de corte (Neto, 2016; Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2012).

É utilizada uma escala de 4 valores em que o inquirido se autoavalia face à dificuldade sentida na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. A escala de Likert usada consiste nas opções 1 – Muito Difícil, 2 – Difícil, 3 – Fácil e 4 – Muito Fácil, havendo uma quinta alternativa que corresponde ao “Não sei”.

Os quatro índices são padronizados numa escala métrica variável entre zero e 50 por forma a garantir o cálculo correto dos mesmos e assegurar a comparação entre eles. Zero representa o valor mínimo de literacia em saúde e 50 o seu máximo (Pedro et al., 2016). Para a realização dos cálculos, usa-se a seguinte fórmula: Índice = $(\text{média} - 1) \times (50/3)$. Em que: índice – é o índice específico calculado; Média – é a média de todos os itens para cada indivíduo; 1 – é o valor mínimo possível da média; 3 – é a gama da média e 50 – é o valor máximo possível.

Para os quatro níveis foram identificados os seguintes pontos de corte: Literacia em saúde inadequada: scores ≤ 25 pontos; Literacia em saúde problemática: scores entre 25 e 33 pontos; Literacia em saúde suficiente: scores entre 33 e 42 pontos; Literacia em saúde excelente: scores entre 42 e 50 pontos (Pedro et al., 2016).

Estudo psicométrico

Reportando ao nosso estudo, e tendo em conta que para o mesmo se utilizou um instrumento já aferido e validado para grávidas, não se efetuou uma abordagem estatística mantendo-se a estrutura fatorial dos autores que a validaram, estudando-se apenas algumas das propriedades psicométricas nomeadamente os estudos de fiabilidade.

A fiabilidade certifica-nos se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador. A consistência interna expressa a fiabilidade do instrumento (Coutinho, C. P., 2014) e foi orientada realizando-se os seguintes passos:

a) Determinação do poder discriminativo que é obtido através do coeficiente de correlação de Pearson entre cada um dos itens e a nota global (Coutinho, C. P., 2014);

(b) Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, que é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos do tipo escala de Likert. Mede a correlação entre cada item da escala e os restantes que pertencem ao mesmo universo, sendo que 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 respeitantes a uma mesma subescala (Coutinho, C. P., 2014; Duarte, 2011). Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1), considerando-se a consistência interna segundo Pestana & Gageiro (2014): Muito boa para alfa superior a 0,9; Boa para alfa entre 0,8 e 0,9; Razoável para alfa entre 0,7 e 0,8; Fraca para alfa entre 0,6 e 0,7 e inadmissível para alfa inferior a 0,6.

(c) Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos com o objetivo de confirmar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (Duarte, 2011).

No quadro 2, apresentamos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, facilitando a visualização das suas combinações. Atendendo à sua análise, verificamos que os valores de alfa de Cronbach variam entre 0,967 e 0,968 indicando uma consistência interna muito boa. Os coeficientes de correlação do item-total corrigido apontam que o item 37 “Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?” foi o que apresentou menos estabilidade ($r=0,361$). A correlação máxima situa-se no

item 27 “Avaliar os exames médicos que precisa fazer?” ($r=0,773$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados.

Quadro 2 – Consistência interna do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)

N.º Item	Itens	Média	Dp	Correlação item/ total	α sem item
1	Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam?	2,90	0,746	0,575	0,967
2	Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	2,79	0,795	0,599	0,967
3	Saber o que fazer em caso de emergência médica?	2,87	0,756	0,629	0,967
4	Saber onde encontra ajuda profissional quando está doente?	3,30	0,568	0,508	0,968
5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	3,22	0,565	0,634	0,967
6	Compreender o folheto que vem com o medicamento?	2,99	0,600	0,630	0,967
7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	2,81	0,778	0,585	0,967
8	Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	3,22	0,565	0,616	0,967
9	Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?	2,92	0,766	0,590	0,967
10	Avaliar as vantagens das diferentes opções de tratamento?	2,67	0,894	0,645	0,967
11	Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	2,77	0,868	0,633	0,967
12	Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?	2,52	0,923	0,557	0,967
13	Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	2,89	0,810	0,632	0,967
14	Seguir as instruções de tratamento?	3,22	0,537	0,592	0,967
15	Chamar uma ambulância em caso de emergência?	3,42	0,525	0,387	0,968

16	Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	3,30	0,519	0,540	0,968
17	Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,20	0,692	0,561	0,967
18	Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou depressão?	2,68	1,057	0,646	0,967
19	Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	2,95	0,773	0,656	0,967
20	Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	3,01	0,750	0,677	0,967
21	Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,20	0,578	0,683	0,967
22	Compreender porque precisa de vacinas?	3,27	0,605	0,653	0,967
23	Compreender porque precisa de fazer exames médicos?	3,35	0,523	0,606	0,967
24	Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,02	0,777	0,665	0,967
25	Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um Check-up ou um exame geral de saúde?	2,92	0,800	0,742	0,967
26	Avaliar quais as vacinas de que necessita?	2,69	0,916	0,760	0,967
27	Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	2,67	0,932	0,773	0,967
28	Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	2,67	0,842	0,586	0,967
29	Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	2,67	1,032	0,528	0,968
30	Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?	2,75	0,813	0,478	0,968
31	Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?	2,61	0,865	0,627	0,967
32	Encontrar informação sobre a atividades saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e nutrição?	3,20	0,624	0,614	0,967
33	Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem-estar mental?	2,98	0,827	0,683	0,967

34	Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	2,55	1,056	0,629	0,967
35	Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	2,30	1,191	0,684	0,967
36	Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	2,39	1,159	0,679	0,967
37	Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?	3,06	0,629	0,361	0,968
38	Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	2,77	0,884	0,571	0,967
39	Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?	2,86	0,789	0,675	0,967
40	Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?	2,79	0,922	0,736	0,967
41	Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	2,69	1,098	0,673	0,967
42	Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	2,81	1,070	0,668	0,967
43	Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	2,94	0,881	0,726	0,967
44	Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?	2,95	0,761	0,638	0,967
45	Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?	2,82	0,896	0,644	0,967
46	Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?	2,75	0,831	0,645	0,967
47	Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	2,79	0,855	0,669	0,967

Por forma a confirmarmos a validade da distribuição dos itens pelos domínios do questionário, apresentamos no quadro 3 as correlações de Pearson item-domínios. Constatamos, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), que todos os itens apresentam valores de correlação superiores no domínio à qual pertencem. Apenas no item 32 verificamos uma correlação ligeiramente superior no domínio *Prevenção da doença* optando-se, contudo, por mantê-lo no domínio *Promoção da saúde*, tal como os autores da escala defenderam na sua análise fatorial.

Quadro 3 – Correlações item-domínio do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT): validade discriminante

N.º Item	Itens	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde
1	Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam?	0,656*	0,512*	0,513*
2	Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	0,681*	0,560*	0,516*
3	Saber o que fazer em caso de emergência médica?	0,715*	0,599*	0,524*
4	Saber onde encontra ajuda profissional quando está doente?	0,574*	0,485*	0,431*
5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	0,709*	0,612*	0,519*
6	Compreender o folheto que vem com o medicamento?	0,709*	0,556*	0,556*
7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	0,672*	0,544*	0,502*
8	Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	0,688*	0,601*	0,502*
9	Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?	0,672*	0,574*	0,487*
10	Avaliar as vantagens das diferentes opções de tratamento?	0,730*	0,585*	0,569*
11	Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	0,705*	0,640*	0,513*
12	Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?	0,643*	0,568*	0,450*
13	Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	0,688*	0,679*	0,489*
14	Seguir as instruções de tratamento?	0,641*	0,590*	0,488*
15	Chamar uma ambulância em caso de emergência?	0,458*	0,365*	0,330*
16	Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	0,639*	0,546*	0,405*
17	Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	0,554*	0,632*	0,456*
18	Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou depressão?	0,582*	0,739*	0,561*
19	Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	0,608*	0,703*	0,580*

20	Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	0,632*	0,723*	0,591*
21	Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	0,636*	0,687*	0,623*
22	Compreender porque precisa de vacinas?	0,641*	0,675*	0,563*
23	Compreender porque precisa de fazer exames médicos?	0,610*	0,639*	0,503*
24	Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	0,581*	0,705*	0,618*
25	Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um Check-up ou um exame geral de saúde?	0,681*	0,798*	0,644*
26	Avaliar quais as vacinas de que necessita?	0,663*	0,823*	0,682*
27	Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	0,691*	0,833*	0,685*
28	Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	0,550*	0,650*	0,510*
29	Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	0,527*	0,591*	0,457*
30	Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?	0,466*	0,553*	0,402*
31	Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?	0,552*	0,683*	0,575*
32	Encontrar informação sobre a atividades saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e nutrição?	0,573*	0,593*	0,588*
33	Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem-estar mental?	0,562*	0,648*	0,720*
34	Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	0,504*	0,614*	0,680*
35	Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	0,543*	0,595*	0,796*
36	Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	0,541*	0,613*	0,770*
37	Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?	0,348*	0,358*	0,362*
38	Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	0,501*	0,507*	0,628*
39	Compreender a informação veiculada pelos meios de	0,572*	0,639*	0,700*

	comunicação para se manter mais saudável?			
40	Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?	0,625*	0,709*	0,748*
41	Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	0,540*	0,570*	0,788*
42	Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	0,515*	0,553*	0,808*
43	Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	0,584*	0,652*	0,798*
44	Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?	0,504*	0,576*	0,714*
45	Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?	0,529*	0,531*	0,752*
46	Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?	0,520*	0,545*	0,746*
47	Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	0,535*	0,573*	0,770*

*p<0,05

Para finalizar o estudo psicométrico do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT), procedemos à verificação da sua fiabilidade através das correlações de Pearson entre cada domínio e o valor global.

Através da matriz de correlação de Pearson entre os domínios e o valor global (cf. Quadro 4), verificamos que os domínios definidos se encontram positiva e significativamente correlacionadas entre si, variando entre $r=0,738$ (*Cuidados de saúde vs Promoção da saúde*) e $r=0,853$ (*Cuidados de saúde vs Prevenção da doença*). Deste modo, o aumento ou diminuição das ponderações de cada um dos domínios se traduz no aumento ou diminuição das ponderações dos outros domínios.

Pela mesma tabela, analisando as correlações entre os diferentes domínios e o valor global do HLS-EU-PT, extraímos que são todas positivas e superiores a 0,9, oscilando entre $r=0,912$ para *Cuidados de saúde* e $r=0,948$ para *Prevenção da doença*. Assim sendo, o aumento ou diminuição da ponderação de cada um dos domínios conduz ao aumento ou diminuição da ponderação do valor global.

Os testes de correlação realizados demonstram que todos os domínios do questionário se correlacionam entre si de forma estatisticamente significativa ($p < 0,01$), bem como com o valor global (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Matriz de correlação de Pearson entre os domínios do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)

Domínios	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde	Valor Global
Cuidados de saúde	----	0,853*	0,738*	0,912*
Prevenção da doença	0,853*	----	0,807*	0,948*
Promoção da saúde	0,738*	0,807*	----	0,929*

* $p < 0,01$

No quadro 5 apresentamos em síntese os valores dos coeficientes alfa de Cronbach obtidos para os diferentes domínios que oscilam entre 0,911 e 0,935, traduzindo uma consistência interna muito boa, de acordo com Pestana & Gageiro (2014). O mesmo se evidencia para a escala global dado o valor de alfa igual a 0,968, revelando uma consistência interna muito boa da escala como um todo.

Relativamente aos valores do coeficiente de bipartição (split-half), para a escala global encontramos convergência entre os mesmos (primeira metade $\alpha = 0,941$ e segunda metade $\alpha = 0,948$), indicando que ambas têm muito boa consistência na medição do constructo da literacia em saúde. Também nos diferentes domínios o coeficiente de bipartição (split-half) apresenta valores superiores ou iguais a 0,847, traduzindo uma consistência interna boa, sendo os mesmos convergentes.

Quadro 5 – Consistência interna nos domínios e no global do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)

Domínios	Coeficiente split-half		Coeficiente α de Cronbach global
	Primeira metade	Segunda metade	
Cuidados de saúde	0,875	0,847	0,911
Prevenção da doença	0,879	0,872	0,920
Promoção da saúde	0,851	0,918	0,935
Global	0,941	0,948	0,968

1.3.2 Escala de Empoderamento da Grávida

A Escala de Empoderamento da Grávida foi construída por Kameda e Shimada (2008) com o objetivo de avaliar a educação pré-natal e o empoderamento da gestante, numa perspetiva multidimensional, centrada na responsabilidade e autonomia individual para a autorrealização da sua própria saúde.

A escala é constituída por 27 questões agrupadas em cinco dimensões: *Autoeficácia*, *Imagem futura*, *Autoestima*, *Apoio e garantias de outros* e *Alegria de uma adição à família*.

Segundo as autoras, a dimensão *Autoeficácia* consiste na confiança que permite à grávida sentir que é capaz de gerir a gravidez e parto e na autoavaliação da sua aptidão física. A dimensão *Imagem futura* refere-se à criação de imagens/objetos realistas respeitantes à gravidez, parto e tornar-se mãe. A dimensão *Autoestima* diz respeito à aceitação e aprovação individual do fato de estar grávida e ser mãe. A dimensão *Apoio e garantias de outros* corresponde à aceitação, respeito, apoio e cooperação pelas pessoas mais significativas para a grávida. A dimensão *Alegria de uma adição à família* refere-se à motivação para contribuir de forma positiva na gravidez e parto e à esperança pelo futuro.

A Escala de Empoderamento da Grávida, originalmente criada e validada para a população japonesa, existindo uma versão em inglês, foi adaptada para o contexto português por Ferreira, Duarte, e Barroca (2013), tendo sido aferida e validada para uma amostra de 195 grávidas do terceiro trimestre. A escala foi traduzida da versão em língua inglesa para a língua

portuguesa. Essa tradução foi revista com o objetivo de serem detetadas eventuais discordâncias entre a versão original e a traduzida, o que levou a serem realizadas modificações julgadas necessárias, com o especial destaque para a estrutura gramatical dos diversos itens. Posteriormente, efetuaram a retroversão para a língua inglesa, não tendo sofrido modificações significativas (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

A avaliação da fidelidade interna da escala, baseada no coeficiente de alfa de Cronbach, apresentou valores globais de 0,870, coerente com uma boa consistência interna. Os coeficientes das cinco dimensões da escala oscilaram entre 0,495 e 0,870: *Autoestima* $\alpha=0,778$; *Autoeficácia* $\alpha=0,718$; *Apoio e garantias de outros* $\alpha=0,870$; *Alegria de uma adição à família* $\alpha=0,736$ e *Imagem futura* $\alpha=0,495$ (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

Considerando a estrutura fatorial dos autores que a validaram, à dimensão *Autoestima* correspondem os itens 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17 e 19, à dimensão *Autoeficácia* os itens 1, 2, 3, 4, 5, 12 e 18; à dimensão designada por *Apoio e garantias de outros* dizem respeito os itens 20, 21, 22, e 23; à dimensão *Alegria de uma adição à família* correspondem os itens 24, 25, 26 e 27; à dimensão *Imagem futura* os itens 6, 7 e 11 (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

Cada um dos itens é mensurado numa escala tipo Likert de 4 pontos, que atende ao seguinte critério: 1 – Discordo completamente, 2 – Discordo; 3 – Concordo e 4 – Concordo completamente. São cotados da esquerda para a direita, com exceção dos itens invertidos: 7, 11, 13 e 15.

O índice relativo a cada dimensão é calculado pelo somatório do valor dos itens que lhe correspondem. Do somatório dos valores de todos os itens resulta o índice do empoderamento da grávida assumindo-se que quanto mais elevados os índices em cada dimensão e na escala global, melhor o empoderamento da grávida (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

Tendo em conta que não são apresentados grupos de corte, estes foram tidos em consideração para o empoderamento global tendo por base a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2014): (Média \pm 0.25 dp). Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adotada a seguinte classificação: Baixo empoderamento - Score ≤ 76 ; Empoderamento intermédio – Score entre 77 e 84; Empoderamento elevado – Score ≥ 85 .

Estudo psicométrico

Para o presente estudo, utilizamos a Escala de Empoderamento da Grávida já aferida e validada e, por esse motivo, mantivemos a estrutura fatorial dos autores que a validaram estudando-se apenas algumas das propriedades psicométricas, nomeadamente os estudos de fiabilidade, de modo semelhante ao utilizando para o instrumento anterior.

Deste modo, apresentamos no quadro 6, as estatísticas (médias e desvios-padrão) e as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global para facilitar a visualização das suas combinações.

Analisando os coeficientes de correlação item-escala, verificamos que o item 1 “Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha” é o que menos se correlaciona com a escala ($r=0,305$) ao passo que o item 19 “Consigo viver com uma atitude positiva” apresenta a maior associação com a escala global ($r=0,696$).

Atendendo aos valores de alfa constatamos que variam entre 0,894 e 0,902, atestando boa consistência interna da escala de empoderamento da grávida. Para a escala global temos um valor de alfa igual a 0,908, o que revela uma consistência interna muito boa da escala como um todo.

Quanto ao coeficiente de bipartição (split-half), verificamos a obtenção de valores semelhantes entre a primeira e a segunda metade ($\alpha=0,837$ na primeira e $\alpha=0,861$ na segunda metade) pelo que se considera uma boa consistência de ambas as metades da escala na medição do constructo do empoderamento da grávida.

Quadro 6 – Consistência interna da Escala de Empoderamento da Grávida

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação item-total	α sem item
1	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	2,41	0,759	0,305	0,902
2	Consigo lidar com o que me preocupa.	2,71	0,676	0,520	0,897
3	Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.	2,93	0,571	0,542	0,897
4	Consigo determinar quando necessito ir ao médico.	3,03	0,600	0,562	0,896
5	Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.	2,59	0,712	0,451	0,899

6	Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.	3,11	0,527	0,525	0,897
7	Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.	3,64	0,561	0,422	0,899
8	Sinto a realidade de que vou ser mãe.	3,26	0,655	0,504	0,897
9	Tenho a minha imagem ideal do parto.	2,28	0,827	0,377	0,901
10	Imagino como será o meu parto.	2,47	0,749	0,464	0,898
11	Não consigo imaginar um aumento da minha família.	3,50	0,703	0,405	0,899
12	Imagino como será a minha gravidez.	2,89	0,638	0,566	0,896
13	Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	3,09	0,789	0,374	0,901
14	Consigo ter um parto como as outras pessoas.	2,91	0,742	0,576	0,896
15	Não estou confiante com o facto de estar grávida.	3,42	0,677	0,519	0,897
16	Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	3,14	0,569	0,666	0,895
17	Estou satisfeita com a minha vida.	3,34	0,571	0,589	0,896
18	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	2,47	0,745	0,312	0,902
19	Consigo viver com uma atitude positiva.	3,13	0,550	0,696	0,894
20	A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.	3,28	0,543	0,582	0,896
21	A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	3,27	0,560	0,489	0,898
22	Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	3,25	0,543	0,565	0,897
23	Posso pedir ajuda sempre que necessito.	3,30	0,544	0,556	0,897
24	Estou ansiosa com a vida após o parto.	3,15	0,740	0,361	0,901
25	Gostaria de desfrutar da minha gravidez.	3,29	0,592	0,367	0,900
26	Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.	3,65	0,531	0,538	0,897
27	Estou entusiasmada com a perspectiva do parto.	3,02	0,727	0,424	0,899
Coefficiente Split-half		Primeira metade			0,837
		Segunda metade			0,861
Coefficiente alfa de Cronbach global		0,908			

Prosseguimos o estudo psicométrico verificando os parâmetros de validade e de precisão das dimensões da escala do empoderamento da grávida.

Analisando o quadro 7, na dimensão *Autoestima* os valores de alfa de Cronbach ultrapassam os 0,7 oscilando entre 0,739 e 0,804, com o valor de alfa da dimensão igual a 0,804 condizente com uma boa consistência interna da subescala, conforme Pestana e Gageiro (2014). O item que melhor se correlaciona é o 16 “Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez” ($r=0,657$) sendo o menos relacionado o item 9 “Tenho a minha imagem ideal do parto” ($r=0,278$).

Na dimensão *Autoeficácia* constatamos, pela análise do mesmo quadro, que o item 2 “Consigo lidar com o que me preocupa” é o que se encontra mais relacionado com a subescala ($r=0,605$) e o item 12 “Imagino como será a minha gravidez” o menos relacionado ($r=0,450$). Atendendo aos valores de alfa de Cronbach verificamos que variam entre 0,752 e 0,781, sendo de 0,796 para a subescala, pelo que esta dimensão apresenta uma consistência interna razoável de acordo com Pestana e Gageiro (2014).

Quanto à dimensão *Apoio e garantias de outros*, os valores de alfa de Cronbach são superiores a 0,8 oscilando entre 0,861 e 0,880. O valor correspondente à subescala é de 0,899, coerente com uma boa consistência interna. Todos os itens apresentam uma associação alta com a dimensão, sendo o menor valor correlacional no item 21 “A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo ”Podes ser como és” e apoiam-me” ($r= 0,746$) e o maior no item 22 “Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos” ($r=0,800$) (cf. Quadro 7).

De acordo com a análise do quadro 7, para a dimensão *Alegria de uma adição à família* apuramos valores de alfa entre 0,648 e 0,698, sendo o valor global da subescala de 0,745 traduzindo uma consistência interna razoável da dimensão. O item melhor correlacionado é o 24 “Estou ansiosa com a vida após o parto” ($r=0,585$) e o menor é o item 26 “Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer” ($r=0,507$).

Por último, pela análise do mesmo quadro, na dimensão *Imagem futura* evidencia-se que o item 6 “Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde” ($r=0,598$) é o que melhor se correlaciona com a subescala e o item 11 “Não consigo imaginar um aumento da minha família” ($r=0,342$) o menos relacionado. Os valores de alfa de Cronbach

oscilam entre 0,395 e 0,709, sendo o valor global de 0,661 condizente com uma consistência interna fraca nesta dimensão.

Os valores de correlação item-dimensão são todos positivos o que significa que quanto maior a ponderação de cada item melhor o empoderamento da grávida em cada uma das suas dimensões (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Correlações itens-dimensões da Escala de Empoderamento da Grávida

Nº do item	Item/Dimensão	Correlação item-total	α sem item
Autoestima			
8	Sinto a realidade de que vou ser mãe.	0,501	0,759
9	Tenho a minha imagem ideal do parto.	0,278	0,804
13	Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	0,431	0,773
14	Consigo ter um parto como as outras pessoas.	0,527	0,755
15	Não estou confiante com o facto de estar grávida.	0,494	0,761
16	Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	0,657	0,739
17	Estou satisfeita com a minha vida.	0,529	0,757
19	Consigo viver com uma atitude positiva.	0,655	0,741
Alfa de Cronbach			0,804
Autoeficácia			
1	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	0,553	0,762
2	Consigo lidar com o que me preocupa.	0,605	0,752
3	Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.	0,514	0,771
4	Consigo determinar quando necessito ir ao médico.	0,484	0,775
5	Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.	0,546	0,763
12	Imagino como será a minha gravidez.	0,450	0,781
18	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	0,522	0,769
Alfa de Cronbach			0,796
Apoio e garantias de outros			
20	A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.	0,761	0,875

21	A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	0,746	0,880
22	Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	0,800	0,861
23	Posso pedir ajuda sempre que necessito.	0,793	0,863
Alfa de Cronbach			0,899
Alegria de uma adição à família			
24	Estou ansiosa com a vida após o parto.	0,585	0,648
25	Gostaria de desfrutar da minha gravidez.	0,553	0,670
26	Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.	0,507	0,698
27	Estou entusiasmada com a perspectiva do parto.	0,510	0,696
Alfa de Cronbach			0,745
Imagem futura			
6	Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.	0,598	0,395
7	Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.	0,503	0,530
11	Não consigo imaginar um aumento da minha família.	0,342	0,709
Alfa de Cronbach			0,661

De modo a confirmar a validade da distribuição dos itens pelas dimensões da escala, apresentamos no quadro 8 as correlações de Pearson item-dimensões. Atendendo à sua análise, constatamos que todos os itens apresentam valores de correlação superiores na dimensão à qual pertence, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Quadro 8 – Correlações item-dimensão da Escala de Empoderamento da Grávida: validade discriminante

Itens	Autoestima	Autoeficácia	Apoio e garantias de outros	Alegria de uma adição à família	Imagem futura
8	,637*	,429*	,183*	,254*	,388*
9	,493*	,398*	,158*	,191*	,055
13	,609*	,268*	,240*	,043	,385*
14	,674*	,461*	,414*	,248*	,284*
15	,635*	,366*	,315*	,216*	,599*
16	,746*	,573*	,387*	,325*	,395*
17	,643*	,282*	,549*	,481*	,477*

19	,741*	,529*	,505*	,397*	,420*
1	,278*	,708*	,027	,063	-,026
2	,506*	,732*	,247*	,150**	,233*
3	,574*	,641*	,191*	,228*	,310*
4	,511*	,623*	,281*	,292*	,415*
5	,390*	,694*	,099	,205*	,254*
12	,536*	,604*	,267*	,305*	,342*
18	,277*	,682*	,001	,145**	,008
20	,501*	,215*	,867*	,476*	,475*
21	,432*	,102	,861*	,408*	,402*
22	,432*	,238*	,890*	,498*	,417*
23	,442*	,232*	,887*	,470*	,414*
24	,227*	,181*	,382*	,806*	,174*
25	,245*	,145**	,428*	,745*	,214*
26	,472*	,289*	,404*	,694*	,426*
27	,294*	,256*	,389*	,758*	,187*
6	,458*	,422*	,372*	,277*	,654*
7	,461*	,151**	,362*	,225*	,825*
11	,411*	,169*	,396*	,238*	,830*

*p<0,01; **p<0,05

De acordo com a matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala e o valor global extraímos que as correlações entre os domínios definidos são estatisticamente significativas ($p<0,01$), variando entre $r=0,224$ (*Autoeficácia* vs *Apoio e garantias de outros*) e $r=0,637$ (*Autoestima* vs *Autoeficácia*). Pelo que, um aumento ou diminuição das ponderações de cada uma das subescalas se traduz no aumento ou correspondente diminuição das ponderações das outras subescalas (cf. Quadro 9).

Pela leitura do mesmo quadro, constatamos que as correlações entre as diferentes dimensões e o valor global da escala do empoderamento da grávida são todas positivas e estatisticamente significativa ($p<0,01$), oscilando entre $r=0,635$ para a dimensão *Apoio e garantias de outros* e $r=0,896$ para a dimensão *Autoestima*. Do mesmo modo, podemos afirmar que o aumento ou diminuição da ponderação de cada uma das subescalas conduz a um aumento ou correspondente diminuição da ponderação do valor global da escala.

Quadro 9 – Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala

Dimensões	Autoestima	Autoeficácia	Apoio e garantias de outros	Alegria de uma adição à família	Imagem futura
Autoestima	----	,637*	,516*	,398*	,567*
Autoeficácia	,637*	----	,224*	,286*	,307*
Apoio e garantias de outros	,516*	,224*	----	,528*	,487*
Alegria de uma adição à família	,398*	,286*	,528*	----	,316*
Imagem futura	,567*	,307*	,487*	,316*	----
Valor Global	,896*	,757*	,683*	,635*	,656*

*p<0,01

1.3.3 Critérios de operacionalização de variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez

Por necessidade estatística e com o intuito de minimizar divergências interpretativas procedemos à operacionalização de algumas das variáveis em estudo, conforme se descreve no quadro 10. Esta operacionalização obedeceu maioritariamente a critérios empíricos.

Idade

A variável idade foi avaliada por uma questão aberta tendo sido considerada a idade da grávida no dia do preenchimento do questionário.

A mesma foi operacionalizada tendo em conta os extremos da idade reprodutiva conforme Mendes da Graça (2012): 18-35 anos. Por só se incluir na amostra uma grávida com idade inferior a 18 anos consideramos apenas dois grupos: ≤ 34 anos e ≥ 35 anos.

Nacionalidade

Esta variável foi também avaliada por uma questão aberta e recodificada posteriormente em nacionalidade portuguesa e estrangeira.

Estado civil

Para a recodificação da variável estado civil consideramos a ausência ou presença de companheiro. Visto não se incluírem na amostra grávidas viúvas definimos os grupos: solteiros/divorciada e casada/união de facto.

Local de residência

Relativamente ao local de residência delineamos as categorias: rural e urbano. Na recodificação rural incluímos as grávidas a residir em aldeias e no urbano as residentes em vilas ou cidades.

Habilitações literárias

As habilitações literárias foram recodificadas em três grupos: inferior ou igual ao 3º ciclo, o ensino secundário que inclui os cursos técnico-profissionais e o ensino superior que inclui o bacharelato, a licenciatura, o mestrado e o doutoramento.

Profissão

Dada a diversidade de profissões consignadas na Classificação Portuguesa das Profissões (2010) da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (Portugal, Instituto Nacional de Estatística [Portugal, INE], 2011), sentimos necessidade de reagrupar as mesmas, constituindo-se para tal três grupos que designamos por profissões intelectuais, profissões técnicas e profissões indiferenciadas.

Nas profissões intelectuais incluímos os grupos 0 (profissões das forças armadas), 1 (representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos) e 2 (especialistas das atividades intelectuais e científicas) da Classificação Portuguesa das Profissões 2010.

Nas profissões técnicas abrangemos os grupos 3 (técnicos e profissões de nível intermédio), 4 (pessoal administrativo), 5 (pessoal dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores), 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta), 7 (trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice) e 8 (operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) da Classificação Portuguesa das Profissões 2010

Para o grupo das profissões indiferenciadas consideramos as domésticas, as estudantes, as desempregadas e o grupo 9 (trabalhadores não qualificados) da Classificação Portuguesa das Profissões 2010.

Situação profissional

A variável situação profissional foi avaliada através de uma questão fechada com duas opções de escolha: empregada e desempregada tendo em conta a presença ou ausência de ocupação profissional.

Rendimento mensal do agregado familiar

O rendimento mensal considerado foi a soma dos salários do casal ou só o da grávida no caso de viver sozinha. Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada tendo por base os seguintes grupos: $\leq 500\text{€}$, 501-1000€, 1001-1500€ e $\geq 1501\text{€}$.

Religião

Os dados foram recolhidos por uma questão aberta sendo posteriormente recodificados em Católica e Não católica. Na católica foram integradas as grávidas que referiram professar a religião católica e na não católica qualquer religião não católica incluindo as que não professavam qualquer religião.

Número de gravidezes anteriores

A variável em questão foi avaliada por uma questão aberta e recodificada em três grupos: 0 para as grávidas sem gestação anterior, 1 para as grávidas com histórico de uma gravidez anterior e ≥ 2 para as que referiram duas ou mais gestações anteriores.

Número de filhos

Esta variável foi avaliada por uma questão aberta e posteriormente recodificada, de igual forma, em três grupos: 0, 1 e ≥ 2 filhos, não considerando a gravidez atual.

Tipo de Parto

Avaliada por uma questão fechada múltipla a variável tipo de parto foi recodificada em três categorias: sem parto anterior, eutócico e distócico. Esta última categoria integra a opção ventosa, fórceps, cesariana e todos os casos de mais de um parto anterior sendo um deles distócico.

Planeamento da gravidez

A operacionalização efetuada a esta variável teve em consideração a existência ou ausência de planeamento da gravidez, sendo dividida em duas classes: Planeada e Não planeada.

Desejo da gravidez

A variável desejo da gravidez foi recodificada tendo em conta a manifestação de desejo da gestação atual, definindo-se os grupos Gravidez desejada e Não desejada.

Idade gestacional

A idade gestacional foi avaliada por uma questão aberta e recodificada em < 37 semanas e ≥ 37 semanas, considerando a idade gestacional que define a gravidez de termo e pré-termo, conforme Mendes da Graça (2012).

Presença do enfermeiro nas consultas de vigilância da gravidez

A presente variável foi operacionalizada em dois grupos. O grupo Raramente/nunca, considerando a ausência do enfermeiro nas consultas ou a sua presença ocasionalmente e o grupo Sempre, tendo em conta a sua presença em todas as consultas.

Vigilância de gravidez

A presente variável foi operacionalizada em adequada e não adequada considerando-se os critérios e esquema de vigilância da gravidez estabelecidos pela DGS (Portugal, MS, DGS, 2015b) e já abordados na fundamentação teórica. Assim, tendo em conta a idade gestacional mínima da nossa amostra definimos como vigilância adequada: ≥ 4 consultas e primeira consulta até às 12 semanas de gestação e vigilância não adequada: < 4 consultas e primeira consulta antes ou após as 12 semanas de gestação e ≥ 4 consultas e primeira consulta após as 12 semanas de gestação.

Quadro 10 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez

Variáveis sociodemográficas	Operacionalização
Idade	≤ 34 anos ≥ 35 anos
Nacionalidade	Portuguesa Estrangeira
Estado civil	Solteira/divorciada Casada/união de facto
Local de residência	Rural Urbano
Habilitações literárias	≤ 3º ciclo Ensino secundário Ensino superior
Profissão	Profissões intelectuais Profissões técnicas Profissões indiferenciadas
Situação profissional	Empregada Desempregada
Rendimento mensal do agregado familiar	≤ 500€ 501-1000€ 1001-1500€ ≥ 1501€
Religião	Católica Não católica
Variáveis obstétricas e contextuais à gravidez	Operacionalização
Nº de gravidezes anteriores	0 1 ≥ 2 gravidezes
Nº filhos vivos	0 1 ≥ 2 filhos
Tipo parto	Sem parto anterior Eutócico Distócico
Planeamento da gravidez	Planeada Não planeada
Desejo da gravidez	Desejada Não desejada
Idade gestacional	< 37 semanas ≥ 37 semanas
Presença do enfermeiro	Raramente/nunca Sempre
Vigilância de gravidez	Adequada Não adequada

1.4 Procedimentos

Dando cumprimento aos pressupostos éticos e legais, para a recolha de dados foram obtidas as devidas autorizações das instituições e da respetiva comissão de ética onde foi realizado o presente estudo (**Anexo I**): Agrupamento dos Centros de Saúde Dão Lafões, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E e Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. Foi dirigido ao Conselho de Administração das respetivas instituições um pedido formal de autorização no qual foi apresentada a temática em estudo, os objetivos da investigação, o instrumento a aplicar e as condições em que seria feita a recolha de dados.

A todas as grávidas foi fornecida a informação necessária e facultado um documento de consentimento livre e informado, contendo o enquadramento e objetivos do estudo e indicando claramente a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade dos dados (**Apêndice II**).

Aquando da distribuição dos questionários apelámos à sinceridade no seu preenchimento, com opção de desistir a qualquer momento, sem o dever de se justificar e sem qualquer tipo de prejuízo.

A recolha e construção da base de dados foi conjunta com a estudante Sara Tavares do curso de mestrado em enfermagem em saúde materna, obstetrícia e ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu. A referida recolha de dados teve, ainda, a colaboração voluntária de alguns enfermeiros das respetivas instituições onde foram aplicados. Antes do início deste processo foram realizadas reuniões no sentido de se uniformizarem procedimentos e se efetuarem alguns esclarecimentos adicionais. Foi dado a conhecer o tema, os objetivos do trabalho, as razões científicas do nosso interesse, as implicações práticas do mesmo e a colaboração que deles se pretendia bem como das grávidas participantes.

Todos os questionários foram preenchidos pelas grávidas em contacto presencial ou posteriormente em casa, sendo nestes casos a sua entrega feita no contacto seguinte. Sempre que as grávidas manifestavam dificuldade na interpretação das perguntas, esta foi superada por um elemento da equipa.

1.5 Análise de Dados

Após a recolha de dados, procedemos primeiramente a uma análise inicial de todos os questionários, no propósito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, ao que se seguiu a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Toda a informação foi processada através da utilização do programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 25.0 para Windows.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica.

Com a estatística descritiva determinamos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou localização como médias, medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de forma: assimetria e curtose, para além de medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson, de acordo com as características das variáveis em estudo.

O coeficiente de variação permite comparar a dispersão de dados em torno do valor médio devendo os resultados obtidos ser interpretados, conforme Pestana & Gageiro (2014), do seguinte modo: dispersão baixa se coeficiente de variação inferior ou igual a 15%, dispersão média ou moderada se superior a 15 e inferior ou igual a 30% e dispersão alta se coeficiente de variação superior a 30%.

De acordo com os mesmos autores, a medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre $-1,96$ e $+1,96$, a distribuição é simétrica. Se SK/EP for inferior a $-1,96$, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+1,96$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda.

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se adquire através do quociente com o erro padrão (EP). Deste modo, se K/EP oscilar entre $-1,96$ e $+1,96$ a distribuição diz-se mesocúrtica. Quando K/EP for inferior a $-1,96$, a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+1,96$, a distribuição é leptocúrtica.

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido

inverso. Os valores oscilam entre -1 e +1 devendo considerar-se a seguinte referência em termos absolutos (Pestana & Gageiro, 2014):

$r < 0,2$ – associação muito baixa

$0,2 \leq r \leq 0,39$ – associação baixa

$0,4 \leq r \leq 0,69$ – associação moderada

$0,7 \leq r \leq 0,89$ – associação alta

$0,9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

A comparação dos coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Relativamente à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica e não paramétrica.

Os testes paramétricos exigem a verificação simultânea das seguintes condições: que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal, que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais do que duas populações e que haja pelo menos 30 elementos em cada um dos grupos (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

A estatística não paramétrica utilizou-se como alternativa aos testes paramétricos quando os pressupostos anteriores não se verificaram (Marôco, 2014).

Face ao exposto, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destacamos:

Teste t de Student ou Teste U-Mann Whitney – para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Duarte, 2011).

Análise de variância a um factor (Anova) ou Teste de Kruskal-Wallis – para comparação de médias de uma variável quantitativa com uma variável qualitativa tricotómica. Analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar duas ou mais médias, sendo a variável exógena apenas qualitativa, com duas ou mais categorias. Associado a estes testes encontram-se os testes

post-hoc, utilizados quando existe significância estatística, para localizar as diferenças entre pares de grupos (Duarte, 2011; Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

Regressão – modelo estatístico usado para modelar relações entre variáveis e prever o valor de uma variável dependente a partir de uma ou mais variáveis independentes (preditoras) (Marôco, 2014).

Quando se pretende comparar uma variável dependente e uma independente efetua-se uma regressão linear simples. Quando existe uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes realiza-se uma regressão linear múltipla.

Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente, sendo que quanto maior for a correlação melhor a previsão. Por outro lado, quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Teste do qui quadrado (χ^2) – teste de proporções para análise de relação entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as esperadas no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as mesmas (Duarte, 2011). Quando há relação entre as variáveis, devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados de modo a se localizarem as diferenças.

Conforme Pestana & Gageiro (2003, p.141), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)“os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

Os autores supracitados consideram os seguintes valores de referência, para uma probabilidade igual a 0,05:

- $\geq 1,96$ diferença estatística significativa;
- $< 1,96$ diferença estatística não significativa.

Acresce referir que a interpretação dos resíduos ajustados necessita de pelo menos oito elementos tanto no total da linha como no da coluna (Pestana & Gageiro, 2014).

As questões foram testadas com uma probabilidade de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Este nível de significância permite garantir a existência de relação entre as variáveis, considerando-se uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Na análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância:

$p < 0,05$ - diferença estatística significativa

$p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0,05$ - diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a quadros e tabelas, onde se expõem os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, dado que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado às grávidas com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas.

A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

2. Resultados

O propósito deste capítulo é descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados alcançados referentes aos dados recolhidos no trabalho de campo. O processo de análise que se inicia está estruturado para dar resposta aos objetivos delineados.

Nesse sentido, consideramos a existência de dois subcapítulos: a análise descritiva e a análise inferencial.

Para facilitar a exposição dos resultados, recorreremos ao uso de tabelas, as quais são antecedidas da respetiva análise.

2.1 Análise Descritiva

Neste subcapítulo apresentamos a análise descritiva das variáveis que não foram consideradas na caracterização da amostra, nomeadamente, as variáveis obstétricas, as variáveis contextuais à gravidez, o empoderamento e a literacia em saúde no global e seus domínios.

2.1.1 Caracterização das variáveis obstétricas

As variáveis incluídas nesta caracterização respeitam o número de gravidezes anteriores, o número de filhos e o tipo de parto.

Número de gravidezes anteriores e número de filhos

Para o número de gravidezes anteriores observamos, pelos dados da tabela 3, que 63,2% das participantes com idade ≤ 34 anos nunca esteve grávida anteriormente, 23,6% esteve grávida uma vez e 13,2% duas ou mais vezes. Já no que respeita às grávidas com idade ≥ 35 anos, 37,8% nunca esteve grávida, sendo que o número de gestações para 42,7% foi de apenas uma e 19,5% para duas ou mais. Será pois de reparar que 55,3% das grávidas da nossa amostra estão a vivenciar a primeira experiência de gravidez.

As diferenças estatísticas são bastante significativas ($\chi^2=15,026$; $p=0,001$) situando-se precisamente nas grávidas de idade ≤ 34 anos sem gestação anterior e nas grávidas de idade ≥ 35 anos com uma gestação.

Em relação ao número de filhos e como seria de esperar face aos resultados anteriores são as grávidas com idade ≥ 35 anos que apresentam maior percentual para um filho (43,9%) e as grávidas com idade ≤ 34 anos sem filhos (71,4%), revelando também aqui diferença estatística altamente significativa ($\chi^2=16,855$; $p=0,000$) (cf. Tabela 3).

Tipo de parto

De acordo com os dados da mesma tabela, 63,3% da totalidade da amostra não teve partos anteriores sendo que, com valores percentuais muito semelhantes, 18,6% foi submetida a parto eutócico e 18,2% a parto distócico. Pelo teste qui-quadrado ($\chi^2=18,269$; $p=0,000$) verificamos que existem diferenças estatísticas altamente significativas situando-se, conforme valores residuais, entre as grávidas de idade ≤ 34 anos sem parto anterior e nas grávidas com idade ≥ 35 anos com parto distócico.

Tabela 3 – Número de gravidezes anteriores, número de filhos e tipo de parto em função do grupo etário

Grupo etário	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		X^2	p
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Nº gestações anteriores										
0	115	63,2	31	37,8	146	55,3	3,8	-3,8	15,026	0,001
1	43	23,6	35	42,7	78	29,3	-3,1	3,1		
≥ 2	24	13,2	16	19,5	40	15,2	-1,3	1,3		
Nº filhos										
0	130	71,4	37	45,1	167	63,3	4,1	-4,1	16,855	0,000
1	41	22,5	36	43,9	77	29,2	-3,5	3,5		
≥ 2	11	6,0	9	3,4	20	7,6	-1,4	1,4		
Tipo de parto										
Sem parto anterior	130	71,4	37	45,1	167	63,3	4,1	-4,1	18,269	0,000
Eutócico	29	15,9	20	24,4	49	18,6	-1,6	1,6		
Distócico	23	12,6	25	30,5	48	18,2	-3,5	3,5		

Em suma:

- Registamos que 55,3% das participantes no estudo estão a vivenciar a primeira experiência de gravidez;
- Das grávidas com idade ≤ 34 anos 71,4% não têm filhos. O maior percentual para um filho corresponde às grávidas com idade ≥ 35 anos (43,9%) e para dois ou mais filhos às grávidas com idade ≤ 34 anos (6,0%);
- Quanto ao tipo de parto, 63,3% da totalidade da amostra nunca tinha vivido esta experiência anteriormente. Das grávidas com parto anterior, e com valores percentuais muito semelhantes, 18,6% foi submetida a parto eutócico e 18,2% a parto distócico.

2.1.2 Caracterização das variáveis contextuais à gravidez

O planeamento e desejo da gravidez, o número de consultas de vigilância, o início da primeira consulta, o local da vigilância, a idade gestacional, a morbilidade materna prévia e durante a gravidez, a toma de micronutrientes, a toma de medicação durante a gravidez, a presença do enfermeiro nas consultas, o emissor de informação, a frequência ou intensão de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade, o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas durante a gravidez e a presença de acompanhante nas consultas foram as variáveis consideradas nesta caracterização.

Planeamento da gravidez

Questionadas sobre o assunto, os percentuais indicam, conforme tabela 4, que 20,9% das grávidas com idade ≤ 34 anos e 26,8% com idade ≥ 35 anos não planearam a sua gravidez, o que se traduz em 22,7% para a totalidade da amostra, contrapondo com 77,3% que a planearam. São as grávidas com idade ≤ 34 anos que em maior percentagem planeiam a gravidez (79,1%), sem contudo existir diferença estatística significativa entre grupos ($\chi^2=1,140$; $p=0,286$).

Desejo da gravidez

Na sequência da questão anterior, interrogamos também as grávidas sobre o desejo da gravidez atual. Pela análise da tabela 4 constatamos que 97,7% da totalidade da amostra deseja a sua gravidez contrariamente a 2,3%. Das grávidas que não desejam a sua gravidez, 1,6%

corresponde ao grupo etário ≤ 34 anos e 3,7% ao grupo ≥ 35 anos. Da mesma análise não verificamos diferença estatística significativa ($\chi^2=1,028$; $p=0,311$).

Tabela 4 – Planeamento da gravidez e desejo da gravidez em função do grupo etário

Variáveis	Grupo etário ≤ 34 anos		Grupo etário ≥ 35 anos		Total		Residuais		χ^2	p
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Planeamento da gravidez										
Planeada	144	79,1	60	73,2	204	77,3	1,1	-1,1	1,140	0,286
Não planeada	38	20,9	22	26,8	60	22,7	-1,1	1,1		
Desejo da gravidez										
Desejada	179	98,4	79	96,3	258	97,7	1,0	-1,0	1,028	0,311
Não desejada	3	1,6	3	3,7	6	2,3	Não aplicável			

Número de consultas de vigilância

A tabela 5 faz referência às estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância realizadas até ao momento do preenchimento do instrumento de colheita de dados. Como se evidencia, os índices mínimos e máximos são de 3 e 20 consultas, respetivamente, a que corresponde a uma média de 8,11 consultas ($\pm 3,126$). Os valores de assimetria e curtose indiciam curva enviesada à esquerda, leptocúrtica e o coeficiente de variação apresenta uma dispersão alta.

Tabela 5 – Estatísticas relativas ao número de consultas

Nº consultas	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro
	3	20	8,11	3,126	38,545	7,133	4,803

Ao analisarmos o número de consultas efetuadas, tendo em conta o preconizado pela Direção Geral de Saúde para a idade gestacional mínima da nossa amostra (Portugal, MS, DGS, 2015b), constatamos que apenas 1,1% da totalidade da amostra, não cumpriu o esquema recomendado contrapondo 98,9% que cumpriu (cf. Tabela 6).

Início da primeira consulta

O início das consultas de vigilância deve correr o mais precocemente possível, nomeadamente, no decurso do primeiro trimestre (Portugal, MS, DGS, 2015b). Atendendo à análise dos dados da tabela 6, verificamos que, com percentuais muito semelhantes, 91,2% das grávidas com idade ≤ 34 anos e 92,7% com idade ≥ 35 anos realizaram a primeira consulta de vigilância até às 12 semanas de gestação e 8,8% vs 7,3% após as 12 semanas. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0,161$; $p=0,688$).

Tabela 6 – Número de consultas e início da primeira consulta em função do grupo etário

Variáveis	Grupo etário ≤ 34 anos		Grupo etário ≥ 35 anos		Total		Residuais		χ^2	p
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Número de consultas										
< 4	1	0,5	2	2,4	3	1,1	Não aplicável		Não aplicável	
≥ 4	181	99,5	80	97,6	261	98,9	1,3	-1,3		
Início da primeira consulta										
Até às 12 semanas	166	91,2	76	92,7	242	91,7	-0,4	0,4	0,161	0,688
Depois das 12 semanas	16	8,8	6	7,3	22	8,3	0,4	-0,4		

Local de vigilância da gravidez

Em relação ao local onde decorre a vigilância da gravidez, as estatísticas indicam que, considerando a amostra global, 95,8% vigia a gravidez nos cuidados de saúde primários, 34,1% na Maternidade/Consulta Externa e cerca de metade (50,4%) recorre ao sistema de saúde privado. Registamos diferença estatística bastante significativa nas inquiridas que realizam consultas de vigilância na Maternidade/Consulta Externa ($\chi^2=11,423$; $p=0,001$) situando-se, conforme resíduos ajustados, nas grávidas com idade ≥ 35 anos que vigiam e nas grávidas com idade ≤ 34 anos que não vigiam (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Local de vigilância da gravidez em função do grupo etário

Grupo etário		≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
		N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar	Sim	176	96,7	77	93,9	253	95,8	1,1	-1,1	1,111	0,292
	Não	6	3,3	5	6,1	11	4,2	-1,1	1,1		
Maternidade/ Consulta Externa	Sim	50	27,5	40	48,8	90	34,1	-3,4	3,4	11,423	0,001
	Não	132	72,5	42	51,2	174	65,9	3,4	-3,4		
Clínica Privada/ Médico Particular	Sim	85	46,7	48	58,5	133	50,4	-1,8	1,8	3,166	0,075
	Não	97	53,3	34	41,5	131	49,6	1,8	-1,8		

Idade gestacional

Analisando as estatísticas da idade gestacional, apuramos que, o tempo mínimo foi de 28 semanas e o máximo de 40 semanas, sendo a média de 33,61 semanas ($\pm 3,462$). O coeficiente de variação mostra uma dispersão baixa e, quanto aos valores de assimetria e curtose, a distribuição tende para curva simétrica e platicúrtica (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Estatísticas relativas à idade gestacional

Idade gestacional	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro
	28	40	33,61	3,462	10,300	0,266	-4,270

Como complemento à análise da tabela anterior, registamos na tabela 9 a idade gestacional em semanas considerando-se, conforme literatura, idade gestacional inferior a 37 semanas pré-termo e superior ou igual a 37 de termo (Mendes da Graça, 2012).

Constatamos que 71,2% das participantes têm idade gestacional inferior a 37 semanas e 28,8% superior ou igual a 37 semanas. Na comparação com o grupo etário, observamos igual tendência para as de idade ≤ 34 anos (70,9%) e ≥ 35 anos (72,0%). O teste do qui quadrado ($x^2=0,032$; $p=0,859$) e os resíduos ajustados não revelam significância estatística.

Tabela 9 – Idade gestacional em função do grupo etário

Variável	Grupo etário ≤ 34 anos		Grupo etário ≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Idade gestacional										
< 37 Semanas	129	70,9	59	72,0	188	71,2	-0,2	0,2	0,032	0,859
≥ 37 Semanas	53	29,1	23	28,0	76	28,8	0,2	-0,2		

Morbilidade materna prévia à gravidez

No que concerne à morbilidade materna prévia à gravidez, aferimos que 88,3% das grávidas participantes não tinham problemas de saúde antes de engravidar, em comparação aos 11,7% que a manifestaram. Analisando os resultados em função do grupo etário verificamos que a maioria das grávidas, tanto as de idade ≤ 34 anos (91,8%) como as de idade ≥ 35 anos (80,5%), eram saudáveis. Pelo teste do qui quadrado ($x^2=6,929$; $p=0,008$) apuramos diferença estatística bastante significativa situando-se as mesmas, conforme valores residuais, nas grávidas de idade ≤ 34 anos sem morbilidade prévia e nas grávidas de idade ≥ 35 anos com morbilidade prévia à gravidez (cf. Tabela 10).

Morbilidade materna durante a gravidez

Na tabela 10 fazemos ainda referência à morbilidade materna durante a gravidez apresentada pelas participantes neste estudo. Ressalta-se que a maior percentagem (72,0%) não teve problemas de saúde durante a gestação. Entre as que referiram patologia (28,0%), 23,6% tem idade ≤ 34 anos e 37,8% tem idade ≥ 35 anos. As diferenças estatísticas são significativas ($x^2=5,633$; $p=0,018$) situando-se precisamente nas grávidas do grupo etário ≤ 34 anos sem morbilidade materna durante a gravidez e no grupo etário ≥ 35 anos com morbilidade.

Tabela 10 – Morbidade materna prévia e durante a gravidez em função do grupo etário

Variáveis	Grupo etário		Total		Residuais		x ²	p		
	≤ 34 anos	≥ 35 anos	N	%	≤ 34 anos	≥ 35 anos				
	(182)	(68,9)	(82)	(31,1)	(264)	(100)				
Morbidade materna prévia à gravidez										
Sim	15	8,2	16	19,5	31	11,7	-2,6	2,6	6,929	0,008
Não	167	91,8	66	80,5	233	88,3	2,6	-2,6		
Morbidade materna durante a gravidez										
Sim	43	23,6	31	37,8	74	28,0	-2,4	2,4	5,633	0,018
Não	139	76,4	51	62,2	190	72,0	2,4	-2,4		

Quanto aos problemas de saúde mais prevalentes no grupo em estudo, destacamos as infecções urinárias (23,0%), a diabetes (20,3%), a ameaça de abortamento (17,6%) e a hipertensão (14,9%) (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Patologias durante a gravidez

Patologias	N (74)	% (100)	
Diabetes	Sim	15	20,3
	Não	59	79,7
Hipertensão	Sim	11	14,9
	Não	63	85,1
Ameaça de abortamento	Sim	13	17,6
	Não	61	82,4
Ameaça de parto prematuro	Sim	6	8,1
	Não	68	91,9
Toxoplasmose	Sim	4	5,4
	Não	70	94,6
Vômitos abundantes	Sim	3	4,1
	Não	71	95,9
Infecções urinárias	Sim	17	23,0
	Não	57	77,0
Infecções vaginais	Sim	7	9,5
	Não	67	90,5

Toma de micronutrientes durante a gravidez

A toma de micronutrientes durante a gestação verificou-se em todas as participantes no estudo (cf. Tabela 12). A suplementação com ácido fólico foi a que apresentou a frequência percentual mais elevada (82,6%), seguindo-se a do ferro (58,0%) e, posteriormente, a suplementação com o iodo (51,9%).

Tabela 12 – Toma de micronutrientes durante a gravidez

Micronutrientes		N (264)	% (100)
Ferro	Sim	153	58,0
	Não	111	42,0
Ácido fólico	Sim	218	82,6
	Não	46	17,4
Iodo	Sim	137	51,9
	Não	127	48,1
Magnésio	Sim	87	33,0
	Não	177	67,0
Cálcio	Sim	15	5,7
	Não	249	94,3
Vitaminas	Sim	102	38,6
	Não	162	61,4
Nenhum	Sim	0	0
	Não	264	100

Toma de medicação durante a gravidez

No seguimento do estudo anterior também questionamos as grávidas sobre o consumo de fármacos durante a gravidez, não considerando a toma de micronutrientes. Atendendo à análise da tabela 13, constatamos que 28,0% da totalidade da amostra tomou medicação durante a gravidez, correspondendo 26,4% ao grupo etário ≤ 34 anos e 31,7% ao grupo etário ≥ 35 anos. Pela mesma análise, verificamos que não existe significância estatística ($\chi^2=0,797$; $p=0,372$), o que é comprovado pelos resíduos ajustados.

Tabela 13 – Toma de medicação durante a gravidez em função do grupo etário

Grupo etário	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Toma de medicação										
Sim	48	26,4	26	31,7	74	28,0	-0,9	0,9	0,797	0,372
Não	134	73,6	56	68,3	190	72,0	0,9	-0,9		

Presença do enfermeiro nas consultas de vigilância da gravidez

Analisando a presença do enfermeiro nas consultas apuramos que esta ocorreu sempre em 84,8% da amostra, conforme tabela 14. Entre as do grupo etário ≤ 34 anos, a prevalência foi de 85,7% e nas do grupo etário ≥ 35 anos de 82,9%, sem contudo se verificar significância estatística ($x^2=0,342$; $p=0,559$).

Tabela 14 – Presença do enfermeiro nas consultas de vigilância da gravidez em função do grupo etário

Grupo etário	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Presença do Enfermeiro										
Raramente/nunca	26	14,3	14	17,1	40	15,2	-0,6	0,6	0,342	0,559
Sempre	156	85,7	68	82,9	224	84,8	0,6	-0,6		

Emissor de informação na gravidez

Os dados apresentados na tabela 15, respeitam ao emissor de informação na gravidez. Assinalamos que, para saber mais acerca da sua gestação, as grávidas do estudo recorreram em primeira linha ao Médico (87,5%), seguindo-se ao Enfermeiro (77,3%) e, posteriormente, à Internet (57,2%). Verificamos diferença estatística bastante significativa quando o emissor de informação é um familiar ($x^2=7,820$; $p=0,005$) e outras grávidas ($x^2=9,353$; $p=0,002$) situando-se precisamente, conforme valores residuais, nas grávidas do grupo etário ≤ 34 anos que recorrem aos familiares e a outras grávidas para saber mais acerca da gravidez e nas grávidas do grupo etário ≥ 35 anos que não recorrem.

Tabela 15 – Emissor de informação na gravidez

Grupo etário		≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
		N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Enfermeiro	Sim	143	78,6	61	74,4	204	77,3	0,8	-0,8	0,563	0,453
	Não	39	21,4	21	25,6	60	22,7	-0,8	0,8		
Médico	Sim	155	85,2	76	92,7	231	87,5	-1,7	1,7	2,921	0,087
	Não	27	14,8	6	7,3	33	12,5	1,7	-1,7		
Familiar	Sim	59	32,4	13	15,9	72	27,3	2,8	-2,8	7,820	0,005
	Não	123	67,6	69	84,1	192	72,7	-2,8	2,8		
Outras grávidas	Sim	51	28,0	9	11,0	60	22,7	3,1	-3,1	9,353	0,002
	Não	131	72,0	73	89,0	204	77,3	-3,1	3,1		
Livros/revistas/panfletos	Sim	48	26,4	21	25,6	69	26,1	0,1	-0,1	0,017	0,896
	Não	134	73,6	61	74,4	195	73,9	-0,1	0,1		
Internet	Sim	107	58,8	44	53,7	151	57,2	0,8	-0,8	0,608	0,435
	Não	75	41,2	38	46,3	113	42,8	-0,8	0,8		
Amigos	Sim	34	18,7	9	11,0	43	16,3	1,6	-1,6	2,462	0,117
	Não	148	81,3	73	89,0	221	83,7	-1,6	1,6		

Curso de preparação para o parto e parentalidade

Ao inquirirmos as gestantes sobre a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade deparamo-nos com 28,8% a não frequentar ou sem intenção de frequentar o curso. Das que o frequentam ou pretendem frequentar 73,6% corresponde ao grupo etário ≤ 34 anos e 65,9% ao grupo etário ≥ 35 anos (cf. Tabela 16). As diferenças estatísticas não são significativas o que é comprovado pelos valores residuais ($x^2=1,666$; $p=0,197$).

Tabela 16 – Frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade em função do grupo etário

Variável	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Curso de preparação para o parto										
Sim	134	73,6	54	65,9	188	71,2	1,3	-1,3	1,666	0,197
Não	48	26,4	28	34,1	76	28,8	-1,3	1,3		

Consumo de tabaco durante a gravidez

Revela a tabela 17 que, cerca de 9 em cada 10 das inquiridas não consumiu tabaco durante a gravidez, sendo maior a percentagem entre as grávidas com 35 ou mais anos (92,7%) do que entre as de idade ≤ 34 anos (89,7%), não existindo diferença estatística significativa ($\chi^2=0,643$; $p=0,423$).

Tabela 17 – Consumo de tabaco durante a gravidez em função do grupo etário

Grupo etário	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
	(182)	(68,9)	(82)	(31,1)	(264)	(100)				
Consumo de tabaco										
Sim	19	10,4	6	7,3	25	9,5	0,8	-0,8	0,643	0,423
Não	163	89,6	76	92,7	239	90,5	-0,8	0,8		

Para as consumidoras, que no seu conjunto representam 9,5% da amostra, as estatísticas apontam um consumo mínimo de 1 e um máximo de 10 cigarros por dia, sendo a média de 3,84 ($\pm 2,478$). O coeficiente de variação evidencia uma dispersão alta e os valores de assimetria e curtose indiciam uma distribuição simétrica, mesocúrtica (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Estatística relativa ao número de cigarros consumidos

Número de cigarros	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro
	1	10	3,84	2,478	64,53	1,737	-0,331

Consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez

De igual forma, procuramos saber os hábitos das grávidas relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas. Perante os resultados da tabela 19, constatamos que 97,7% das grávidas não ingeriu bebidas alcoólicas em detrimento de 2,3% que respondeu afirmativamente. Os valores percentuais encontrados são similares entre grupos não se registando significância estatística ($\chi^2=0,015$; $p=0,903$).

Tabela 19 – Consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez em função do grupo etário

Variável	Grupo etário		Total		Residuais		x ²	p
	≤ 34 anos	≥ 35 anos	N	%	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
	N (182)	% (68,9)	N (82)	% (31,1)	N (264)	% (100)		
Consumo de bebidas alcoólicas								
Sim	4	2,2	2	2,4	6	2,3	Não aplicável	0,015 0,903
Não	178	97,8	80	97,6	258	97,7	0,1 -0,1	

Acompanhante nas consultas de vigilância pré-natal

Assinalamos, pela análise da tabela 20, que 75% das auscultadas referiram o marido/companheiro como a pessoa significativa que mais as acompanha nas consultas de vigilância da gravidez. Cerca de 4 em cada 10 grávidas (36,4%) frequentam as consultas sozinhas.

Tabela 20 – Acompanhante nas consultas de vigilância pré-natal

Acompanhante		N (264)	% (100)
Ninguém	Sim	96	36,4
	Não	168	63,6
Marido/companheiro	Sim	198	75
	Não	66	25
Outro	Sim	43	16,3
	Não	221	83,7
Amiga(o)	Sim	1	0,4
	Não	263	99,6

Como síntese aos resultados obtidos, ressaltamos:

- Da totalidade da amostra, 22,7% não planeou a gravidez contrapondo 77,3% que a planejaram. São as grávidas com idade ≤ 34 anos que em maior percentagem planeiam a gravidez (79,1%);
- Desejam a gravidez atual 97,7% das participantes;
- Iniciaram a vigilância de gravidez até ao primeiro trimestre 91,7% das grávidas e 98,9% cumpriu o esquema recomendado do número de consultas;

- Em relação ao local de vigilância de gravidez, 95,8% da amostra global vigia a gravidez nos cuidados de saúde primários, 34,1% na Maternidade/Consulta Externa e cerca de metade (50,4%) recorre ao sistema de saúde privado;
- As inquiridas tinham em média 33,61 semanas de gestação quando participaram no estudo ($\pm 3,462$);
- Considerando a amostra global, 71,2% apresenta idade gestacional < a 37 semanas e 28,8% ≥ 37 semanas;
- Registamos que 88,3% da totalidade das participantes não tinham problemas de saúde antes de engravidar;
- A morbilidade materna durante a gravidez foi diagnosticada em 23,6% nas grávidas com idade ≤ 34 anos e 37,8% nas grávidas com idade ≥ 35 anos, sendo as infeções urinárias (23%) e a diabetes (20,3%) as duas patologias mais prevalentes;
- A toma de micronutrientes durante a gestação verificou-se em todas as participantes no estudo, sendo a suplementação com ácido fólico a que apresentou a frequência percentual mais elevada (82,6%), seguindo-se a do ferro (58,0%) e, posteriormente, a suplementação com o iodo (51,9%).
- Mais de $\frac{1}{4}$ da amostra global tomou medicação durante a gravidez correspondendo 26,4% ao grupo etário ≤ 34 anos e 31,7% ao grupo etário ≥ 35 anos;
- A presença do enfermeiro nas consultas ocorreu sempre em 84,8% da amostra, correspondendo 85,7% ao grupo etário ≤ 34 anos e 82,9% ao grupo etário ≥ 35 anos;
- Evidenciamos que, para saber mais acerca da sua gestação, as grávidas do estudo recorreram em primeira linha ao Médico (87,5%), seguindo-se ao Enfermeiro (77,3%) e, posteriormente, à Internet (57,2%);
- A percentagem de grávidas que mencionaram frequentar ou pretender frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade foi de 71,2%;
- No que se refere ao consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, 9,5% e 2,3% da totalidade da amostra, respetivamente, consumiram essas substâncias com pendor mais acentuado em relação ao tabaco para as de idade ≤ 34 anos (10,4%) e às bebidas alcoólicas para as de idade ≥ 35 anos (2,4%);
- Assinalamos que 75% das auscultadas referiram o marido/companheiro como a pessoa significativa que mais as acompanha nas consultas de vigilância da gravidez. No entanto, cerca de 4 em cada 10 grávidas (36,4%) frequentam as consultas sozinhas.

2.1.3 Caracterização da amostra quanto ao empoderamento

A Escala de Empoderamento da Grávida incorpora 5 dimensões: autoestima, autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e imagem futura, sendo que o valor global de empoderamento é calculado pela soma dos valores das suas dimensões. Quanto maior o valor obtido, melhor o nível de empoderamento da grávida, proporcionando-se as categorias: baixo empoderamento, empoderamento intermédio e empoderamento elevado, como já havia sido abordado anteriormente.

Atendendo à análise da tabela 21 constatamos que o valor global da escala varia entre o mínimo de 34 e o máximo de 101, com média de 80,08 ($\pm 8,94$), condizente com um nível intermédio de empoderamento. O coeficiente de variação exibe dispersão baixa em torno do valor médio e os valores de assimetria e curtose revelam distribuição assimétrica negativa, leptocúrtica.

Analisando as dimensões da escala, a *Autoestima* é o que apresenta a média mais alta (24,58; $\pm 3,44$) e a *Imagem futura* a mais baixa (10,25; $\pm 1,39$). De igual forma que para o valor global, os coeficientes de variação apresentam dispersão baixa, à exceção da *Autoeficácia*, a qual ostenta uma dispersão média. Quanto aos valores de assimetria e curtose verifica-se uma distribuição assimétrica negativa, leptocúrtica na *Autoestima* e na *Autoeficácia*, simétrica, mesocúrtica no *Apoio e garantias de outros*, simétrica, leptocúrtica na *Alegria de uma adição à família* e distribuição assimétrica negativa, mesocúrtica na *Imagem futura*.

Tabela 21 – Estatísticas relativas ao valor global e às dimensões da Escala do Empoderamento da Grávida

Dimensões	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Autoestima	8	32	24,58	3,44	13,99	-4,29	8,71
Autoeficácia	7	28	19,04	3,16	16,60	-4,89	4,55
Apoio e garantias de outros	8	16	13,11	1,92	14,65	1,84	-1,92
Alegria de uma adição à família	4	16	13,11	1,96	14,95	-1,92	2,22
Imagem futura	5	12	10,25	1,39	13,56	-5,72	1,18
Valor global	34	101	80,08	8,94	11,16	-4,31	8,46

Não obstante aos resultados anteriormente apresentados, procuramos caracterizar o nível de empoderamento da grávida em função do grupo etário. Repare-se que 40,9% da totalidade da amostra apresenta um nível intermédio de empoderamento, sendo secundado pelo nível baixo e elevado com valores percentuais iguais (29,5% vs 29,5%) (cf. Tabela 22).

Analisando os resultados em função do grupo etário, evidenciamos que tanto as grávidas com idade ≤ 34 anos (41,2%) como as de idade ≥ 35 anos (40,2%) ostentam um nível intermédio de empoderamento. Da mesma análise aferimos, ainda, que são as grávidas do grupo etário ≤ 34 anos que apresentam maior percentual para o nível baixo de empoderamento (31,9%) e, por conseguinte, as do grupo etário ≥ 35 anos para o nível elevado (35,4%) (cf. Tabela 22).

Pelo teste do qui quadrado ($\chi^2=2,447$; $p=0,294$) verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas, o que é comprovado pelos resíduos ajustados.

Tabela 22 – Nível de empoderamento da grávida em função do grupo etário.

	Grupo etário Níveis de Empoderamento	≤ 34 anos (1)		≥ 35 anos (2)		Total		Residuais		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%	(1)	(2)		
Empoderamento da grávida (global)	Baixo	58	31,9	20	24,4	78	29,5	1,2	-1,2	2,447	0,294
	Intermédio	75	41,2	33	40,2	108	40,9	0,1	-0,1		
	Elevado	49	26,9	29	35,4	78	29,5	-1,4	1,4		

Em síntese:

- Da totalidade da amostra 40,9% das inquiridas apresenta um nível intermédio de empoderamento, sendo secundado pelo nível baixo e elevado com valores percentuais iguais (29,5% vs 29,5%).

2.1.4 Caracterização da amostra quanto à literacia em saúde

O instrumento HLS-EU-PT integra três domínios da saúde: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, sendo que o valor global é calculado pela soma dos valores dos seus domínios. A interpretação dos resultados do questionário é feita no sentido de que quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de literacia em saúde da grávida, possibilitando, assim, a definição dos quatro níveis de literacia em saúde: inadequada, problemática, suficiente e excelente, como referido anteriormente.

Os dados apresentados na tabela 23 revelam que o valor global da escala varia entre 12,77 e 50 a que corresponde uma média de 36,19 ($\pm 6,51$), coerente com um nível suficiente de literacia em saúde. Para o domínio *Cuidados de saúde* o mínimo é de 18,75 e o máximo 50 enquanto no domínio *Prevenção da doença* oscila entre os 12,50 e 50 com médias, respetivamente, de 37,35 ($\pm 5,84$) e 36,37 ($\pm 6,97$). Relativamente ao domínio *Promoção da saúde*, os dados apontam o valor mínimo de 5,47 e o máximo de 50, correspondendo a uma média de 34,87 ($\pm 8,18$). Os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas em torno do valor médio em ambos os domínios e no valor global. Os valores de assimetria e curtose revelam curvas normais para o primeiro domínio e distribuição assimétrica negativa, leptocúrtica para a *Prevenção da doença* e *Promoção da saúde*. Para o valor global evidenciamos uma distribuição simétrica, leptocúrtica.

Tabela 23 – Estatísticas relativas ao valor global e aos domínios do questionário HLS-EU-PT

Domínios	Mín.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Cuidados de saúde	18,75	50	37,35	5,84	15,63	1,51	0,37
Prevenção da doença	12,50	50	36,37	6,97	19,16	-2,11	2,77
Promoção da saúde	5,47	50	34,87	8,18	23,46	-4,18	3,88
Valor global	12,77	50	36,19	6,51	17,99	-0,93	2,39

2.2 Análise Inferencial

Após a caracterização da amostra face às variáveis em estudo, procedemos à análise inferencial dos dados obtidos tendo em conta as questões de investigação formuladas. Procuraremos avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes com a literacia em saúde da grávida.

Questão 1: Qual o nível de literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

De acordo com os resultados da tabela 24, 58,7% das grávidas possui um nível de literacia em saúde geral suficiente, sendo secundada pelo problemático com 21,6%. Com valores mais baixos estão representados os níveis de literacia em saúde excelente e inadequado (15,5% vs 4,2%, respetivamente). Ao estudarmos a relação com os grupos etários não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,085$; $p=0,555$).

Atendendo aos valores por domínios (cf. Tabela 24) constatamos que, de igual forma, as participantes apresentam um nível de literacia em saúde suficiente em todos eles, correspondendo 58,0% aos *Cuidados de saúde*, 54,2% à *Prevenção da doença* e 48,1% à *Promoção da saúde*. É na dimensão *Promoção da Saúde* que se destacam os valores mais preocupantes no que respeita ao nível inadequado de literacia em saúde: 12,5% vs 1,9% nos *Cuidados de saúde* e 7,2% na *Prevenção da doença*. Por conseguinte, são estas duas dimensões que apresentam os melhores resultados quanto ao nível excelente de literacia em saúde (19,3% em ambos).

Da mesma análise verificamos que são as grávidas com idade ≤ 34 anos que apresentam em todos os domínios um maior valor percentual para o nível inadequado de literacia em saúde, oscilando entre 2,7% nos *Cuidados de Saúde* e 13,7% na *Promoção da Saúde*. Ao invés, são as grávidas com idade ≥ 35 anos que assumem maior valor percentual ao nível de literacia em saúde excelente, à exceção no domínio *Prevenção da doença*. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas conforme resultados do teste de χ^2 .

Tabela 24 – Nível de literacia em saúde em todos os domínios da escala e índice geral em função do grupo etário

Domínios	Grupo etário Níveis de literacia em saúde	≤ 34 anos (1)		≥ 35 anos (2)		Total		Residuais		x ²	p
		N	%	N	%	N	%	(1)	(2)		
Cuidados de Saúde	Inadequado	5	2,7	0	0,0	5	1,9	1,5	-1,5	6,518	0,089
	Problemático	33	18,1	22	26,8	55	20,8	-1,6	1,6		
	Suficiente	112	61,5	41	50,0	153	58,0	1,8	-1,8		
	Excelente	32	17,6	19	23,2	51	19,3	-1,1	1,1		
Prevenção da Doença	Inadequado	15	8,2	4	4,9	19	7,2	1,0	-1,0	3,371	0,338
	Problemático	32	17,6	19	23,2	51	19,3	-1,1	1,1		
	Suficiente	96	52,7	47	57,3	143	54,2	-0,7	0,7		
	Excelente	39	21,4	12	14,6	51	19,3	1,3	-1,3		
Promoção da saúde	Inadequado	25	13,7	8	9,8	33	12,5	0,9	-0,9	0,858	0,836
	Problemático	41	22,5	20	24,4	61	23,1	-0,3	0,3		
	Suficiente	87	47,8	40	48,8	127	48,1	-0,1	0,1		
	Excelente	29	15,9	14	17,1	43	16,3	-0,2	0,2		
Literacia em saúde (geral)	Inadequado	9	4,9	2	2,4	11	4,2	0,9	-0,9	2,085	0,555
	Problemático	36	19,8	21	25,6	57	21,6	-1,1	1,1		
	Suficiente	107	58,8	48	58,5	155	58,7	0,0	0,0		
	Excelente	30	16,5	11	13,4	41	15,5	0,6	-0,6		

Em suma:

- As grávidas em estudo possuem maioritariamente um nível de literacia em saúde geral suficiente (58,7%);
- Cerca de ¼ da amostra apresenta um nível problemático/inadequado;
- No domínio *Cuidados de Saúde* 58,0% das participantes detém uma literacia em saúde suficiente;
- De igual forma, evidenciamos um nível suficiente no domínio *Prevenção da Doença*;
- No que respeita ao domínio *Promoção da Saúde* apenas cerca de 48,1% e 16,3% das inquiridas revela ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde, respetivamente.

Questão 2: Que variáveis sociodemográficas influenciam a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Relação entre a idade e a literacia em saúde da grávida

Os resultados obtidos pelo teste de U Mann-Whitney indicam que as grávidas com idade ≥ 35 anos apresentam ordenações médias mais elevadas no índice geral de literacia em saúde bem como nos domínios *Cuidados de saúde* e *Promoção da saúde*. Por conseguinte, as ordenações médias mais elevadas para as grávidas com idade ≤ 34 anos situam-se no domínio *Prevenção da doença*. As diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 25), pelo que se rejeita a relação entre ambas ($p > 0,05$).

Tabela 25 – Teste U Mann-Whitney entre o grupo etário e a literacia em saúde

Grupo etário	≤ 34 anos	≥ 35 anos	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	131,21	135,37	7226,500	-0,411	0,681
Prevenção da doença	133,73	129,77	7238,000	-0,392	0,695
Promoção da saúde	131,00	135,83	7189,000	-0,478	0,633
Literacia em saúde	131,70	134,27	7317,000	-0,253	0,801

Relação entre a nacionalidade e a literacia em saúde da grávida

Procuramos saber em que medida a nacionalidade discrimina a literacia em saúde da grávida. Realizado o teste U Mann-Whitney (cf. Tabela 26) verificamos que as grávidas portuguesas, em relação às de nacionalidade estrangeira, têm ordenações médias superiores em todos os domínios da escala bem como no índice geral, o que traduz uma melhor literacia em saúde, com significância estatística em todas as dimensões ($p < 0,05$).

Tabela 26 – Teste U Mann-Whitney entre a nacionalidade e a literacia em saúde

Nacionalidade Domínios	Portuguesa	Estrangeira	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	135,71	93,38	1657,500	-2,388	0,017
Prevenção da doença	135,98	90,00	1590,000	-2,600	0,009
Promoção da saúde	135,80	92,25	1635,000	-2,464	0,014
Literacia em saúde	136,11	88,40	1558,000	-2,688	0,007

Relação entre o estado civil e a literacia em saúde da grávida

Para compreender a relação entre o estado civil e a literacia em saúde da grávida recorreremos ao teste U Mann-Whitney. Pela análise da tabela 27 extraímos que são as grávidas com companheiro que têm ordenações médias mais altas em todos os domínios e no índice geral de literacia em saúde. Contudo, não se regista significância estatística, pelo que não se pode validar a relação entre ambas.

Tabela 27 – Teste U Mann-Whitney entre o estado civil e a literacia em saúde

Estado civil Domínios	Solteira/ divorciada	Casada/ união facto	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	128,04	133,49	4970,000	-0,448	0,654
Prevenção da doença	127,72	133,56	4954,500	-0,482	0,630
Promoção da saúde	126,79	133,77	4910,000	-0,575	0,565
Literacia em saúde	124,51	134,28	4800,500	-0,802	0,423

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

Procuramos estudar a relação entre o local de residência e a literacia em saúde da grávida tendo-se realizado para o efeito o teste U Mann-Whitney. Atendendo à análise da tabela 28, constatamos que as grávidas a residir em meio urbano apresentam ordenações médias mais elevadas nos domínios *Cuidados de saúde* e *Promoção da Saúde*. As grávidas a residir em meio rural têm ordenações médias mais elevadas no domínio *Prevenção da doença*. Quanto ao índice geral, verificamos uma ordenação média infimamente superior no meio urbano. Não se

identificam diferenças estatísticas significativas pelo que se rejeita a relação entre ambas ($p > 0,05$).

Tabela 28 – Teste U Mann-Whitney entre o local de residência e a literacia em saúde

Local de residência Domínios	Rural	Urbano	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	131,97	132,82	8115,500	-0,087	0,931
Prevenção da doença	135,01	130,99	7919,000	-0,415	0,678
Promoção da saúde	131,24	133,25	8043,000	-0,208	0,835
Literacia em saúde	132,43	132,54	8160,500	-0,012	0,991

Relação entre as habilitações literárias e a literacia em saúde da grávida

No sentido de identificarmos em que medida as habilitações literárias justificam a literacia em saúde da grávida realizamos o teste de Kruskal-Wallis. É notório, pelos resultados apresentados na tabela 29, que são as grávidas com ensino superior que apresentam ordenações médias mais elevadas em todos os domínios, assim como no índice geral. As diferenças estatísticas são altamente significativas em todas as dimensões ($p = 0,000$) concluindo-se que a literacia em saúde é influenciada pelo nível de escolaridade.

Tabela 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a literacia em saúde

Habilitações literárias Domínios	$\leq 3^\circ$ Ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior	X ²	p
	OM	OM	OM		
Cuidados de saúde	88,81	132,71	157,32	30,314	0,000
Prevenção da doença	94,32	127,35	159,47	28,290	0,000
Promoção da saúde	85,52	118,43	173,34	55,799	0,000
Literacia em saúde	88,36	124,61	165,59	40,174	0,000

Como ocorreram significâncias estatísticas efetuamos o teste Post-Hoc – Tukey para localizar as diferenças entre pares de grupos. Aferimos, pelos dados da tabela 30, que as diferenças se encontram em todos os domínios e no índice geral, entre as grávidas com nível de

escolaridade $\leq 3^{\circ}$ ciclo e aquelas que possuem o ensino secundário e superior, assim como entre as grávidas com ensino secundário e o ensino superior.

Tabela 30 – Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e a literacia em saúde

Domínios	Pares	$\leq 3^{\circ}$ Ciclo/ Ensino Secundário	$\leq 3^{\circ}$ Ciclo/ Ensino Superior	Ensino Secundário/ Ensino Superior
		P	P	p
Cuidados de saúde		0,001	0,000	0,040
Prevenção da doença		0,015	0,000	0,005
Promoção da saúde		0,009	0,000	0,000
Literacia em saúde		0,005	0,000	0,000

Relação entre a profissão e a literacia em saúde da grávida

De igual modo, procuramos determinar a relação entre a profissão e a literacia em saúde. Do resultado obtido pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis (cf. Tabela 31), ressaltamos que as grávidas com atividade profissional integrada no grupo das profissões intelectuais têm melhores níveis de literacia em todos os domínios e índice geral, pois apresentam ordenações médias mais elevadas. Seguidamente estão as grávidas com atividade profissional pertencente ao grupo das profissões técnicas e, por último, as do grupo de profissões indiferenciadas. As diferenças estatísticas encontradas são altamente significativas ($p=0,000$) em todas as dimensões, pelo que se afirma que a literacia em saúde da grávida é influenciada pelo grupo profissional.

Tabela 31 – Teste de Kruskal-Wallis entre a profissão e a literacia em saúde

Profissão	Intelectuais	Técnicas	Indiferenciadas	X ²	P
	OM	OM	OM		
Cuidados de saúde	154,54	131,55	88,46	20,066	0,000
Prevenção da doença	158,97	129,22	87,36	24,179	0,000
Promoção da saúde	173,73	122,00	81,67	44,861	0,000
Literacia em saúde	164,39	127,68	81,24	32,806	0,000

Realizado o teste Post-Hoc – Tukey para localizar as diferenças entre pares de grupos, constatamos que as mesmas se encontram em todos os domínios e índice geral de literacia em saúde entre os grupos das profissões intelectuais e indiferenciadas. O mesmo se verifica para os restantes pares de grupos exceto no domínio *Cuidados de saúde* entre os grupos das profissões intelectuais e técnicas e *Prevenção da doença* entre os grupos das profissões técnicas e indiferenciadas (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre a profissão e a literacia em saúde

Pares	Intelectuais/ Técnicas	Intelectuais/ Indiferenciadas	Técnicas/ Indiferenciadas
	p	P	p
Cuidados de saúde	-	0,000	0,004
Prevenção da doença	0,009	0,000	-
Promoção da saúde	0,000	0,000	0,004
Literacia em saúde	0,001	0,000	0,001

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

No intuito de se analisar a relação entre a situação profissional e a literacia em saúde efetuamos o teste U Mann-Whitney. Pelos dados obtidos e insertos na tabela 33 verificamos que as ordenações médias são superiores nas grávidas com ocupação profissional, tanto nos vários domínios da escala como no índice geral. Existem significâncias estatísticas em todas as dimensões pelo que se valida a relação entre ambas ($p < 0,05$).

Tabela 33 – Teste U Mann-Whitney entre a situação profissional e a literacia em saúde

Situação profissional	Empregada	Desempregada	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	138,47	92,09	2536,000	-3,312	0,001
Prevenção da doença	138,90	89,24	2439,000	-3,554	0,000
Promoção da saúde	139,73	83,59	2247,000	-4,021	0,000
Literacia em saúde	139,80	83,09	2230,000	-4,044	0,000

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

Realizado o teste de Kruskal-Wallis, para o estudo da influência do rendimento familiar mensal sobre a literacia em saúde, observamos que em todos os domínios e no índice geral se encontram ordenações médias superiores no grupo das grávidas com rendimento mensal familiar superior ou igual a 1501€. As diferenças encontradas são altamente significativas ($p=0,000$), atestando a relação de dependência entre as variáveis (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Teste de Kruskal-Wallis entre o rendimento familiar e a literacia em saúde

Rendimento familiar	≤ 500€	501-1000€	1001-1500€	≥ 1501€	X ²	p
Domínios	OM	OM	OM	OM		
Cuidados de saúde	84,14	120,36	138,09	190,05	31,053	0,000
Prevenção da doença	84,82	120,68	141,60	178,30	24,723	0,000
Promoção da saúde	78,43	118,78	141,50	189,35	34,632	0,000
Literacia em saúde	76,70	118,51	141,23	192,21	37,001	0,000

Como complemento à análise anterior, recorreremos ao teste Post Hoc-Tukey para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. Evidenciamos que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios e no índice geral de literacia em saúde entre os grupos de rendimento familiar $\geq 1500\text{€}$ com os grupos ≤ 500 e 501-1000€ e entre os grupos ≤ 500 e 1001-1500€. Verificamos, também, diferenças entre o grupo de rendimento familiar entre 1001-1500€ e $\geq 1500\text{€}$ no domínio *Cuidados de saúde* e no índice geral (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento familiar e a literacia em saúde

Domínios	Pares	≤ 500€/501-1000€	≤ 500€/1001-1500€	≤ 500€/≥ 1501€	501-1000€/1001-1500€	501-1000€/≥ 1501€	1001-1500€/≥ 1501€
		p	p	p	p	p	p
Cuidados de saúde		-	0,009	0,000	-	0,000	0,02
Prevenção da doença		-	0,006	0,000	-	0,000	-
Promoção da saúde		-	0,001	0,000	-	0,000	-
Literacia em saúde		-	0,001	0,000	-	0,000	0,003

Relação entre a religião e a literacia em saúde da grávida

Por forma a averiguarmos a existência de relação entre a religião e a literacia em saúde da grávida foi realizado o teste U Mann-Whitney. Os resultados apontam (cf. Tabela 36) que as grávidas que professam a religião católica apresentam ordenações médias superiores em todos os domínios da escala bem como no índice geral, com diferença estatística significativa no domínio *Promoção da saúde* ($p < 0,05$), comprovando-se que religião influencia a literacia em saúde da grávida neste domínio.

Tabela 36 – Teste U Mann-Whitney entre a religião e a literacia em saúde

Domínios	Religião	Católica	Não católica	UMW	Z	p
		OM	OM			
Cuidados de saúde		134,82	117,30	3475,500	-1,267	0,205
Prevenção da doença		135,18	114,94	3393,000	-1,466	0,143
Promoção da saúde		136,51	106,27	3089,500	-2,192	0,028
Literacia em saúde		135,98	109,74	3211,000	-1,894	0,058

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

Com a finalidade de identificarmos em que medida o acesso à internet justifica a literacia em saúde da grávida realizamos o teste U Mann-Whitney. É patente, pelos resultados da tabela 37, que são as grávidas com acesso à internet no domicílio que apresentam ordenações médias mais elevadas em relação às que não possuem. Estes valores são evidentes em todos os domínios da escala bem como no índice geral. As diferenças estatísticas encontradas são significativas no domínio *Prevenção da doença* ($p < 0,05$) e bastante significativas nas restantes dimensões ($p < 0,01$), pelo que se valida a relação entre ambas.

Tabela 37 – Teste U Mann-Whitney entre o acesso à internet e a literacia em saúde

Domínios	Internet	Sim	Não	UMW	Z	p
		OM	OM			
Cuidados de saúde		136,98	83,18	1577,000	-3,170	0,002
Prevenção da doença		136,07	93,20	1797,500	-2,531	0,011
Promoção da saúde		136,49	88,59	1696,000	-2,831	0,005
Literacia em saúde		136,94	83,64	1587,000	-3,136	0,002

Em síntese:

- A idade das inquiridas não influencia a literacia em saúde ($p > 0,05$);
- A nacionalidade discrimina a literacia em saúde da grávida nos domínios e índice geral ($p < 0,05$);
- O estado civil e o local de residência não justificam a literacia em saúde das participantes ($p > 0,05$);
- A literacia em saúde da grávida é influenciada pelas habilitações literárias ($p = 0,000$), profissão ($p = 0,000$), situação profissional ($p < 0,05$), rendimento familiar mensal ($p = 0,000$) e acesso à internet no domicílio ($p < 0,05$);
- A religião influencia a literacia em saúde no domínio *Promoção da saúde* ($p < 0,05$).

Questão 3: Qual a relação entre as variáveis obstétricas e contextuais à gravidez com a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Relação entre o número de gravidezes anteriores e a literacia em saúde da grávida

Para o estudo da relação entre o número de gravidezes anteriores e a literacia em saúde da grávida recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis. Os dados apontam que, em todos os domínios e no índice geral, as grávidas que estão a vivenciar a primeira experiência de gravidez apresentam ordenações médias superiores, sendo secundadas pelas que refeririam duas ou mais gestações anteriores. Analisando a significância verificamos que há diferença estatística em todas as dimensões ($p < 0,05$) exceto no domínio *Cuidados de saúde* (cf. Tabela 38).

Tabela 38 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de gravidezes anteriores e a literacia em saúde

Gravidezes anteriores	0	1	≥ 2	X ²	p
	OM	OM	OM		
Cuidados de saúde	142,22	118,56	124,21	5,453	0,065
Prevenção da doença	142,99	119,42	119,70	6,219	0,045
Promoção da saúde	144,39	114,34	124,50	8,473	0,014
Literacia em saúde	144,34	115,26	122,93	8,120	0,017

Perante a significância estatística realizamos o teste Post-Hoc – Tukey para localizar as diferenças entre pares de grupos. A análise da tabela 39 revela que as diferenças se encontram no domínio *Promoção da saúde* e no índice geral, entre o grupo sem gestação e uma gestação anterior.

Tabela 39 – Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o número de gravidezes anteriores e a literacia em saúde

Domínios	Pares	0 gravidez/ 1 gravidez	0 gravidez/ ≥ 2 gravidezes	1 gravidez/ ≥ 2 gravidezes
		p	P	p
Cuidados de saúde		-	-	-
Prevenção da doença		-	-	-
Promoção da saúde		0,013	-	-
Literacia em saúde		0,018	-	-

Relação entre o número de filhos e a literacia em saúde da grávida

A tabela 40 revela a relação entre o número de filhos e a literacia em saúde da grávida, tendo-se aplicado o teste Kruskal-Wallis para a analisar. Constatamos que a superioridade das ordenações médias do índice geral de literacia em saúde e seus domínios se enquadram nas grávidas sem filhos, sendo secundadas pelas que têm um. Analisando a significância, verificamos que as variáveis não são explicativas ($p > 0,05$), pelo que não se aceita a relação entre elas.

Tabela 40 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de filhos e a literacia em saúde

Domínios	Número de filhos			X ²	p
	0	1	≥ 2		
	OM	OM	OM		
Cuidados de saúde	139,57	122,04	113,73	4,102	0,129
Prevenção da doença	138,95	122,62	116,70	3,364	0,186
Promoção da saúde	140,96	119,19	113,10	5,736	0,057
Literacia em saúde	140,34	119,73	116,15	4,835	0,089

Relação entre o tipo de parto e a literacia em saúde da grávida

Do mesmo modo que para a variável anterior, utilizamos o teste Kruskal-Wallis para analisar a relação entre o tipo de parto e a literacia em saúde da grávida. Atendendo à tabela 41 extraímos que, em todos os domínios e índice geral, as ordenações médias mais altas surgem nas grávidas sem parto anterior, seguindo-se as submetidas a parto distócico. Da mesma análise apuramos que existe diferença estatística significativa ($p < 0,05$) no domínio *Promoção da saúde* e literacia em saúde geral.

Tabela 41 – Teste de Kruskal-Wallis entre o tipo de parto e a literacia em saúde

Tipo de parto	Sem parto anterior	Eutócico	Distócico	X ²	p
	OM	OM	OM		
Cuidados de saúde	139,57	111,31	129,53	5,299	0,071
Prevenção da doença	138,95	110,27	132,76	5,390	0,068
Promoção da saúde	140,96	106,59	129,51	7,839	0,020
Literacia em saúde	140,34	109,35	128,84	6,382	0,041

No seguimento do estudo anterior, apresentamos na tabela 42 os resultados da aplicação do teste Post Hoc-Tukey realizado para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. As diferenças encontram-se no domínio *Promoção da saúde* e no índice geral entre o grupo sem parto anterior e parto eutócico.

Tabela 42 – Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de parto e a literacia em saúde

Pares	Sem parto anterior/ Parto eutócico	Sem parto anterior/ Parto distócico	Parto eutócico/ Parto distócico
	p	p	p
Cuidados de saúde	-	-	-
Prevenção da doença	-	-	-
Promoção da saúde	0,014	-	-
Literacia em saúde	0,033	-	-

Relação entre o planejamento da gravidez e a literacia em saúde da grávida

Procuramos saber em que medida a ocorrência de uma gravidez planejada discrimina a literacia em saúde da grávida, tendo-se realizado para o efeito o teste U Mann-Whitney. Os resultados da tabela 43 evidenciam que as grávidas que planejaram a gravidez apresentam ordenações médias mais elevadas para todos os domínios e índice geral de literacia em saúde. Dada a presença de significância estatística entre as variáveis ($p < 0,05$), atestamos a relação de dependência entre as mesmas.

Tabela 43 – Teste U Mann-Whitney entre o planejamento da gravidez e a literacia em saúde

Planeamento da gravidez Domínios	Planeada	Não planeada	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	138,82	111,02	4831,500	-2,483	0,013
Prevenção da doença	140,97	103,71	4392,500	-3,336	0,001
Promoção da saúde	142,34	99,03	4112,000	-3,880	0,000
Literacia em saúde	141,93	100,45	4197,000	-3,700	0,000

Relação entre o desejo da gravidez e a literacia em saúde da grávida

No sentido de identificarmos a relação entre o desejo da gravidez e a literacia em saúde recorremos ao teste U Mann-Whitney. Através da observação e análise da tabela 44, constatamos que as grávidas que caracterizaram a sua gravidez como desejada apresentam ordenações médias superiores nos diferentes domínios bem como no índice geral. No entanto, não se verificam diferenças estatísticas significativas pelo que rejeitamos a relação entre ambas ($p > 0,05$).

Tabela 44 – Teste U Mann-Whitney entre o desejo da gravidez e a literacia em saúde

Desejo da gravidez Domínios	Desejada	Não desejada	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	133,64	83,67	481,000	-1,588	0,112
Prevenção da doença	133,35	96,00	555,000	-1,189	0,234
Promoção da saúde	133,18	103,33	599,000	-0,951	0,342
Literacia em saúde	133,42	92,83	536,000	-1,288	0,198

Relação entre a idade gestacional e a literacia em saúde

Os dados obtidos pelo teste de U Mann-Whitney indicam que as grávidas com idade gestacional ≥ 37 semanas apresentam ordenações médias mais elevadas no índice geral de literacia em saúde bem como nos domínios. As diferenças entre as variáveis não são estatisticamente significativas pelo que não se confirma a relação entre ambas (cf. Tabela 45).

Tabela 45 – Teste U Mann-Whitney entre a idade gestacional e a literacia em saúde

Idade gestacional	< 37 semanas	≥ 37 semanas	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	131,26	135,57	6911,000	-0,416	0,678
Prevenção da doença	129,42	140,11	6565,500	-1,034	0,301
Promoção da saúde	130,69	136,99	6803,000	-0,610	0,542
Literacia em saúde	130,03	138,60	6680,500	-0,825	0,409

Relação entre a existência de morbilidade materna prévia à gravidez e a literacia em saúde

Procurando indagar a relação entre a morbilidade materna prévia à gravidez e a literacia em saúde procedemos à aplicação do teste U Mann-Whitney. Os resultados indicam que as grávidas sem patologia prévia à gravidez apresentam ordenações médias mais elevadas em todos os domínios e índice geral. Da análise do cruzamento entre variáveis verificamos a existência de diferença estatística significativa apenas no domínio *Promoção da saúde* ($p=0,036$), validando-se a relação entre ambas neste domínio (cf. Tabela 46).

Tabela 46 – Teste U Mann-Whitney entre a morbilidade materna prévia à gravidez e a literacia em saúde

Morbilidade materna prévia à gravidez	Sim	Não	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	117,74	134,46	3154,000	-1,148	0,251
Prevenção da doença	123,44	133,71	3330,500	-0,706	0,480
Promoção da saúde	105,55	136,09	2776,000	-2,102	0,036
Literacia em saúde	113,21	135,07	3013,500	-1,498	0,134

Relação entre a existência de morbidade materna durante gravidez e a literacia em saúde

Como anteriormente, utilizamos o teste U Mann-Whitney para analisar a relação entre as presentes variáveis. De acordo com os dados da tabela 47, as ordenações médias obtidas nos diferentes domínios e no índice geral de literacia em saúde são superiores no grupo de grávidas sem patologia durante a gestação. Contudo, não se identifica significância estatística pelo que se afirma que as mesmas são independentes ($p > 0,05$).

Tabela 47 – Teste U Mann-Whitney entre a morbidade materna durante a gravidez e a literacia em saúde

Morbidade materna durante a gravidez	Sim	Não	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	130,37	133,33	6872,500	-0,283	0,777
Prevenção da doença	132,20	132,62	7008,000	-0,040	0,968
Promoção da saúde	130,65	133,22	6893,000	-0,247	0,805
Literacia em saúde	132,18	132,62	7006,500	-0,042	0,966

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

Para se determinar a relação com a literacia em saúde da grávida recorremos ao teste U Mann-Whitney. Através da observação e análise da tabela 48, verificamos que as grávidas que frequentam ou têm intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade ostentam ordenações médias mais altas perante as que não frequentam ou não têm intenção de frequentar o curso. Esta situação evidencia-se em todos os domínios e no índice geral de literacia em saúde. As significâncias estatísticas encontradas ($p < 0,05$) comprovam a relação de dependência entre as variáveis.

Tabela 48 – Teste U Mann-Whitney entre a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade e a literacia em saúde

Preparação parto e parentalidade Domínios	Sim	Não	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	140,47	112,78	5645,000	-2,673	0,008
Prevenção da doença	139,33	115,61	5860,000	-2,295	0,022
Promoção da saúde	140,34	113,11	5670,000	-2,636	0,008
Literacia em saúde	140,22	113,41	5693,500	-2,583	0,010

Relação entre o consumo de tabaco e a literacia em saúde da grávida

Com o teste U Mann-Whitney e pela sua análise verificamos que as grávidas não consumidoras revelam ordenações médias mais elevadas em todos os domínios e no índice geral de literacia em saúde em detrimento das que fumam. As diferenças estatísticas são altamente significativas no domínio *Promoção da saúde* ($p=0,000$) e bastante significativas no domínio *Prevenção da doença* e índice geral ($p<0,01$), confirmando-se a relação entre o consumo de tabaco e as dimensões anteriormente referidas (cf. Tabela 49).

Tabela 49 – Teste U Mann-Whitney entre o consumo de tabaco e a literacia em saúde

Consumo de tabaco Domínios	Sim	Não	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	107,24	135,14	2356,000	-1,742	0,082
Prevenção da doença	93,64	136,56	2016,000	-2,685	0,007
Promoção da saúde	70,30	139,01	1432,500	-4,301	0,000
Literacia em saúde	86,94	137,27	1848,500	-3,137	0,002

Relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a literacia em saúde da grávida

Para o estudo da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a literacia em saúde da grávida realizamos o teste U Mann-Whitney. Atendendo à análise da tabela 50, constatamos que são as grávidas não consumidoras de álcool que apresentam ordenações médias superiores em todos os domínios e índice geral de literacia em saúde. Da mesma análise verificamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p<0,05$) nos domínios *Prevenção da doença*

e *Promoção da saúde*, bem como na literacia em saúde geral, aceitando-se a sua relação com as dimensões referidas.

Tabela 50 – Teste U Mann-Whitney entre o consumo de bebidas alcoólicas e a literacia em saúde

Consumo de álcool	Sim	Não	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	72,75	133,89	415,500	-1,942	0,052
Prevenção da doença	68,25	133,99	388,500	-2,093	0,036
Promoção da saúde	55,25	134,30	310,500	-2,519	0,012
Literacia em saúde	58,50	134,22	330,000	-2,402	0,016

Em síntese:

- O número de gravidezes anteriores influencia a literacia em saúde em todas as dimensões ($p < 0,05$) exceto no domínio *Cuidados de saúde* ($p > 0,05$);
- Não apuramos significância estatística entre o número de filhos e a literacia em saúde da grávida ($p > 0,05$) pelo que não se aceita a relação entre ambas;
- O tipo de parto influi a literacia em saúde no domínio *Promoção da saúde* e índice geral ($p < 0,05$);
- Atestamos a relação de dependência entre o planeamento da gravidez e a literacia em saúde da grávida ($p < 0,05$);
- As variáveis desejo da gravidez, idade gestacional e morbilidade durante a gravidez não são explicativas da literacia em saúde ($p > 0,05$);
- A morbilidade prévia à gravidez influencia o domínio *Promoção da saúde* ($p = 0,036$);
- As significâncias estatísticas encontradas comprovam a relação de dependência entre a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade e a literacia em saúde da grávida ($p < 0,05$);
- Existe relação entre o consumo de tabaco e os domínios *Prevenção da doença* ($p = 0,007$), *Promoção da saúde* ($p = 0,000$) e índice geral ($p < 0,002$);

- O consumo de bebidas alcoólicas influi o índice geral de literacia em saúde da grávida ($p=0,016$) e os domínios *Prevenção da doença* ($p=0,036$) e *Promoção da saúde* ($p=0,012$).

Questão 4: Qual a relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

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

Menciona a literatura que a vigilância e acompanhamento da gravidez conferem as condições ideais ao desenvolvimento materno-fetal relativamente à vida gestacional (Coutinho, 2014). Neste sentido, procuramos saber como a vigilância de gravidez se associa com a literacia em saúde, tendo-se realizado para o efeito o teste U Mann-Whitney. Perante os resultados da tabela 51 aferimos que são as grávidas que vigiam adequadamente a sua gravidez que ostentam melhores níveis de literacia em saúde, dado apresentarem ordenações médias superiores e com significância estatística em todos os domínios e índice geral ($p<0,05$).

Tabela 51 – Teste U Mann-Whitney entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde

Vigilância da gravidez	Adequada	Não adequada	UMW	Z	p
	OM	OM			
Cuidados de saúde	138,19	69,95	1286,000	-4,020	0,000
Prevenção da doença	137,42	78,34	1470,500	-3,489	0,000
Promoção da saúde	137,31	79,55	1497,000	-3,414	0,001
Literacia em saúde	137,89	73,20	1357,5000	-3,806	0,000

Em suma:

- As significâncias estatísticas encontradas comprovam a relação de dependência entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida ($p<0,05$).

Questão 5: Que variáveis independentes têm efeito significativo na predição da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Como corolário aos resultados obtidos, procuramos determinar quais das variáveis independentes: idade, número de gravidezes anteriores, número de filhos, número de consultas, idade gestacional e dimensões do empoderamento, predizem a literacia em saúde da grávida com idade gestacional superior ou igual a 28 semanas. Para tal, efetuamos uma regressão linear múltipla univariada, uma vez que é um modelo estatístico mais usado para as análises multivariadas quando se pretende estudar em simultâneo uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, todas de natureza quantitativa.

O método de estimação usado foi o *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quanto os necessários até se obter as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Regressão linear múltipla entre o domínio *Cuidados de saúde* e as variáveis independentes

Conforme os dados insertos na tabela 52, os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente *Cuidados de saúde* oscilam entre o ínfimo na idade gestacional ($r=0,050$) e o moderado na dimensão Autoeficácia ($r=0,508$), verificando-se uma associação negativa com o número de gravidezes anteriores e número de filhos e não significativas com a idade da grávida, número de gravidezes anteriores, número de consultas e idade gestacional ($p>0,05$). Deste modo, quanto maiores os índices nas variáveis com relação negativa e menores na positiva, pior a literacia em saúde da grávida no domínio da utilização dos *Cuidados de saúde*.

Tabela 52 – Correlação de Pearson entre o domínio *Cuidados de saúde* e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Idade	0,073	0,119
Número de gravidezes anteriores	-0,101	0,051
Número de filhos	-0,102	0,049
Número de consultas	0,098	0,056
Idade gestacional	0,050	0,210
Autoestima	0,428	0,000
Autoeficácia	0,508	0,000
Apoio e garantias de outros	0,353	0,000
Alegria de uma adição à família	0,292	0,000
Imagem futura	0,300	0,000

Através da regressão linear múltipla comprovamos que são duas as variáveis que se constituem como preditoras do domínio *Cuidados de saúde*: a dimensão Autoeficácia e a dimensão Apoio e garantias de outros. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece com a variável dependente é moderada ($r=0,564$) e explicam no seu conjunto 31,8% da sua variabilidade, sendo que o erro padrão da estimativa é de 4,844 (cf. Quadro 11).

O valor da *variance inflation factor* (VIF) indicia que as variáveis que entraram no modelo de regressão não são colineares, uma vez que os seus valores são inferiores a 5,0. Os testes F e os valores de t, ao apresentarem significância estatística, levam à rejeição de nulidade entre as variáveis e comprovam que as mesmas são explicativas (cf. Quadro 11).

Realçamos pelos coeficientes padronizados beta (cf. Quadro 11) que o maior valor preditivo corresponde à Autoeficácia seguido do Apoio e garantias de outros. A relação que estas variáveis estabelecem com os *Cuidados de saúde* é uma relação direta pelo que se afirma que quanto maior o índice nestas dimensões melhor a literacia em saúde no que respeita à utilização dos *Cuidados de saúde*.

Pela constante e pelos coeficientes B determinamos o modelo final ajustado para a literacia em saúde no domínio *Cuidados de saúde*:

$$\text{Cuidados de Saúde} = 11,392 + 0,836 \text{ Autoeficácia} + 0,766 \text{ Apoio e garantias de outros}$$

Quadro 11 – Regressão linear múltipla entre o domínio *Cuidados de saúde* e as variáveis predictoras

Variável dependente: Cuidados de Saúde					
r = 0,564		Incremento de r ² = 0,060			
r ² = 0,318		F = 22,976			
r ² ajustado = 0,313		p = 0,000			
Erro padrão de estimativa = 4,844					
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	11,392				
Autoeficácia	0,836	0,452	8,621	0,000	1,053
Apoio e garantias de outros	0,766	0,251	4,793	0,000	1,053
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	Gl	Média dos quadrados	F	p
Regressão	2860,216	2	1430,108		
Residual	6123,639	261	23,462	60,954	0,000
Total	8983,855	263			

A figura 3 representa o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. O coeficiente de regressão ou de trajetória da Autoeficácia é de (β Autoeficácia = 0,45) e do Apoio e garantias de outros é de (β Apoio e garantias de outros = 0,25). O modelo explica cerca de 32% da variação observada da literacia em saúde da grávida no domínio *Cuidados de saúde*. O valor correlacional entre as variáveis é baixo ($r=0,22$), com uma variância explicada de 4,84%.

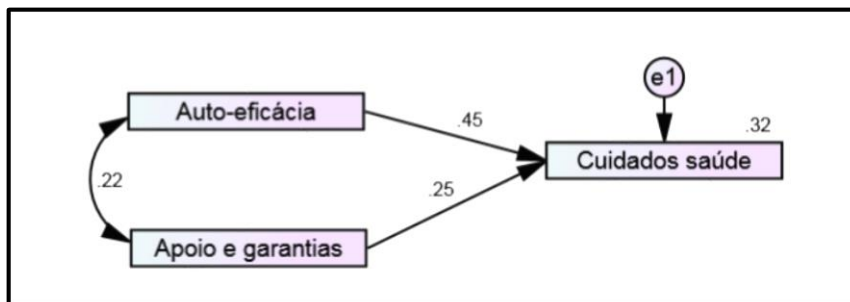


Figura 3 – *Output* gráfico do modelo ajustado para a literacia em saúde no domínio *Cuidados de saúde* em função das variáveis predictoras

Regressão linear múltipla entre o domínio *Prevenção da doença* e as variáveis independentes

Numa análise aos resultados da tabela 53 constatamos que as correlações estabelecidas variam entre o ínfimo na idade ($r=0,072$) e o moderado na dimensão Autoeficácia ($r=0,467$). A relação entre as variáveis número de gravidezes anteriores e número de filhos com a variável dependente é negativa, pelo que, quanto mais elevados os índices nestas variáveis e menor naquelas com relação positiva, pior a literacia em saúde no âmbito da *Prevenção da doença*. Somente não se encontra significância estatística na idade da grávida e idade gestacional.

Tabela 53 – Correlação de Pearson entre o domínio *Prevenção da Doença* e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Idade	0,072	0,122
Número de gravidezes anteriores	-0,127	0,020
Número de filhos	-0,110	0,038
Número de consultas	0,110	0,037
Idade gestacional	0,082	0,091
Autoestima	0,418	0,000
Autoeficácia	0,467	0,000
Apoio e garantias de outros	0,302	0,000
Alegria de uma adição à família	0,256	0,000
Imagem futura	0,312	0,000

Atendendo ao quadro 12 são quatro as variáveis que se configuram como predictoras: a Autoeficácia, o Apoio e garantias de outros, o Número de gravidezes anteriores e Imagem futura. A correlação que estas variáveis estabelecem com a *Prevenção da doença* é moderada ($r=0,535$) explicando 28,6% da sua variabilidade, com um erro padrão de regressão de 5,932.

Dada a significância estatística dos testes F, rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas. O valor de t, ao apresentar-se de igual modo com significância estatística, permite inferir que as variáveis que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na literacia em saúde respeitante ao domínio *Prevenção da doença* (cf. Quadro 12).

Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que as dimensões Autoeficácia, Apoio e garantias de outros e Imagem futura estabelecem uma relação direta com a *Prevenção da doença* e o número de gravidezes uma relação inversa, atestando que, quanto mais alto o

índice na Autoeficácia, Apoio e garantias de outros e Imagem futura e baixo no Número de gravidezes anteriores melhor a literacia em saúde da grávida no domínio *Prevenção da doença* (cf. Quadro 12).

Utilizamos o VIF para diagnosticar a multicolinearidade que oscilou entre (VIF=1,012) no número de gravidezes anteriores e (VIF=1,394) na dimensão Imagem futura, concluindo-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0 (cf. Quadro 12).

O modelo final ajustado para o domínio *Prevenção da doença* é representado pela seguinte expressão estatística:

$$\text{Prevenção da Doença} = 6,979 + 0,881 \text{ Autoeficácia} + 0,520 \text{ Apoio e garantias de outros} + (-0,959 \text{ N}^\circ \text{ de gravidezes anteriores}) + 0,628 \text{ Imagem futura}$$

Quadro 12 – Regressão linear múltipla entre o domínio *Prevenção da doença* e as variáveis predictoras

Variável dependente: Prevenção da Doença					
r = 0,535					
r ² = 0,286			Incremento de r ² = 0,011		
r ² ajustado = 0,275			F = 4,097		
Erro padrão de estimativa = 5,932			p = 0,044		
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	6,979				
Autoeficácia	0,881	0,400	7,212	0,000	1,113
Apoio e garantias de outros	0,520	0,143	2,362	0,019	1,335
Nº de gravidezes anteriores	-0,959	-0,132	-2,504	0,013	1,012
Imagem futura	0,628	0,125	2,024	0,044	1,394
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	3647,890	4	911,973		
Residual	9113,589	259	35,188	25,917	0,000
Total	12761,479	263			

A figura 4 exibe o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória do número de gravidezes anteriores é de (β Número de gravidezes = -0,13), da dimensão Autoeficácia é de (β Autoeficácia = 0,40), da dimensão Apoio e garantias de outros é de (β Apoio e garantias = 0,14) e da dimensão Imagem futura é de (β Imagem futura = 0,13). O modelo explica cerca de 29% da variabilidade observada do nível de literacia em saúde da grávida no âmbito da *Prevenção da doença*, nas diferentes variáveis. Por outro lado, os valores de r , entre variáveis, oscilam entre ($r=0,02$) no Número de gravidezes anteriores vs Autoeficácia e ($r=0,49$) nas dimensões Apoio e garantias de outros vs Imagem futura, correspondendo a uma variância explicada de 0,04% e 24%, respetivamente.

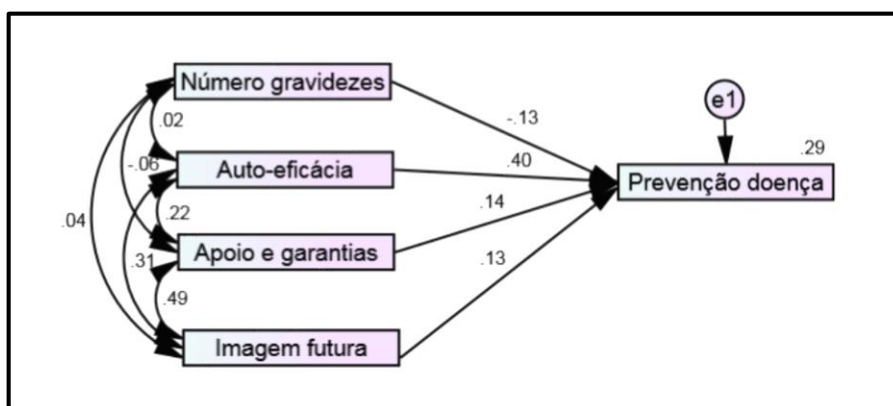


Figura 4 – *Output* gráfico do modelo ajustado para a literacia em saúde no domínio *Prevenção da doença* em função das variáveis preditoras

Regressão linear múltipla entre o domínio *Promoção da saúde* e as variáveis independentes

Relativamente à variável *Promoção da saúde* evidenciamos que as correlações são em tudo semelhantes às descritas no que respeita às relações negativas entre o Número de gravidezes anteriores e o Número de filhos e positivas entre as restantes concluindo-se, de igual forma, que quanto mais elevados os índices nestas variáveis com relação inversa e menor naquelas com relação direta, pior a literacia em saúde da grávida no domínio *Promoção da saúde* (cf. Tabela 54).

Dos resultados expressos na mesma tabela, extraímos que a Autoeficácia é a variável que estabelece a associação mais forte com a *Promoção da saúde* ($r=0,480$), sendo seguida pela Autoestima ($r=0,428$), enquanto a menor é observada na Idade gestacional ($r=0,080$). Para as variáveis Número de gravidezes anteriores, Número de filhos e Idade gestacional a associação não é significativa pois a probabilidade apresenta valores superiores a 0,05%.

Tabela 54 – Correlação de Pearson entre o domínio *Promoção da saúde* e as variáveis independentes

Variáveis independentes	R	p
Idade	0,111	0,036
Número de gravidezes anteriores	-0,088	0,076
Número de filhos	-0,096	0,059
Número de consultas	0,140	0,011
Idade gestacional	0,080	0,098
Autoestima	0,428	0,000
Autoeficácia	0,480	0,000
Apoio e garantias de outros	0,339	0,000
Alegria de uma adição à família	0,360	0,000
Imagem futura	0,266	0,000

No seguimento do já realizado para as variáveis anteriores, apresentamos no quadro 13 o modelo de regressão linear múltipla para o domínio *Promoção da saúde*.

Neste modelo são as variáveis Autoeficácia, Apoio e garantias de outros e Alegria de uma adição à família que se instituem como predictoras, com um percentual de variância explicada de 30,4% e erro padrão de estimativa de 6,864 (cf. Quadro 13).

A nulidade da relação entre as variáveis apresentadas é rejeitada pela significância estatística dos testes F. Os valores de t são explicativos, confirmando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão predizem a literacia em saúde da grávida neste domínio (cf. Quadro 13).

A multicolinearidade, diagnosticada pelo VIF, oscilou entre ($VIF= 1,098$) e ($VIF=1,445$) na Autoeficácia e Alegria de uma adição à família, respetivamente, e dada a sua aproximação de 1, concluímos que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Quadro 13).

De acordo com os valores dos coeficientes padronizados beta (cf. Quadro 13), comprovamos a existência de uma relação direta entre as variáveis pelo que quanto maiores os índices nas dimensões Autoeficácia, Apoio e garantias de outros e Alegria de uma adição à família, melhor a literacia em saúde da grávida no domínio *Promoção da saúde*.

O modelo final ajustado para o domínio *Promoção da saúde* é apresentado pela seguinte fórmula:

$$\text{Promoção da Saúde} = (-2,709) + 1,029 \text{ Autoeficácia} + 0,708 \text{ Apoio e garantias de outros} + 0,664 \text{ Alegria de uma adição à família}$$

Quadro 13 – Regressão linear múltipla entre o domínio *Promoção da saúde* e as variáveis predictoras

Variável dependente: Promoção da Saúde					
r = 0,552					
r ² = 0,304		Incremento de r ² = 0,017			
r ² ajustado = 0,296		F = 6,529			
Erro padrão de estimativa = 6,864		p = 0,011			
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	- 2,709				
Autoeficácia	1,029	0,397	7,333	0,000	1,098
Apoio e garantias de outros	0,708	0,166	2,716	0,007	1,397
Alegria de uma adição à família	0,664	0,159	2,555	0,011	1,445
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	5356,930	3	1785,643		
Residual	12248,547	260	47,110	37,904	0,000
Total	17605,478	263			

A síntese das relações entre a variável *Promoção da saúde* e as variáveis predictoras consta da figura 5, seguidamente apresentada. Assinalamos que o coeficiente de regressão ou de trajetória da Autoeficácia é de (β autoeficácia = 0,40), do Apoio e garantias de outros é de (β apoio e garantias de outros = 0,17) e da Alegria de uma adição à família é de (β alegria de

uma adição à família = 0,16), explicando a influência em cerca de 30% sobre a literacia em saúde da grávida face à *Promoção da saúde*. Entre as variáveis, a correlação varia entre ($r=0,22$) na Autoeficácia vs Apoio e garantias de outros e ($r=0,53$) no Apoio e garantias de outros vs Alegria de uma adição à família, com uma variância explicada de 4,84% e 28,09%, respetivamente.

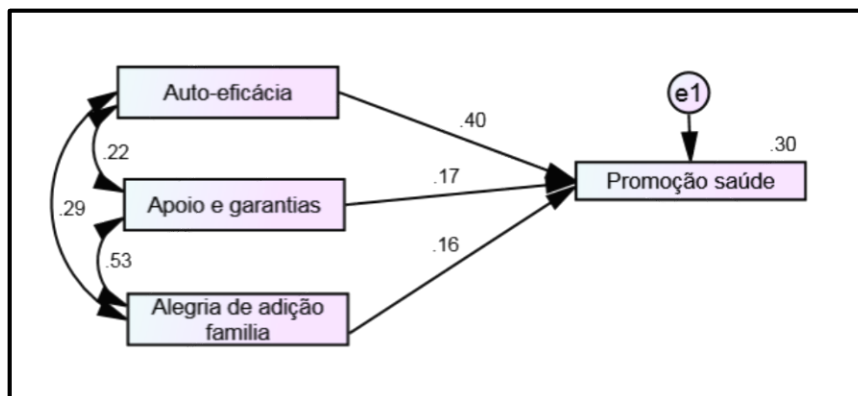


Figura 5 – *Output* gráfico do modelo ajustado para a literacia em saúde no domínio *Promoção da saúde* em função das variáveis preditoras

Regressão linear múltipla entre o índice geral de Literacia em Saúde e as variáveis independentes

Terminamos a análise procurando saber como as variáveis independentes se associam com o índice geral de literacia em saúde. Considerando a tabela 55 constatamos que os valores correlacionais oscilam entre o ínfimo ($r=0,078$) na Idade gestacional e o moderado ($r=0,520$) na dimensão Autoeficácia. Da mesma análise, verificamos só existir uma associação negativa com o Número de gravidezes anteriores e Número de filhos e não significativas com a Idade da grávida e sua idade gestacional ($p=0,063$ e $p=0,105$, respetivamente) aferindo-se, assim, que quanto mais elevados os índices nas variáveis com relação negativa e menores na positiva, pior a literacia em saúde da grávida.

Tabela 55 – Correlação de Pearson entre o índice geral de literacia em saúde e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Idade	0,094	0,063
Número de gravidezes anteriores	-0,112	0,035
Número de filhos	-0,110	0,037
Número de consultas	0,128	0,019
Idade gestacional	0,078	0,105
Autoestima	0,457	0,000
Autoeficácia	0,520	0,000
Apoio e garantias de outros	0,356	0,000
Alegria de uma adição à família	0,331	0,000
Imagem futura	0,312	0,000

Através da regressão linear múltipla comprovamos que são três as variáveis que se constituem como preditoras do índice geral da literacia em saúde: Autoeficácia, Apoio e garantias de outros e Número de gravidezes anteriores. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece com a variável dependente é moderada ($r=0,585$) e explicam no seu conjunto 34,3% da variabilidade da literacia em saúde sendo que o erro padrão da estimativa é de 5,308 (cf. Quadro 14).

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, ao apresentar significância estatística, permite afirmar que a Autoeficácia, Apoio e garantias de outros e o Número de gravidezes anteriores influenciam a literacia em saúde da grávida (cf. Quadro 14).

Pelos coeficientes padronizados beta (cf. Quadro 14), verificamos que o maior valor preditivo ocorre na Autoeficácia seguido, de modo decrescente, no Apoio e garantias de outros e Número de gravidezes anteriores. As duas primeiras variáveis estabelecem uma relação direta com a literacia em saúde e a última uma relação inversa, pelo que se pode afirmar que a literacia em saúde é tanto pior quanto menores os índices em que a relação é direta e maiores na relação inversa.

O valor da *variance inflation factor* (VIF) indicia que as variáveis presentes no modelo não são colineares uma vez que os seus valores são inferiores a 5,0 (cf. Quadro 14).

Pela constante e pelos coeficientes B determinamos o modelo final ajustado para a literacia em saúde que, neste caso, é dado pela seguinte expressão estatística:

Literacia em saúde = 7,452 + 0,964 Autoeficácia + 0,829 Apoio e garantias de outros + (-0,728 Número de gravidezes anteriores)

Quadro 14 – Regressão linear múltipla entre o índice geral de literacia em saúde e as variáveis predictoras

Variável dependente: Literacia em Saúde (índice geral)					
r = 0,585					
r ² = 0,343			Incremento de r ² = 0,011		
r ² ajustado = 0,335			F = 4,540		
Erro padrão de estimativa = 5,308			p = 0,034		
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente padronizado	t	P	VIF
Constante	7,452				
Autoeficácia	0,964	0,468	9,066	0,000	1,054
Apoio e garantias de outros	0,829	0,244	4,722	0,000	1,058
Nº de gravidezes anteriores	-0,728	-0,107	-2,131	0,034	1,006
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	3817,364	3	1272,455		
Residual	7327,937	260	28,184	45,148	0,000
Total	11145,302	263			

Na sequência do já realizado para as variáveis anteriores, apresentamos na figura 6 o *output* gráfico do modelo ajustado para o índice geral de literacia em saúde em função das variáveis predictoras. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória do Número de gravidezes é de ($\beta = -0,11$), da Autoeficácia é de ($\beta = 0,47$) e do Apoio e garantias de outros é de ($\beta = 0,24$). O modelo explica cerca de 34% da variabilidade observada da literacia em saúde da grávida nas diferentes variáveis. Por outro lado, os valores correlacionais, entre as variáveis, oscilam entre ($r=0,02$) no Número de gravidezes anteriores vs Autoeficácia e ($r=0,22$) na

Autoeficácia vs Apoio e garantias de outros. A variância explicada para estas variáveis é de 0,04% e 4,84%, respetivamente.

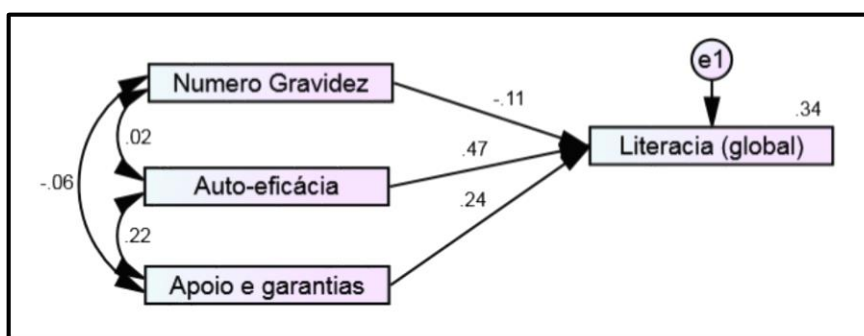


Figura 6 – *Output* gráfico do modelo ajustado para o índice geral de literacia em saúde em função das variáveis preditoras

Como síntese aos resultados obtidos, salientamos:

- As dimensões Autoeficácia e Apoio e garantias de outros da Escala do Empoderamento da Grávida constituem-se preditoras do domínio *Cuidados de Saúde* ($t=8,621$; $p=0,000$ vs $t=4,793$; $p=0,000$) estabelecendo uma relação direta com o mesmo;
- São quatro as variáveis que predizem o domínio *Prevenção da Doença*: a Autoeficácia ($t=7,212$; $p=0,000$), o Apoio e garantias de outros ($t=2,362$; $p=0,019$), o Número de gravidezes anteriores ($t=-2,504$; $p=0,013$) e Imagem futura ($t=2,024$; $p=0,044$). As dimensões estabelecem uma relação direta e o número de gravidezes anteriores uma relação inversa com o domínio;
- As dimensões Autoeficácia ($t=7,333$; $p=0,000$), Apoio e garantias de outros ($t=2,716$; $p=0,007$) e Alegria de uma adição à família ($t=2,555$; $p=0,011$) configuram-se como preditoras do domínio *Promoção da Saúde*, existindo uma relação direta entre as mesmas.
- As variáveis que têm efeito significativo na predição do índice geral da literacia em saúde da grávida são a Autoeficácia ($t=9,066$; $p=0,000$), Apoio e garantias de outros ($t=4,722$; $p=0,000$) e Número de gravidezes anteriores ($t=-2,131$; $p=0,034$). As duas primeiras variáveis estabelecem uma relação direta com a literacia em saúde e a última

uma relação inversa, pelo que se afirma que a literacia em saúde da grávida é tanto pior quanto menores os índices em que a relação é direta e maiores na relação inversa

3. Discussão

Sendo uma das fases de crucial importância de um estudo científico, a discussão permite-nos refletir sobre a investigação realizada, salientar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica.

Deste modo, contemplamos neste capítulo a discussão metodológica e a discussão dos resultados. Na discussão metodológica fazemos uma breve explanação sobre a estratégia definida e as suas limitações. Na discussão dos resultados realizamos uma discussão mais detalhada, dando ênfase aos resultados mais relevantes obtidos pela análise descritiva e inferencial comparando-os, simultaneamente, com o quadro conceitual que deu suporte ao estudo, com os objetivos e questões formuladas e com os resultados obtidos por outras investigações sobre a problemática em causa.

3.1 Discussão Metodológica

A estratégia metodológica utilizada teve por base o tipo de estudo, as questões de investigação e os objetivos traçados.

Como já referido, o estudo empírico realizado enquadra-se no tipo de pesquisa não experimental, com corte transversal, possuindo as características dos estudos descritivo-correlacionais, cuja finalidade foi descrever o nível de literacia em saúde da grávida do terceiro trimestre de gestação e apurar a relação entre as variáveis dependente e independentes, sendo também nossa intenção avaliar a eficácia preditiva de algumas delas sobre a literacia em saúde da grávida.

A investigação do tipo não experimental é a mais adequada quando se pretende estudar a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre e os fatores intervenientes.

Apontamos algumas vantagens e desvantagens metodológicas pelo fato do presente estudo ser de corte transversal. Se por um lado é vantajoso por ser mais breve e metodologicamente menos complexo, por outro, as desvantagens prendem-se pela presença de variáveis extrínsecas que podem levar à dificuldade de interpretação e pela situação da

avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, não havendo seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal.

A concretização dos objetivos conduziu-nos a selecionar uma amostra relevante que conseguisse traduzir resultados fiáveis. No entanto, a técnica de amostragem por conveniência, constitui-se como uma limitação do estudo dado que, apesar de ser de fácil realização e pouco dispendiosa, é um tipo de amostragem não probabilística podendo a amostra não ser representativa da população-alvo. Deste modo, impossibilita a generalização dos resultados, carecendo de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito.

O instrumento de recolha de dados eleito foi um questionário de autorresposta dado ser o mais adequado para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de participantes. Contudo, após a análise dos resultados, entendemos ter sido muito extenso levando as grávidas a não responderem a algumas questões ou a posicionarem-se sempre na mesma resposta em escalas tipo Likert. Situação que pode levar a vieses nos resultados.

Há que considerar, ainda, as limitações encontradas quando trabalhamos com o público em geral e com este em particular já que os resultados dependem da honestidade e sinceridade das inquiridas, podendo as suas respostas ser dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem.

Quanto aos procedimentos desenvolvidos para a recolha de dados de referir que tivemos em consideração o momento mais oportuno para aplicar o questionário de modo a que houvesse uma maior participação das grávidas do terceiro trimestre de gestação. Procuramos, ainda, evitar que as mesmas se sentissem coagidas a participar no estudo mas sim entusiasmadas com o seu contributo.

Outra preocupação presente foi a de prevenir os enviesamentos nos resultados obtidos controlando, particularmente, as variáveis ditas “concorrentes” ou “parasitas”. Temos consciência que tal nem sempre foi conseguido dado que, em meio institucional, é quase impossível dispor de condições que permitam recolher a informação em completa equidade. Neste sentido, reconhecemos não terem sido reunidas as condições para poder afirmar que os dados obtidos foram adequadamente controlados.

Acresce referir a dificuldade na obtenção das autorizações para a aplicação do instrumento de recolha de dados por parte das instituições, condicionando o normal desenvolvimento da investigação.

Apesar das eventuais limitações, consideramos que os resultados obtidos nos permitem adquirir um conhecimento mais diferenciado e real sobre a problemática da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação e dos fatores que a influenciam. Por outro lado, podem constituir um contributo valioso para a intervenção dos profissionais de saúde na promoção da literacia em saúde neste grupo, bem como no desenvolvimento de competências para lidar com os fatores intervenientes. Neste sentido, os profissionais poderão contribuir para uma vivência mais saudável e gratificante deste período.

3.2 Discussão dos Resultados

O principal ponto de discussão relaciona-se com a identificação dos fatores intervenientes da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação apurados pelas relações existentes entre os determinantes sociodemográficos, obstétricos, contextuais à gravidez e o empoderamento com a literacia em saúde, para que fosse possível dar resposta à problemática em estudo.

Nesta ótica, apresentamos uma reflexão dos resultados obtidos tendo como suporte o esquema conceitual de base e as questões de investigação formuladas. Como tal, será feita alusão a cada variável independente sendo, posteriormente, discutida a sua relação com a literacia em saúde da grávida.

Nesta perspetiva, importa na primeira fase da discussão dar resposta a seguinte questão:

Qual o nível de literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

A literacia em saúde materna refere-se às habilidades cognitivas e sociais que motivam e capacitam a mulher grávida para aceder, compreender e utilizar informações de modo a promover e a manter a sua saúde e a do seus filhos, a adotar um estilo de vida saudável, a detetar fatores de risco e a identificar os sinais de alarme durante a gravidez que se possam tornar complicações (Khorasani et al., 2018; Mojinyinola, 2011; Santos, 2018).

Das 264 grávidas participantes no nosso estudo, 58,7% tem um nível de literacia em saúde geral suficiente, sendo secundada pelo problemático com 21,6%. Com valores mais baixos estão representados os níveis de literacia em saúde excelente e inadequado (15,5% e 4,2%, respetivamente). Ao se estudar a sua relação com os grupos etários não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,085$; $p=0,555$).

A corroborar os nossos resultados estão os dados do estudo conduzido por Kohan et al. (2007) num grupo de 150 grávidas. Os mesmos revelaram que 48% das inquiridas apresentaram um nível de literacia em saúde materna moderado, 34% um nível baixo e 18% um nível bom. Do mesmo modo, Endres, Sharp, Haney, e Dooley (2004) numa amostra de 74 gestantes espanholas e inglesas com diabetes pré-gestacional apuraram que 22% tinha baixa literacia em saúde e o restante tinha literacia em saúde adequada.

Neto (2016), num estudo realizado com 404 grávidas que recorreram ao serviço de Consulta Externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E em 2016, aferiu que 36,9% teve um nível problemático de literacia em saúde no global, 33,7% um nível suficiente, 15,8% excelente e 13,6% um nível de literacia em saúde inadequado.

Khorasani et al. (2018) concluíram que a pontuação média da literacia em saúde materna obtida no seu estudo, numa amostra de 185 gestantes no Irão, não foi desejável ($42,7; \pm 5,6$).

Embora os dados obtidos na nossa investigação tenham revelado que mais de metade das participantes ostentem um nível adequado ou excelente de literacia em saúde, os valores percentuais correspondentes aos níveis problemático e inadequado merecem particular atenção.

A limitada literacia em saúde da grávida tem um efeito negativo sobre o seu conhecimento em saúde, sobre os comportamentos preventivos que adota, sobre a capacidade de procurar e aceder ao sistema de saúde, utilizar serviços preventivos e cuidar de si e de quem delas depende (Khorasani et al., 2018).

Aumentar a consciencialização e a preparação da mulher durante a gravidez permitir-lhe-á que vivencie esta fase do ciclo de vida com menos complicações, obtendo resultados positivos na gravidez e maternidade (Gharachourlo, Mahmoodi, Kamrani, Tehranizadeh, & Kabir, 2018).

O desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, implicadas pela literacia em saúde, permitirão à mulher poder de deliberação e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas e diagnosticar sintomas que possam trazer complicações no decurso da gestação (Neto, 2016), contribuindo para a melhoria e manutenção da condição de saúde e da qualidade de vida (Espanha et al., 2016).

Atendendo aos valores por domínios, constatamos no nosso estudo que as participantes apresentam um nível de literacia em saúde suficiente em todos eles, correspondendo 58,0% aos *Cuidados de saúde*, 54,2% à *Prevenção da doença* e 48,1% à *Promoção da saúde*. Estes resultados coadunam-se com os apresentados por Neto (2016) no qual também todos os domínios ostentam um nível suficiente de literacia em saúde (40,1% nos *Cuidados de saúde*, 39,9% na *Prevenção da doença* e 38,4% na *Promoção da saúde*).

Que variáveis sociodemográficas influenciam a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

As estatísticas relativas à **idade** revelam que a idade mínima das participantes é de 17 anos e a máxima de 45 a que corresponde uma média de 31,51 anos ($\pm 5,25$ anos), sendo o grupo mais representativo o das grávidas com idade inferior ou igual a 34 anos (68,9%). Atualmente, apesar de se falar muito no adiamento da maternidade, verificamos que a idade materna prevalece no grupo etário considerado como o ideal para engravidar, conforme Mendes da Graça (2012). Pela análise inferencial comprovamos que a idade não influencia a literacia em saúde da grávida ($p>0,05$), resultado este que se encontra em conformidade com o obtido por Ferreira (2013), Kharazi, Peyman, e Esmaily (2016), Kharrazi et al. (2018), Khorasani et al. (2018) e Neto (2016).

Das 264 grávidas, 244 são portuguesas (92,4%) e 20 são estrangeiras (7,6%). Constatamos, pelo nosso estudo, que a **nacionalidade** influencia o índice geral de literacia em saúde da grávida ($p=0,007$) bem como os seus domínios ($p<0,05$). As grávidas portuguesas apresentam ordenações médias superiores em todas as dimensões da escala, traduzindo melhor literacia em saúde, com significância estatística em todas elas ($p<0,05$). Smith e Carroll (2017) e Sørensen et al. (2015) ajudam-nos a compreender este resultado na medida em que afirmam que a literacia em saúde resulta da convergência de vários fatores nomeadamente os fatores

sociais e culturais. Também Neto (2016) encontrou associação entre a nacionalidade e a literacia em saúde da grávida, no global e no domínio *Cuidados de saúde* ($p < 0,05$).

Relativamente ao **estado civil** evidenciamos que as grávidas com maior representatividade são as casadas ou em união de facto (81,8%) enquanto as solteiras ou divorciadas representam apenas 18,2% da amostra. Também Ferreira (2013) e Silva (2014) verificaram que a maioria das grávidas da amostra possuía companheiro (78,3% vs 21,7 e 67,66% vs 32,34%, respetivamente).

No nosso estudo, as grávidas com companheiro apresentam ordenações médias mais altas em todos os domínios e no índice geral, coerentes com melhor literacia em saúde. Conforme Santos (2012) e Silva (2014), este fato pode estar relacionado com o apoio proveniente do companheiro no processo de gravidez, constituindo-se como fonte de suporte primordial para a grávida, influenciando positivamente a sua conduta emocional, a autoconfiança, a autoestima e o empoderamento, favorecendo conseqüentemente a sua literacia em saúde.

Em consonância com o exposto, os achados de Kawasaki, Ito, e Ohnishi (2015) revelaram que estar com um parceiro foi um preditor significativo de melhor literacia em saúde ($p = 0,001$).

No nosso estudo, contudo, não se registou significância estatística ($p > 0,05$), pelo que afirmamos que o estado civil não é fator interveniente da literacia em saúde da grávida. O mesmo foi confirmado por Neto (2016).

A este respeito, Monteiro (2009) refere que o ambiente familiar estável pode não influenciar, por si só, a literacia em saúde.

No que concerne ao **local de residência**, as grávidas de ambos os grupos etários residem, na sua maioria e com percentagens similares, em meio urbano (62,6% vs 62,2%) e são estas as que apresentam ordenações médias mais elevadas nos domínios *Cuidados de saúde* e *Promoção da Saúde*, bem como no índice geral. Neto (2016) menciona que, as cidades são, por excelência, locais de fácil acesso aos cuidados de saúde, com oferta variada em termos de promoção da saúde e medidas preventivas.

Embora não tenhamos encontrado diferenças estatísticas significativas relativamente ao local de residência ($p > 0,05$) assumindo-se que esta variável não discrimina a literacia em saúde,

vários são os autores que alertam para a influência dos fatores sociodemográficos e culturais e apresentam dados inconsistentes com os nossos resultados. São exemplo os achados do estudo de Kharrazi et al. (2018) que evidenciaram significância estatística ($p=0,001$) entre o local de residência e a literacia em saúde, numa amostra de 120 grávidas e os de Neto (2016) que aferiu que o local de residência foi responsável por 6,50% da variação do global da literacia em saúde, com diferença altamente significativa ($p<0,001$) para os domínios e índice geral, confirmando a relação entre as variáveis.

Relativamente às **habilitações literárias**, os dados apurados revelam que 39,0% das inquiridas possuem o ensino superior, seguido do ensino secundário com 38,6% e posteriormente até ao 3º ciclo do ensino básico com 22,3%. Também no estudo de Neto (2016) o ensino superior foi o mais prevalente com 49,3% sendo secundado pelo ensino secundário com 37,6%. Valores idênticos foram registados por Wilhelmoiva et al. (2015) (40,6% vs 40,3% vs 19,1%). No estudo de Ferreira (2013) 42,5% referiram como formação o ensino secundário, seguindo-se o ensino superior com 38,3% e, por fim, a formação igual ou inferior ao 3º ciclo com 19,2%.

Estes dados vêm ao encontro dos determinados pelo Instituto Nacional de Estatística (Portugal, Instituto Nacional de Estatística [Portugal, INE], 2012) que revelam um aumento do nível de instrução da população portuguesa de forma bastante expressiva na última década. A população que hoje possui o ensino superior completo quase duplicou em relação a 2001 e cerca de 61% dos licenciados são do sexo feminino.

Diversos autores têm estudado a escolaridade como determinante da literacia em saúde. A presente investigação aponta neste sentido. Ao relacionarmos a literacia em saúde em função das habilitações literárias verificamos diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) em todas as dimensões e índice geral concluindo-se que a mesma é influenciada pelo nível de escolaridade. Os nossos resultados são corroborados por vários estudos, nomeadamente, Kharrazi et al. (2016), Kharrazi et al. (2018), Khorasani et al. (2018), Neto (2016), Wilhelmoiva et al. (2015) que comprovaram que quanto maior o grau académico melhor a literacia em saúde da grávida, com significância estatística ($p<0,05$).

Na investigação realizada por Kawasaki et al. (2015) as habilitações literárias foram um preditor altamente significativo de melhor literacia em saúde materna ($p<0,001$).

Um nível educacional reduzido, conforme Silva (2014), poderá estar associado a uma menor autonomia, autoeficácia, autoestima, busca de conhecimento bem como a uma menor capacidade de decisão.

Registamos que mais de metade da nossa amostra tem uma **profissão** técnica (53,4%) sendo secundada pelo grupo das profissões intelectuais (31,8%) e posteriormente, com 14,8% o grupo das profissões indiferenciadas. Valores semelhantes aos encontrados por Ferreira (2013) e Neto (2016).

Ao determinarmos a relação entre a profissão e a literacia em saúde apuramos que são as grávidas com atividade profissional integrada no grupo das profissões intelectuais que têm melhor literacia em todos os domínios e índice geral, pois apresentam ordenações médias mais elevadas. Seguidamente estão as grávidas com atividade profissional pertencente ao grupo das profissões técnicas e, por último, as do grupo de profissões indiferenciadas. As diferenças estatísticas encontradas são altamente significativas ($p=0,000$) em todas as dimensões, pelo que se afirma que a literacia em saúde da grávida é influenciada pelo grupo profissional.

Estes resultados podem ser justificados, em certa medida, pelos achados anteriores relativos às habilitações literárias. Considerando que para o desempenho de uma profissão intelectual é necessário um grau académico superior em comparação ao exigido para o desempenho de uma profissão técnica ou indiferenciada podemos defender que quanto melhor estiver categorizada a profissão que a grávida desempenha, melhor a sua literacia em saúde.

A este propósito Camargo e Carrapato (2012) afirmam que a baixa escolaridade reduz o acesso a bons empregos aumentando a probabilidade de exercer uma atividade laboral não remunerada. Esta situação favorece a dependência financeira que, por sua vez, condiciona o exercício da sua autonomia de forma global (Camargo & Carrapato, 2012).

No que concerne à **situação profissional atual** das grávidas em estudo salientamos que 87,1% se encontra empregada. São as grávidas com ocupação profissional que apresentam melhor literacia em saúde com significância estatística em todas as dimensões ($p<0,05$). A situação profissional é fator determinante da literacia em saúde.

A este respeito Silveira e Ferreira (2011) referem que o exercício da atividade profissional influencia a autoeficácia da grávida, correspondendo às expectativas de um melhor conceito pessoal, associado a um maior nível de autonomia, de independência financeira e de

realização pessoal. Estas competências individuais são fundamentais para um nível adequado de literacia em saúde (Smith & Carroll, 2017; Sørensen et al., 2015).

Inconsistentes com os nossos achados estão os resultados dos estudos de Kharrazi et al. (2018), Khorasani et al. (2018) e Neto (2016). Os autores aferiram que a situação profissional não determina a literacia em saúde da grávida. Embora as grávidas com ocupação profissional apresentassem melhor literacia em saúde, não foi encontrada significância estatística que validasse a relação entre as variáveis ($p=0,42$, $p=0,132$ e $p>0,05$, respetivamente).

Do total da amostra, mais de três quartos das grávidas tem um **rendimento mensal familiar** situado entre os 500 e os 1500€ enquanto 8,3% tem um rendimento mensal familiar inferior ou igual a 500€ e 12,5% superior ou igual 1500€. As diferenças estatísticas entre os grupos são bastante significativas ($\chi^2=17,337$; $p=0,001$).

No estudo da influência do rendimento familiar mensal sobre a literacia em saúde, observamos que em todos os domínios e no índice geral se encontram ordenações médias superiores no grupo das grávidas com rendimento mensal familiar superior ou igual a 1501€, traduzindo melhor literacia em saúde. As diferenças encontradas são altamente significativas ($p=0,000$) permitindo inferir que o rendimento mensal do agregado familiar é fator interveniente da literacia em saúde da grávida.

Estes resultados confirmam dados previamente publicados, comprovando que a literacia em saúde da grávida está associada a um nível socioeconómico mais alto. Khorasani et al. (2018) evidenciaram melhor literacia em saúde nas grávidas com rendimentos familiares mais elevados, com significância estatística bastante significativa ($p=0,008$), confirmando que as variáveis são explicativas. Similarmente, Kharazi et al. (2016) e Kharrazi et al. (2018) apuraram relação significativa entre a literacia em saúde materna e o rendimento familiar ($p=0,008$). De igual forma, Neto (2016) inferiu que o rendimento familiar contribui para o desenvolvimento da literacia em saúde da grávida, apurando uma relação estatística altamente significativa entre as variáveis ($p=0,000$), quer no global da escala, quer nos diferentes domínios.

Relativamente à **religião** que as grávidas professam, verificamos que para a totalidade da amostra a religião católica é a mais praticada pelas participantes, contribuindo para este valor 85,7% das grávidas com idade inferior ou igual a 34 anos e 89,0% com idade superior ou igual a 35 anos, não existindo significância estatística ($\chi^2=0,539$; $p=0,463$).

Ao averiguarmos a existência de relação entre a religião e a literacia em saúde da grávida apuramos que as grávidas que professam a religião católica apresentam melhor literacia em saúde em todos os domínios bem como no índice geral. As diferenças estatísticas encontradas foram significativas no domínio *Promoção da saúde* ($p < 0,028$), comprovando-se que a religião influencia a literacia em saúde da grávida neste domínio.

Conforme Stroppa e Almeida (2008) maiores níveis de envolvimento religioso estão associados a melhores indicadores de saúde. Os benefícios dessa relação, segundo os autores, parecem estar relacionados com os hábitos de vida, o suporte social e as estratégias de *coping* diminuindo a exposição a comportamentos e situações de risco e proporcionando maior satisfação, autoestima elevada, melhor saúde física e mental, bem como maior capacidade para tomar decisões e lidar com as circunstâncias adversas da vida.

Considerando os nossos resultados e a definição de literacia em saúde como a capacidade do cidadão tomar decisões no dia-a-dia, assumindo as responsabilidades das mesmas (Pedro et al., 2016) reportamo-nos ao estudo de Silva e Flora (2010) realizado com 40 mulheres católicas e não católicas no Brasil que revelou que a religião é um fator que pode exercer alguma influência sobre a tomada de decisão relativamente ao aborto, reforçando o anteriormente exposto. O discurso apresentado por algumas das participantes revelou a importância da religião como fonte de consciencialização sobre a importância da vida, caracterizando um fator de proteção para o abortamento.

Cerca de 9 em cada 10 grávidas participantes no estudo referem ter **internet** em casa (91,7%). Ao estudarmos em que medida esta variável justifica a literacia em saúde da grávida, apuramos diferenças estatísticas significativas no domínio *Prevenção da doença* ($p < 0,05$) e bastante significativas nas restantes dimensões ($p < 0,01$), pelo que se infere que a internet é fator interveniente da literacia em saúde da grávida.

Durante a gestação as mulheres enfrentam dúvidas e medos que levam ao aumento da procura de informação. A internet assume um importante papel nessa procura (Ferreira, 2013).

Os resultados do estudo desenvolvido por esta autora, numa amostra de 120 grávidas que recorreram à consulta externa de obstetrícia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E revelaram que as gestantes que mais recorrem à internet são as que têm maior literacia em saúde no que respeita às competências percebidas no uso de tecnologias de informação para a saúde – literacia em e-health. Este facto vem corroborar os achados por nós obtidos. A mesma autora

refere, ainda, que o nível de literacia em e-health é maior quanto maior for a utilidade e importância dada à internet ($p < 0,05$).

Qual a relação entre as variáveis obstétricas e contextuais à gravidez com a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

Para o **número de gravidezes anteriores** constatamos que 55,3% das grávidas da nossa amostra estão a vivenciar a primeira experiência de gravidez, correspondendo 63,2% ao grupo etário inferior ou igual a 34 anos. Com história obstétrica de uma gestação anterior registamos 29,3% e 15,2% para duas ou mais ($\chi^2=15,026$; $p=0,001$). Estes resultados são apoiados pelos dados encontrados por Ferreira (2013), Neto (2016) e Santos (2012).

Ao relacionarmos a literacia em saúde em função do número de gravidezes anteriores verificamos que são as grávidas que estão a vivenciar a primeira experiência de gravidez que apresentam melhor literacia em saúde, em todos os domínios e índice geral, sendo secundadas pelas que refeririam duas ou mais gestações anteriores. Analisando a significância verificamos diferença estatística em todas as dimensões ($p < 0,05$) exceto no domínio *Cuidados de saúde*.

As ordenações médias obtidas no estudo de Neto (2016) numa amostra de 404 grávidas corroboram os nossos achados. Ao testar a associação entre a existência ou não de gravidez anterior e a literacia em saúde a autora apurou que as grávidas sem gestação anterior apresentaram ordenações médias mais altas, condizentes com melhor literacia em saúde, sem contudo verificar significância estatística ($p > 0,05$).

A chegada de um filho, sobretudo quando é o primeiro, pressupõe processos de transição e a aquisição de papéis nunca antes vivenciados pelo que, para as primigestas, esta fase assume uma intensidade ainda maior (Silva, 2014; Soares, 2008) implicando a busca constante de conhecimentos, autoconfiança e compreensão para tomar decisões responsáveis que influenciem a sua saúde enquanto grávida, bem como a do seu filho (Santos, 2018).

De acordo com Soares (2008), o processo de transição para a parentalidade, quando acontece pela primeira vez é complexo, uma vez que este novo papel acarreta um conjunto de atividades da exclusiva responsabilidade dos pais.

Em relação ao **número de filhos** e como seria de esperar face aos resultados referentes ao número de gravidezes anteriores são as grávidas com idade superior ou igual a 35 anos que

apresentam maior percentual para um filho (43,9%) enquanto 71,4% com idade inferior ou igual a 34 anos não têm filhos, verificando-se diferença estatística altamente significativa ($x^2=16,855$; $p=0,000$). Também os dados do estudo de Santos (2012) apontam nesse sentido, indicando que a maioria das mulheres grávidas da sua amostra não tem filhos (69,7%) correspondendo 60,5% ao grupo etário inferior ou igual a 35 anos.

O número de filhos não é fator interveniente da literacia em saúde da grávida. Embora se tenha constatado que a superioridade das ordenações médias do índice geral de literacia em saúde e seus domínios se enquadravam nas grávidas sem filhos sendo secundadas pelas que têm um, não se encontrou diferença estatística pelo que não se aceita a relação entre elas. As variáveis não são explicativas ($p>0,05$).

Estes resultados são divergentes aos apresentados por Kharrazi et al. (2018) na medida em que encontraram significância estatística na relação entre o número de filhos e a literacia em saúde materna ($p<0,05$). Ao examinar a diferença entre a taxa média de literacia em saúde e o número de filhos, bem como o número de gravidezes, o início e o número de cuidados durante a gravidez, os autores verificaram que essa diferença estava relacionada com as grávidas que tiveram mais de três gestações, mais de dois partos, mais de três filhos, seis ou mais cuidados.

Quanto ao **tipo de parto**, 63,3% da totalidade da nossa amostra nunca tinha vivido esta experiência anteriormente. Das grávidas com parto anterior, e com valores percentuais muito semelhantes, 18,6% foi submetida a parto eutócico e 18,2% a parto distócico ($x^2=18,269$; $p=0,000$). Dados idênticos foram obtidos por Ferreira (2013), 60,8% das participantes não teve parto anterior, 30,8% teve um parto anterior. No estudo de Neto (2016) 48,5% das grávidas não tinham história de parto anterior e das que referiram 18,6% tinha sido submetida a parto eutócico e 32,9% a parto distócico.

Ao analisarmos a relação entre o tipo de parto e a literacia em saúde da grávida extraímos que, em todos os domínios e índice geral, as ordenações médias mais altas surgem nas grávidas sem parto anterior, seguindo-se as submetidas a parto distócico. Da mesma análise apuramos que existe diferença estatística significativa ($p<0,05$) no domínio *Promoção da saúde* e na literacia em saúde geral.

Kohan et al. (2007) evidenciaram que aproximadamente metade das grávidas participantes no seu estudo foi submetida a cesariana, apurando significância estatística entre

as taxas de cesariana eletiva nas grávidas com boa e média literacia em saúde e as grávidas com baixa literacia em saúde ($p=0,01$).

Registamos diferença estatística significativa ao procurarmos saber em que medida a ocorrência de uma gravidez planeada discrimina a literacia em saúde ($p<0,05$). As grávidas que planearam a gravidez apresentaram ordenações médias mais elevadas para todos os domínios e índice geral, coerentes com melhor literacia em saúde. O **planeamento da gravidez** assume-se, assim, como fator determinante da literacia em saúde da grávida.

Este resultado é consistente com o achado de Endres et al. (2004) num estudo realizado num grupo de 74 gestantes espanholas e inglesas com diabetes pré-gestacional. Estes autores aferiram que as grávidas com baixa literacia em saúde tiveram uma probabilidade significativamente maior de ter uma gravidez não planeada ($p=0,02$) e significativamente menor probabilidade de ter discutido antecipadamente a gravidez com um endocrinologista ou obstetra ($p=0,01$) ou tomado ácido fólico ($p=0,001$).

Similarmente, Kilfoyle et al. (2016) referem que as mulheres com uma limitada literacia em saúde são mais propensas a ter uma gravidez não planeada quando comparadas com mulheres com literacia em saúde adequada.

Muitos dos fatores que possam alterar a evolução normal de uma futura gravidez podem ser identificados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide (Guerreiro & Dias, 2016b; Portugal, MS, DGS, 2006). Portanto, todas as mulheres/casais em idade fértil devem obter informações necessárias para que, de uma forma informada, consciente e esclarecida, possam fazer escolhas relativas ao seu futuro reprodutivo, tendo em consideração as condições físicas, psíquicas e sociais do momento (Guerreiro & Dias, 2016a; Portugal, MS, DGS, 2006).

Uma gravidez desejada e planeada tem maior probabilidade de ser bem-sucedida (WHO, 2005).

No seguimento do contexto anterior, interrogamos também as grávidas sobre o **desejo da gravidez** atual. Constatamos que 97,7% da totalidade da amostra deseja a sua gravidez contrariamente a 2,3%. À semelhança dos resultados determinados por Neto (2016), as grávidas que caracterizaram a sua gravidez como desejada apresentaram ordenações médias superiores nos diferentes domínios bem como no índice geral.

Lowdermilk e Perry (2008) ressaltam a necessidade do casal planejar o número e o momento do nascimento dos seus filhos para quando se sentirem preparados para aceitarem a paternidade. A ausência dessa condição poderá levar à não-aceitação plena da gravidez o que, para além de poder ser conflituoso, poderá também refletir-se na saúde e bem-estar materno-fetal.

Também Antunes (2014) nos ajuda a compreender os nossos resultados na medida em que salienta que a promoção da literacia em saúde passa pelo desenvolvimento das capacidades do cidadão na tomada de decisão sobre o seu projeto de vida, por forma a fazer escolhas informadas e fundamentadas.

No entanto, rejeita-se a relação entre ambas dado não encontrarmos significância estatística ($p > 0.05$).

No que se refere à **idade gestacional**, constatamos que 71,2% das grávidas têm idade gestacional inferior a 37 semanas e 28,8% superior ou igual a 37 semanas.

Os dados obtidos pelo teste de U Mann-Whitney indicaram que as grávidas com idade gestacional superior ou igual a 37 semanas apresentavam ordenações médias mais elevadas no índice geral de literacia em saúde bem como nos domínios, traduzindo melhor literacia em saúde, no entanto, as diferenças entre as variáveis não foram estatisticamente significativas pelo que não se confirmou a relação entre ambas. A idade gestacional não é fator interveniente da literacia em saúde da grávida.

No que concerne à **morbilidade materna prévia e durante a gravidez**, aferimos que, respetivamente, 11,7% e 28,0% das grávidas referiram problemas de saúde. Entre estas, 19,5% e 37,8% tem idade superior ou igual a 35 anos ($\chi^2=6,929$; $p=0,008$; $\chi^2=5,633$; $p=0,018$).

A literatura evidencia que uma inadequada literacia em saúde está associada a uma taxa superior de morbilidade e mortalidade (Antunes, 2014; Serrão, 2014; Pedro et al., 2016). Muitos são os estudos que relacionam a limitada literacia com baixos níveis de saúde, comportamentos de risco, maior utilização dos serviços de saúde e de urgência, menor capacidade de autocuidado e adesão a programas e recomendações de prevenção da doença e promoção da saúde (Antunes, 2014; Serrão, 2014; Pedro et al., 2016; Tomé, 2018).

Os resultados do nosso estudo indicam que as grávidas sem patologia prévia à gravidez apresentam ordenações médias mais elevadas em todos os domínios e índice geral, ostentando

melhor literacia em saúde. Valores inconsistentes foram determinados por Neto (2016) no domínio *Cuidados de saúde e Prevenção da doença*, uma vez que os dados obtidos evidenciaram que são as grávidas com problemas de saúde prévios à gestação que apresentam melhor literacia em saúde. Para a *Promoção da saúde* e índice geral os achados são consonantes aos apresentados no nosso estudo.

Ao estudarmos a relação entre a morbilidade prévia à gravidez e a literacia em saúde apuramos diferença estatística significativa na *Promoção da saúde* ($p=0,036$), validando-se a relação entre ambas neste domínio.

A este respeito, Wilhelmova et al. (2015) refere que estilos de vida não saudáveis e comportamentos de risco dos pais antes da conceção e durante a gravidez influenciam a etiologia de vários problemas de saúde.

Deste modo, muitos dos fatores que possam alterar a evolução normal de uma futura gravidez podem ser identificados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide (Guerreiro & Dias, 2016b; Portugal, MS, DGS, 2006). Portanto, todas as mulheres/casais em idade fértil devem obter informações necessárias para que, de uma forma informada, consciente e esclarecida, possam fazer escolhas relativas ao seu futuro reprodutivo, tendo em consideração as condições físicas, psíquicas e sociais do momento (Guerreiro & Dias, 2016a; Portugal, MS, DGS, 2006).

Importa, assim, divulgar, promover e incentivar as mulheres para a consulta pré-concepcional. Objetiva-se identificar e reduzir os riscos reprodutivos não só pela avaliação do risco mas também pela promoção da saúde e implementação de intervenções adequadas a cada situação (ACOG, 2012; Portugal, MS, DGS, 2015b).

Para reforçar esta ideia reportamo-nos ao estudo de Williams, Zapata, D'Angelo, Harrison, e Morrow (2012). Os autores associaram a realização de consulta pré-concepcional ao início precoce das consultas pré-natais ($OR=2,05$; $IC=1,77-2,38$) e defendem que as mulheres que recebem aconselhamento pré-concepcional estão mais motivadas a adotar comportamentos positivos ou a mudar comportamentos de risco durante a gravidez.

De acordo com algumas evidências, um dos fatores relacionados com a literacia em saúde são os comportamentos de promoção da saúde (Chahardah-Cherik, Gheibizadeh, Jahani, & Cheraghian, 2018). Estes comportamentos que incluem as dimensões crescimento espiritual,

responsabilidade com a saúde, relações interpessoais, controlo do stress, atividade física e nutrição, fortalecem e mantêm o nível de saúde e autorrealização (Chahardah-Cherik et al., 2018). No seu estudo, os autores citados encontraram relação significativa entre a literacia em saúde e as dimensões dos comportamentos de promoção da saúde ($p < 0,05$) concluindo que as pessoas com maior literacia em saúde são mais sensíveis à realização de comportamentos promotores da saúde.

A existência de patologia durante a gravidez pode ser um fator desencadeante de uma gravidez de alto risco decorrendo dessa situação uma probabilidade mais elevada de se desenvolverem complicações para a mãe ou de o próprio feto poder ser afetado por alterações ou malformações congénitas (Coutinho, 2014).

No nosso estudo, não identificamos significância estatística na relação da literacia em saúde com a morbilidade durante a gravidez, pelo que se afirma que as mesmas são independentes ($p > 0,05$). Resultado análogo ao encontrado por Neto (2016). Contudo, as ordenações médias obtidas nos diferentes domínios e no índice geral de literacia em saúde são superiores no grupo de grávidas sem patologia durante a gestação o que significa que são as grávidas com morbilidade durante a gravidez que apresentam pior literacia em saúde.

A este respeito, Wilhelmsova et al. (2015) num estudo com 360 grávidas na República Checa revelou que apesar do conhecimento bastante adequado dos riscos e dos fatores de suporte para a gravidez e desenvolvimento fetal, os estilos de vida da maioria das inquiridas estava longe do ótimo. Os dados obtidos pelas autoras evidenciaram que apenas 30% relataram bons hábitos alimentares e atividade física, 24% eram fumadoras ativas ou passivas e um terço das mulheres bebia álcool ocasionalmente.

Uma limitada literacia em saúde da grávida está, de acordo com Kilfoyle et al. (2016), associada à não adesão a suplementos vitamínicos durante a gravidez e a uma menor adesão à toma de ácido fólico no período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação. Os mesmos autores referem ainda que as grávidas com baixa literacia em saúde atribuem crenças negativas ao uso de medicamentos durante a gravidez imputando-lhe riscos e comprometendo a sua adesão e são mais propensas a ter depressão durante a gravidez e nas seis semanas após o parto.

Uma adequada literacia em saúde materna é, assim, essencial para uma gravidez e maternidade saudável e conforme Kohan et al. (2007) inclui a adoção de estilos e hábitos de

vida equilibrados, nutrição adequada bem como a capacidade para identificar fatores de risco que possam trazer complicações no decurso da mesma. No seu estudo, realizado com 150 grávidas no Irão, os dados revelaram que as grávidas com literacia adequada apresentaram diferença significativa no início e frequência da vigilância pré-natal, no peso neonatal, hematócrito da mãe, consumo de suplementos de ferro e ácido fólico, ganho de peso na gravidez, idade gestacional no nascimento, método de parto e amamentação, concluindo que bons níveis de literacia em saúde da grávida está associada a um bom desfecho da gravidez.

Por seu lado, Mojinyinola (2011), numa investigação desenvolvida numa amostra de 231 grávidas na Nigéria, evidenciou a existência de uma relação significativa entre a literacia em saúde materna e uma gravidez saudável ($r=0,367$, $df=229$, $p<0,05$) e uma associação positiva entre a literacia em saúde materna e os resultados da gravidez, concluindo que a literacia em saúde materna é uma ferramenta importante e eficaz para assegurar uma gravidez saudável e desfechos de gravidez bem-sucedidos.

Também Kharazi et al. (2016) apuraram relação significativa e positiva entre a literacia em saúde materna e os resultados da gravidez ($p<0,001$).

Ohnishi, Nakamura, e Takano (2005) descobriram que grávidas com literacia em saúde adequada têm a menor prematuridade e a menor mortalidade na infância, num estudo com 124 mulheres no Paraguai.

Numa amostra de 457 grávidas na Gâmbia Anya, Hydera, e Jaiteh (2008) constataram que as gestantes tinham baixa consciência dos sinais de perigo. As proporções de mulheres que reconheceram os sinais de perigo foram 28,9% para a anemia, 24,6% para a hipertensão, 14,8% para a hemorragia, 12,9% para a febre e 5% para a sépsis puerperal, concluindo que as mulheres grávidas não estão preparadas para fazer escolhas apropriadas, especialmente quando estão perante situações de risco, contribuindo para a persistência de altas taxas de mortalidade materna no país.

É necessário, portanto, que todas as grávidas saibam o que esperar durante a gravidez e o que fazer quando percebem sinais ou perigos incomuns Mojinyinola (2011). A este propósito, Kohan et al. (2007), Mojinyinola (2011) e Wilhelmova et al. (2015) defendem a intervenção e aconselhamento dos profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO, a encorajar as gestantes a frequentarem os cuidados pré-natais e sessões de educação para a saúde, ajudando-as a vivenciar uma gravidez saudável e positiva e um parto fácil e seguro. Sugerindo que os

mesmos devem, ainda, contribuir para a melhoria do seu nível de literacia em saúde através de recursos educacionais simples, incentivo à adoção de estilos de vida mais saudáveis, interpretação de prescrições médicas e outras informações essenciais durante a assistência em saúde pré-natal.

Ao inquirirmos as grávidas sobre o **curso de preparação para o parto e parentalidade** deparamo-nos com 71,2% da amostra global a frequentar ou com intenção de frequentar o curso, correspondendo 73,6% ao grupo etário inferior ou igual a 34 anos.

Este resultado contraria os dados obtidos por Neto (2016), Silva (2014) e Wilhelms et al. (2015) em cujos estudos as autoras fazem referência a que a maioria das grávidas da amostra não frequentam ou não pretendem frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade (52,7%, 73,2% e 68%, respetivamente).

Corroboram os nossos achados os resultados do estudo de Santos (2012) em que 55,9% da totalidade das participantes frequentam o curso, sendo que 40,7% tem idade inferior ou igual a 35 anos.

O curso de preparação para o parto configura-se como um programa de educação para a saúde que visa a tomada de decisão e participação ativa da mulher/casal capacitando-os para a vivência e experiência positiva, gratificante e responsável da gravidez e parto (Coutinho et al., 2014; Ordem do Enfermeiros, 2012b;).

Durante a preparação a mulher grávida/casal tem a oportunidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências que lhe permitem vivenciar a gravidez, o trabalho de parto e o parto de forma consciente e esclarecida, diminuir a ansiedade, promover o relaxamento e a adaptação ao papel parental (Coutinho et al., 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2012a; Pereira, 2016; Silva, 2010).

Investigações como a de Baglio, Spinelli, Donati, Grandolfo, e Osborn (2000) e Spinelli, Baglio, Donati, Grandolfo, e Osborn (2003) evidenciam a sua importância. Estes autores concluíram que as aulas de preparação para o nascimento aumentam o conhecimento e as competências das gestantes e podem ser uma defesa para a excessiva medicalização da gravidez e parto. Averiguaram ainda que estas mulheres possuem menor risco de serem submetidas a cesariana, possuem maiores taxas de amamentação ainda no hospital e estão satisfeitas com a experiência do parto.

No presente estudo, as significâncias estatísticas encontradas, pela análise inferencial, comprovam que a frequência ou a intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade é fator interveniente da literacia em saúde da grávida ($p < 0,05$).

As grávidas que frequentam ou têm intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade ostentam melhor literacia em saúde dado apresentarem ordenações médias mais altas em todos os domínios e no índice geral.

Santos (2018), numa investigação de natureza qualitativa do tipo descritivo, identificou a preparação para o parto e parentalidade como promotora da literacia em saúde materna, constituindo-se, segundo a autora, um campo de ação privilegiado para os EEESMO melhorarem os conhecimentos e promoverem as habilidades das gestantes de modo a minimizar as intercorrências perinatais, intensificar a sua capacidade para conhecer sinais de alerta e proporcionar-lhe ferramentas para resolver problemas, capacitando-a também no desempenho do papel parental. No seu estudo, a preparação para o parto e parentalidade foi referida como fonte de educação pré-natal que dotou as participantes de conhecimentos e estratégias para tomarem decisões adequadas relativamente à promoção da saúde, tornando-as mais conscientes e autónomas.

À semelhança dos nossos resultados estão ainda os achados de Neto (2016) que também verificou existir diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$) entre as variáveis atestando a relação de dependência entre as mesmas. A autora afirma que os cursos de preparação para o parto e parentalidade promovem o desenvolvimento da literacia em saúde da grávida na medida em que atribui um papel ativo na tomada de decisão na área da saúde.

Lori, Ofosu-Darkwah, Boyd, Banerjee, e Adanu (2017), num estudo prospetivo de coorte com 240 mulheres no Gana apurou que as grávidas que participaram nas sessões de cuidados pré-natais em grupo (modelo ANC) demonstraram melhor literacia em saúde nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde, preparação para o parto, prevenção e reconhecimento de problemas, amamentação, planeamento familiar e cuidados com o recém-nascido ($p < 0,05$).

No que respeita ao **consumo de tabaco** durante a gravidez apuramos que cerca de 9 em cada 10 das inquiridas não consome tabaco durante a gravidez, sendo maior a percentagem entre as grávidas com 35 ou mais anos (92,7%) do que entre as de idade inferior ou igual a 34 anos (89,7%), não existindo diferença estatística significativa ($\chi^2 = 0,643$; $p = 0,423$).

Valores idênticos foram encontrados por Coutinho (2014). Os seus dados revelaram que 86,2% das auscultadas não consumiu tabaco durante a gravidez, sendo maior a percentagem entre as imigrantes (90,6%).

Para as consumidoras, que no seu conjunto representaram 9,5% da totalidade da nossa amostra, as estatísticas apontaram um consumo mínimo de 1 e um máximo de 10 cigarros por dia, sendo a média de 3,84 ($\pm 2,478$).

No período pré-natal, a mãe determina positiva ou negativamente a saúde física e mental do seu filho através das suas decisões e comportamentos o que, por sua vez, afeta as condições gerais de saúde futura (Wilhelmova et al., 2015).

O consumo de tabaco é um fator de risco na gravidez (Ferreira & Nelas, 2016), estando associado a atraso do crescimento fetal, aumento do aborto espontâneo, da mortalidade perinatal, aumento de parto prematuro, aumento do risco de hemorragia e placenta prévia (Lowdermilk & Perry, 2008).

No estudo de Wilhelmova et al. (2015) realizado na República Checa com 360 grávidas, um quarto das inquiridas foram expostas ativa ou passivamente ao fumo do tabaco durante a gravidez, sendo estas mulheres menos instruídas e pertencentes a uma família também ela fumadora. Como tal exposição representa riscos importantes para a gravidez e feto, as autoras defendem que a educação em saúde e as políticas anti fumo devem ser focadas neste grupo vulnerável.

No nosso estudo, as grávidas não consumidoras revelam ordenações médias mais elevadas em todos os domínios e no índice geral, traduzindo melhor literacia em saúde, em detrimento das que fumam. As diferenças estatísticas encontradas foram altamente significativas no domínio *Promoção da saúde* ($p=0,000$) e bastante significativas no domínio *Prevenção da doença* e índice geral ($p<0,01$), confirmando-se a relação entre o consumo de tabaco e as dimensões anteriormente referidas.

Tal como o consumo de tabaco também o **consumo de álcool** é um fator de risco na gravidez (Ferreira & Nelas, 2016).

Os dados do nosso estudo revelam que 97,7% das grávidas não ingeriu bebidas alcoólicas em detrimento de 2,3% que respondeu afirmativamente. Estes resultados são consonantes aos apresentados por Coutinho (2014) que constatou que 91,7% das grávidas não

ingeriu bebidas alcoólicas. A autora refere ainda que entre as que ingeriram a maior percentagem ocorreu entre as imigrantes (12,0% vs 6,6%) com significância estatística ($\chi^2=19,617$; $p<0,001$), verificadas sobretudo nas mulheres portuguesas que não consumiram e nas imigrantes que consumiram.

O estudo de Wilhelmova et al. (2015) revelou que as mulheres que consomem álcool durante a gravidez são mais velhas (>35 anos), múltiparas e com níveis educacionais e socioeconómicos mais altos.

O consumo de bebidas alcoólicas na gravidez aumenta o risco de abortamento, parto pré-termo, desacelerações no crescimento intrauterino ou rutura prematura de membranas (Mendes da Graça, 2012)

O reconhecimento das repercussões associadas ao consumo de álcool é fundamental para que a grávida reveja hábitos de vida e tome decisões fundamentadas no que se refere à mudança de comportamentos de risco, aderindo a hábitos de vida saudáveis (Ferreira & Nelas, 2016; Santos, 2018; Wilhelmova et al., 2015).

Ao estudarmos a relação entre o consumo de álcool e a literacia em saúde da grávida aferimos que as grávidas não consumidoras de álcool possuem melhor literacia em saúde dado apresentarem ordenações médias superiores em todos os domínios e índice geral de literacia em saúde. Verificamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p<0,05$) nos domínios *Prevenção da doença* e *Promoção da saúde*, bem como na literacia em saúde geral, aceitando-se a sua relação com as dimensões referidas.

Em consonância com o que Ferreira e Nelas (2016) mencionam e cruzando com os resultados obtidos na presente investigação é possível referir que as ações educativas a realizar durante a gravidez têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde. As grávidas devem corresponsabilizar-se pela sua saúde, adotando ou mantendo estilos de vida que potenciem a saúde da tríade.

Qual a relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação?

A vigilância, considerada como a monitorização da frequência de ocorrência de condições específicas para avaliar a estabilidade ou a alteração dos níveis de saúde materna e

obstétrica (Medical Subject Headings, 2012 *apud* Coutinho, 2014), deve iniciar-se, de preferência, antes da concepção, através dos cuidados pré-concepcionais ou, pelo menos, até às 12 semanas de gestação (WHO, 2002; Portugal, MS, DGS, 2015b), devendo prolongar-se durante toda a gravidez, com os cuidados pré-natais e ter continuidade no pós-parto (Portugal, MS, DGS, 2015b).

O esquema de vigilância da gravidez estabelecido pela Direção Geral de Saúde (Portugal, MS, DGS, 2015b) prevê uma consulta a cada 4-6 semanas até às 30 semanas, a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto, num total mínimo de seis consultas.

Apuramos no nosso estudo que o número de consultas de vigilância da gravidez oscilou entre 3 e 20 consultas, correspondendo-lhe uma média de 8,11 consultas ($\pm 3,126$). Ao analisarmos o número de consultas efetuadas, tendo em conta o preconizado pela Direção Geral de Saúde para a idade gestacional mínima da nossa amostra (Portugal, MS, DGS, 2015b), constatamos que apenas 1,1% da totalidade da amostra não cumpriu o esquema recomendado contrapondo 98,9% que cumpriu.

Atendendo ao início das consultas de vigilância verificamos que, com percentuais muito semelhantes, 91,2% das grávidas com idade inferior ou igual a 34 anos e 92,7% com idade superior ou igual a 35 anos realizaram a primeira consulta de vigilância até às 12 semanas de gestação e 8,8% vs 7,3% após as 12 semanas ($\chi^2=0,161$; $p=0,688$).

Vários estudos apresentam dados relativos à vigilância da gravidez, uns contemplando o seu início, outros o número de consultas e outros a associação de ambos.

Queiroz, Soares, e Oliveira (2015) realizaram um estudo de corte transversal desenvolvido com 50 parturientes assistidas no Hospital Universitário Ana Bezerra, na cidade de Santa Cruz (Brasil) com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal prestada e verificar a relevância dos exames laboratoriais na qualidade da mesma. As autoras registaram que 86% das participantes iniciaram a assistência pré-natal precocemente e obtiveram uma média de 7,3 consultas. No entanto, embora o acesso à assistência pré-natal fosse satisfatória foi deficiente em qualidade, sendo que a maior fragilidade esteve relacionada com a falha no registo dos exames laboratoriais, os quais teriam potencial para reverter os indicadores perinatais desfavoráveis ainda observados.

Mellado e Ávila (2016), num estudo realizado com 730 grávidas da cidade de Sincelejo (Colômbia), revelaram a existência de uma associação significativa entre os benefícios percebidos pela gestante e o uso adequado da vigilância pré-natal [OR = 5,5 (IC 95%: 2,8 – 10,8)], concluindo que a percepção das gestantes em relação aos benefícios da assistência pré-natal é o principal fator que pode explicar a adesão à vigilância pré-natal e ao cumprimento do número de consultas, sendo essencial ressaltar a importância e os benefícios dos cuidados durante a gravidez.

No contexto nacional e corroborando os nossos resultados, Neto (2016) numa amostra de 404 grávidas apurou que relativamente ao número de consultas 94,6% realizaram um número adequado de consultas de acordo com a idade gestacional e 81,4% iniciou a vigilância no primeiro trimestre da gestação. No cruzamento das duas variáveis concluiu que 78,2% realizaram uma adequada vigilância da gravidez.

Para o estudo da relação entre a **vigilância da gravidez** e a literacia em saúde da grávida consideramos ambos os indicadores referidos. Perante os resultados, aferimos que são as grávidas que vigiam adequadamente a sua gravidez que ostentam melhores níveis de literacia em saúde dado apresentarem ordenações médias superiores e com significância estatística em todos os domínios e índice geral ($p < 0,05$).

Valores idênticos foram encontrados por Kohan et al. (2007) e consonantes aos apresentados por Neto (2016) que constataram que as grávidas com níveis de literacia adequada iniciam precocemente os cuidados pré-natais e cumprem o esquema de consultas de vigilância concluindo que bons níveis de literacia em saúde está associada a um desfecho positivo da gravidez.

Similarmente, o estudo de Mojinyinola (2011) revelou a existência de uma relação significativa entre a literacia em saúde materna e os cuidados pré-natais ($r = 0,445$, $df = 229$, $p < 0,05$) e uma gravidez saudável ($r = 0,367$, $df = 229$, $p < 0,05$) e uma associação positiva entre a literacia em saúde materna e os resultados da gravidez. Com base nestes achados, concluiu que a literacia em saúde materna é uma ferramenta importante e eficaz para assegurar cuidados pré-natais eficientes, uma gravidez saudável e desfechos de gravidez bem-sucedidos.

Também Kharazi et al. (2016) apurou relação significativa entre a literacia em saúde materna com o pré-natal ($p < 0,05$) e uma relação significativa e positiva entre a literacia em saúde materna e os resultados da gravidez ($p < 0,001$)

Kilfoyle et al. (2016), no seu estudo de revisão sistemática da literatura, referem que mulheres com baixa literacia em saúde têm mais propensão para iniciar a vigilância pré-natal após o primeiro trimestre e/ou faltar a consultas pré-natais quando comparadas com mulheres grávidas com adequada literacia em saúde.

Os cuidados pré-natais adequados são um fator determinante de uma gravidez e um período neonatal sem complicações (Coutinho, 2014). A educação para a saúde e o treino de competências que se realizam nas consultas de vigilância permitem aumentar os níveis de conhecimento materno possibilitando uma melhor adaptação às mudanças e transformações que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal e a capacidade para aplicar esses conhecimentos em caso de necessidade e risco associadas à gravidez (Figueiredo et al., 2010; Kharrazi et al. 2018; Kohan et al., 2007).

A vigilância da gravidez assume-se, assim, como fator interveniente da literacia em saúde da grávida.

Que variáveis independentes têm efeito significativo na predição da literacia em saúde da grávida do terceiro trimestre de gestação?

Através da regressão linear múltipla apuramos que das variáveis independentes: idade, número de gravidezes anteriores, número de filhos, número de consultas, idade gestacional e dimensões do empoderamento são três as que se constituem como preditoras do índice geral da literacia em saúde: a dimensão Autoeficácia, a dimensão Apoio e garantias de outros e Número de gravidezes anteriores. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com a variável dependente é moderada ($r=0,585$) explicando no seu conjunto 34,3% da variabilidade da literacia em saúde sendo que o erro padrão da estimativa é de 5,308.

A Autoeficácia e o Apoio e garantias de outros são conceitos chave para o empoderamento da grávida (Kameda & Shimada, 2008), definido pelas autoras como um sentido de autorrealização e independência, conquistado pela interação com o ambiente e com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento da energia psicológica para a concretização da experiência de gravidez e parto desejada. A sua associação com a literacia em saúde relaciona-se com a capacitação da grávida, com o papel mais ativo da mesma em matéria de saúde e de

cuidados de saúde (Chinn, 2011; Nutbeam, 2000; Nutbeam & Kickbusch, 2000) por forma a fazer escolhas promotoras de uma gravidez saudável e de um parto seguro e positivo, melhorando ou mantendo a qualidade de vida (Mojoyinola, 2011; Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2015).

A literacia em saúde surge, assim, cada vez mais associada ao empoderamento e à participação (Serrão, 2014).

No presente estudo, o maior valor preditivo ocorreu na dimensão Autoeficácia seguido, de modo decrescente, na dimensão Apoio e garantias de outros e Número de gravidezes anteriores. As duas primeiras variáveis estabeleceram uma relação direta com a literacia em saúde e a última uma relação inversa, pelo que se pode afirmar que a literacia em saúde é tanto pior quanto menores os índices em que a relação é direta e maiores na relação inversa.

A corroborar os nossos resultados estão os achados de Kharrazi et al. (2018) que, de igual forma, apurou correlação positiva e significativa entre a literacia em saúde materna e a autoeficácia ($r=0,29$; $p=0,001$). Conforme citado pelos autores, a autoeficácia reflete a autoconfiança do indivíduo em ser capaz de adotar e executar um determinado comportamento associado à promoção da saúde. Quando as pessoas acreditam que são capazes de agir de forma eficaz, elas são mais propensas a experimentar novos comportamentos de saúde ou mudar hábitos comportamentais. A autoeficácia é reconhecida como importante preditor de mudança comportamental.

Também Charoghchian, Peyman, e Esmaily (2017) encontraram uma correlação significativa e direta entre a literacia em saúde materna e a autoeficácia na amamentação ($r=0,45$; $p<0,001$).

A Autoeficácia permite à grávida sentir que é capaz de gerir a gravidez e parto e fazer uma autoavaliação da sua aptidão física (Kameda & Shimada, 2008). Além disso, torna-se particularmente importante para que se sinta confiante e capaz de cuidar de si e do seu filho (Silveira & Ferreira, 2011).

O apoio e garantias de outros refere-se à aceitação, respeito, apoio e cooperação das pessoas mais significativas para a grávida (Kameda & Shimada, 2008). Conforme Rapoport e Piccinini (2006) estas pessoas mais significativas proporcionam apoio e reforçam as estratégias de *coping* do indivíduo perante as diferentes situações de vida envolvendo ainda o conforto,

assistência e informações. O apoio social durante a gravidez tende a influenciar positivamente o comportamento e emoções da mulher grávida (Rapoport e Piccinini, 2006).

De acordo com Silva (2014), o apoio social tem vindo a ser associado à competência pessoal, aos comportamentos de adesão, percepção de controlo, sentido de estabilidade e bem-estar psicológico.

No nosso estudo, conforme os dados obtidos, quanto maior o apoio e garantias dos outros melhor a literacia em saúde da grávida.

A variável número de gravidezes anteriores estabeleceu uma relação inversa com a literacia em saúde significando que ao maior número de gravidezes está associado uma pior literacia em saúde. Dados que vêm corroborar o já referido anteriormente a que a esta variável diz respeito.

4. Conclusões

A literacia em saúde materna refere-se às competências cognitivas e sociais e à capacidade da mulher grávida para aceder, compreender, avaliar e utilizar informações sobre saúde que lhe permita tomar decisões fundamentadas sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de uma vida saudável para si e para os seus filhos. Implica conhecimentos, competências, autonomia e segurança para detetar fatores de risco, identificar sinais de alarme e adotar hábitos de vida equilibrados fundamentais para uma gravidez e maternidade segura e positiva.

O presente estudo teve como objetivo, para além de determinar o nível de literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre, apurar as relações existentes entre os determinantes sociodemográficos, obstétricos, contextuais à gravidez e o empoderamento com a literacia em saúde.

Na tentativa de fazer uma articulação de tudo o que foi referido, procuraremos sistematizar os principais resultados obtidos e apresentar uma síntese dos aspetos mais relevantes, considerando os objetivos, as questões de investigação e os pressupostos teóricos.

A amostra é constituída por 264 grávidas no terceiro trimestre da gestação, com idades compreendidas entre os 17 e os 45 anos sendo a média de idade de 31,51 anos ($\pm 5,25$ anos). A maioria pertencente ao grupo etário inferior ou igual a 34 anos (68,9%), de nacionalidade portuguesa (92,4%), católica (86,7%), casada ou a viver em união de facto (81,8%) e a residir em meio urbano (62,5%). Possui formação académica entre o secundário e o superior (38,6% e 39,0%, respetivamente), está empregada (87,1%), desempenhando uma atividade profissional correspondente ao grupo das profissões técnicas (53,4%), tem um rendimento familiar mensal entre os 500 e 1000€ (42,8%) e possui internet no domicílio (91,7%).

Relativamente às características obstétricas registamos que 55,3% das participantes no estudo estão a vivenciar a primeira experiência de gravidez. Um valor superior a metade da amostra (63,3%) não tem filhos e quanto ao tipo de parto, 63,3% das grávidas nunca tinha vivido esta experiência anteriormente. Das grávidas com parto anterior, e com valores percentuais muito semelhantes, 18,6% foi submetida a parto eutócico e 18,2% a parto distócico.

Do perfil contextual à gravidez destacamos uma gravidez desejada (77,3%) e planeada (97,7%), vigiada maioritariamente nos cuidados de saúde primários (95,8%) com primeira consulta realizada até ao primeiro trimestre (91,7%) e com cumprimento do número de consultas recomendado (98,9%). Considerando a amostra global, 71,2% das inquiridas têm idade gestacional inferior a 37 semanas e não tinham problemas de saúde antes de engravidar (88,3%). A morbilidade materna durante a gravidez foi diagnosticada em 23,6% nas grávidas com idade inferior ou igual a 34 anos e 37,8% nas grávidas com idade superior ou igual a 35 anos, sendo as infeções urinárias (23%) e a diabetes (20,3%) as duas patologias mais prevalentes. A toma de micronutrientes durante a gestação verifica-se em todas as participantes no estudo, sendo a suplementação com ácido fólico a que apresenta a frequência percentual mais elevada (82,6%). Para 84,8% da amostra o enfermeiro esteve sempre presente nas consultas, evidenciando-se que, para saber mais acerca da sua gestação, as grávidas do estudo recorrem em primeira linha ao Médico (87,5%), seguindo-se ao Enfermeiro (77,3%) e, posteriormente, à Internet (57,2%). A percentagem de grávidas que mencionam frequentar ou pretendem frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade é de 71,2%. Cerca de 9 em cada 10 grávidas referem não consumir tabaco ou bebidas alcoólicas. O marido/companheiro é para 75% das auscultadas a pessoa significativa que mais as acompanha nas consultas de vigilância da gravidez. No entanto, cerca de 4 em cada 10 grávidas (36,4%) frequentam as consultas sozinhas.

A avaliação do nível de empoderamento da grávida determinou que 40,9% da totalidade da amostra apresenta um nível intermédio de empoderamento, sendo secundado pelo nível baixo e elevado com valores percentuais iguais (29,5% vs 29,5%). Analisando os resultados em função do grupo etário, evidenciamos que tanto as grávidas com idade inferior ou igual a 34 anos (41,2%) como as de idade superior ou igual a 35 anos (40,2%) ostentam um nível intermédio de empoderamento.

No que se refere à **primeira questão de investigação**, que procurava determinar qual o nível de literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação, constatamos que 58,7% das participantes apresenta um nível de literacia em saúde geral suficiente e 15,5% um nível excelente. No entanto, um quarto da amostra possui um nível problemático/inadequado (21,6%/4,2%) de literacia em saúde.

Atendendo aos valores por domínios evidenciamos que, de igual forma, as participantes

apresentam um nível de literacia em saúde suficiente em todos eles, correspondendo 58,0% aos *Cuidados de saúde*, 54,2% à *Prevenção da doença* e 48,1% à *Promoção da saúde*.

Atendendo à **segunda questão**, com a qual se pretendia conhecer que variáveis sociodemográficas influenciam a literacia em saúde da grávida, concluímos que a nacionalidade, as habilitações literárias, a profissão, a situação profissional, o rendimento familiar mensal e o acesso à internet no domicílio influem o índice geral de literacia em saúde, bem como os seus domínios ($p < 0,05$). A variável religião influencia apenas o domínio *Promoção da saúde* ($p < 0,05$).

No que respeita à **terceira questão** de investigação, na qual se ambicionava conhecer a relação entre as variáveis obstétricas e contextuais à gravidez com a literacia em saúde, apuramos que o planeamento da gravidez e a frequência ou intensão de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade são variáveis explicativas da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação ($p < 0,05$). O número de gravidezes anteriores, o consumo de tabaco e o consumo de álcool determinam a literacia em saúde em todas as dimensões ($p < 0,05$) exceto no domínio *Cuidados de saúde* ($p > 0,05$). O tipo de parto influi o domínio *Promoção da saúde* e o índice geral de literacia em saúde ($p < 0,05$). Atestamos a relação de dependência entre a morbilidade materna prévia à gravidez e o domínio *Promoção da Saúde* ($p < 0,05$).

Ao indagar a relação entre a vigilância da gravidez e a literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre, aferimos que são as grávidas que vigiam adequadamente a sua gravidez que ostentam melhor literacia em saúde, dado apresentarem ordenações médias superiores e com significância estatística em todos os domínios e índice geral ($p < 0,05$), validando-se a relação entre ambas e dando resposta à **quarta questão de investigação**.

Quanto à **quinta questão de investigação**, que tencionava identificar que variáveis independentes têm efeito significativo na predição da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação, constatamos que são três as variáveis que se constituem como preditoras do índice geral da literacia em saúde: a dimensão Autoeficácia, a dimensão Apoio e garantias de outros e Número de gravidezes anteriores. As duas primeiras variáveis estabelecem uma relação significativa e direta com a literacia em saúde e a última uma relação significativa e inversa, pelo que a literacia em saúde da grávida é tanto pior quanto menores os índices em que a relação é direta e maiores na inversa.

Face à apreciação dos resultados obtidos torna-se legítimo considerar que os objetivos delineados foram atingidos, admitindo-se que a literacia em saúde da grávida é um indicador de saúde complexo, determinada por múltiplos fatores e influenciada pelo contexto, cultura e ambiente em que a grávida se insere.

Como qualquer investigação, o presente estudo apresentou algumas limitações comuns no desenvolvimento de estudos desta natureza, como sejam a técnica de amostragem, o facto da amostra estudada não ser vista como representativa da população, pela extensão do questionário e o número de questionários recolhidos e pela limitação de ter sido aplicado em apenas três instituições de saúde. Destaca-se, também, a inexperiência como investigadora, nomeadamente na perícia para lidar com os preceitos metodológicos da investigação quantitativa.

Ainda como limitações do estudo, surgem algumas variáveis que após revisão bibliográfica assomaram-se como potencialmente passíveis de serem consideradas, como por exemplo: o internamento na gravidez e a frequência do serviço de urgência durante a gravidez. A literatura menciona que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde e na utilização dos serviços de saúde, traduzindo-se numa maior taxa de hospitalizações, com índices mais elevados de mortalidade e morbilidade (Antunes, 2014; Pedro et al. 2016; Serrão, 2014).

Por conseguinte, não consideramos que estas limitações possam ter influência negativa significativa nos resultados, isto porque se objetivou dar resposta a uma problemática por nós formulada, procurando adquirir um conhecimento mais diferenciado e real sobre a problemática da literacia em saúde da grávida no terceiro trimestre de gestação e dos fatores que a influenciam.

Por outro lado, presumimos que os resultados obtidos poderão contemplar futuras investigações sobre a temática, bem como dar suporte ao planeamento de estratégias e intervenções de literacia em saúde materna a serem desenvolvidas, baseando as práticas do cuidar em enfermagem na evidência científica. Além disso, poderão contribuir para eventuais melhorias nos serviços de saúde e nas práticas clínicas potenciando a literacia em saúde da grávida, essencial para uma maternidade saudável, segura e positiva.

Surge-nos, ainda, a sugestão de se realizarem investigações futuras que avaliem a literacia em saúde desde o período pré-concepcional ao pós-parto, numa perspetiva longitudinal,

por forma a se identificar onde as grávidas têm literacia em saúde limitada e onde o EEESMO possa intervir eficazmente para assegurar uma adequada literacia em saúde materna.

Trata-se, portanto, de um estudo que procura colmatar a escassa investigação na área da literacia em saúde da grávida e do qual emergem contributos valiosos para uma reflexão sobre a prática dos profissionais de saúde, nomeadamente o EEESMO, na promoção da literacia em saúde neste grupo, bem como no conhecimento e compreensão dos fatores intervenientes.

Na assistência pré-natal, o EEESMO tem a competência de desenvolver intervenções educacionais orientadas para a informação, capacitação e autonomia da mulher grávida, favorecendo o desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências a respeito das decisões relativas à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao cuidado com o seu filho ao longo do ciclo vital. Torna-se assim possível produzir ganhos em saúde pela promoção da autonomia da grávida na tomada de decisão e pelo seu empoderamento para o autocuidado, autovigilância e autogestão promovendo, desta forma, a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a maternidade.

De toda a análise, concluímos ainda que são necessários esforços para elaborar e implementar medidas que promovam a literacia em saúde da grávida e, conseqüentemente, que potenciem a sua qualidade de vida e a do seu filho. Tais medidas poderão contribuir para melhorar o conhecimento em saúde, promover a adoção de comportamentos preventivos, a capacidade de procurar e aceder ao sistema de saúde, utilizar serviços e autocuidar-se.

Referências bibliográficas

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Facts are important prenatal care is important to healthy pregnancies*. Acedido em <https://www.acog.org/-/media/Departments/Government-Relations-and-Outreach/20110916HPVFactLtr.pdf?dmc=1&ts=20181029T1607583956>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). *Health literacy to promote quality of care: Committee opinion obstetrics & gynecology (676)*. Acedido em <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/co676.pdf?dmc=1%26ts=20161002T1958128198>
- Antunes, M. L. (2014). A literacia em saúde: Investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. In *As bibliotecas da saúde, que futuro? Actas das XI Jornadas APDIS* (pp. 123-233). Lisboa: APDIS
- Any, S. E., Hydera, A., & Jaiteh, L. E. (2008). Antenatal care in the Gambia: Missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1):9. doi: 10.1186/1471-2393-8-9.
- Baglio, G., Spinelli, A., Donati, S., Grandolfo, M. E., & Osborn, J. (2000). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 36(4), 465-478. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11367926>
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Barrett, G., & Wellings, K. (2002). What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a british study. *Social Science & Medicine*, 55(4), 545-557. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00187-3
- Broeiro, P. (2017). Literacia em saúde e utilização de serviços. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 6-8. doi: 10.32385/rpmgf.v33i1.12018

- Calha, A. (2014). O desenvolvimento de competências de literacia em saúde em contextos informais: Potencialidades da utilização da narrativa autobiográfica na educação para a saúde. In A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. Souza, & R. Luengo (Eds.), *Livro de atas do "3º congresso ibero-americano em investigação qualitativa"* (pp.139-143). Badajoz: Ludomedia
- Camargo, A. P., & Carrapato, J. F. L. (2012). Relação existente entre nível de stress e perfil socioeconómico de gestantes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(10), 105-133. Acedido em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2346/2848>
- Campana, A. O., Padovani, C. R., Freitas, C. B., Paiva, S. A. R., & Hossne, W. S. (2001). *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole.
- Canada, Minister of Public Works and Government Services, Health Canada. (2000). *Family-centred maternity and newborn care: National guidelines*. Ottawa: Health Canada. Acedido em <http://www.media.pentafolio.com/design/FCCM.pdf>
- Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B. (2018). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(1), 65-75. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5747574/>
- Charoghchian, K. E., Peyman, N., & Esmaily, H. (2017). Relations between breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy among pregnant women. *Evidence Based Care Journal*, 6(4), 18-25. doi: 10.22038/EBCJ.2016.7986
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.04.004
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Coutinho, E. C. (2014). *Vigilância de gravidez e percepção do cuidado cultural em enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas* (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=610671

- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V., & Duarte, J. (2014). Contributos da preparação para o parto na perceção de cuidados culturais. *Revista Millenium*, 47, 21-32. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/3.pdf>
- Cron Dahl, K. & Karlsson, L. E. (2016). The nexus between health literacy and empowerment: A scoping review. *SAGE Open Journals*, 6(2), 1-7. doi: 10.1177/2158244016646410
- Despacho nº 1/91. (1991, fevereiro 1). Obrigatoriedade do preenchimento dos boletins de saúde infantil e grávida [Portugal]. *Diário da República*, 2(27), pp.1231. Acedido em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Legislação%20referente%20a%20Assistencia%20Materno-Infantil/legislação.pdf>
- Despacho nº 3618-A/2016. (2016, março 10). Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados [Portugal]. *Diário da República*, 2(49), pp. 8660-(5)-8660-(6). Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/73833508>
- Despacho nº 3454/2017. (2017, abril 24). Principais ações a desenvolver no ano de 2017, no âmbito do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados [Portugal]. *Diário da República*, 2(80), pp. 7754. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/106912661>
- Doung, T. V, Chang, P. W., Yang, S. H., Chen, M. C., Chao, W. T., Chen, T., ... Huang, H. L. (2017). A new comprehensive short-form health literacy survey tool for patients in general. *Asian Nursing Research*, 11(1), 30-35. doi: 10.1016/j.anr.2017.02.001
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D., Piaggio, G. G. (2010). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. UK: John Wiley & Sons, Ltd. Acedido em <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000934.pdf>
- Duarte, J. C. (2011). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência* (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <https://hdl.handle.net/10216/19371>
- Endres, L. K., Sharp, L. K., Haney, E., & Dooley, S. L. (2004). Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes care*, 27(2), 331-334. doi: 10.2337/diacare.27.2.331

- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- Ferreira, M., Duarte, J., & Barroca, I. (2013). Pregnant women's empowerment during pregnancy surveillance. In 5th European Conference on Public Health, *MEDIMOND International Proceedings* (pp.17-21). Malta: MEDIMOND
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2016). Estilos de vida e gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 73-76). Lisboa: Lidel
- Ferreira, M., Neto, S., Amaral, O., & Duarte, J. (2017). Health literacy and pregnancy surveillance. In 3rd International Conference on Health and Health Psychology, *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS* (Vol. 30, pp. 103-110). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2017.09.10>
- Ferreira, S. R. R. (2013). *Literacia na gravidez: Utilização da internet como fonte de informação* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra). Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27005&code=640>
- Figueiredo, J. V., Freitas, L. V., Lima, T. M., Oliveira, A. S., & Damasceno, A. K. C. (2010). Promovendo a autoridade e o poder da gestante: Uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*, 1(3), 124-128. doi: 10.21675/2357-707X.2010.v1.n3.41
- Gharachourlo, M., Mahmoodi, Z., Kamrani, M., Tehranizadeh, M., & Kabir, K. (2018). The effect of a health literacy approach to counselling on the lifestyle of women with gestational diabetes: A clinical trial. *F1000research*, 7, 282. doi:10.12688/f1000research.13838.1
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S., & Bourbon, M. (2015). «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 12-23. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.01.002

- Guerreiro, C., & Dias, I. (2016a). Conceitos básicos de enfermagem pré-concepcional. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 4-6). Lisboa: Lidel
- Guerreiro, C., & Dias, I. (2016b). Consulta de enfermagem especializada no pré-concepcional. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 49-52). Lisboa: Lidel
- Hernandez-Mekonnen, R., Duggan, E. K., Oliveros-Rosen, L., Gerdes, M., Wortham, S., Ludmir, J., & Bennett, I. M. (2016). Health literacy in unauthorized mexican immigrant mothers and risk of developmental delay in their children. *Journal Of Immigrant And Minority Health*, 18(5), 1228-1231. doi: 10.1007/s10903-015-0284-z.
- HLS-EU. (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU member states: The european health literacy project 2009-2012*. Maastricht: HLS-EU Consortium.
Acedido em: <http://www.health-literacy.eu>
- Kameda, Y., & Shimada, K. (2008). Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, 32(1), 39-48. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/36434857_Development_of_an_empowerment_scale_for_pregnant_women
- Kawasaki, R., Ito, H., & Ohnishi, M. (2015). Factors associated with maternal health knowledge among pregnant women in a remate region of Paraguay. *Japanese Journal of health and Human Ecology*, 81(2), 56-68. doi 10.3861/jshhe.81.56
- Kharazi, S. S., Peyman, N., & Esmaily, H. (2016). Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 19(37), 40-50. doi: 10.22038/ijogi.2016.8187
- Kharrazi, S. S., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Correlation between maternal health literacy and dietary self-efficacy in pregnant mothers. *Health Education and Health Promotion*, 6(1), 9-16. Acedido em <http://hehp.modares.ac.ir/article-5-15495-en.html>
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal*

of Midwifery Reproductive Health, 6(1), 1157-1162. Acedido em

http://jmrh.mums.ac.ir/article_9613_783f6021f5770042ba50f6b82cf4cf2d.pdf

Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Conor, R., & Bailey, S. C. (2016). Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 25(12), 1237-1255. Doi: 10.1089/jwh.2016.5810

Kohan, S., Ghasemi, S., & Dodangeh, M. (2007). Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12(4), 146-152. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/228506454_Associations_between_maternal_health_literacy_and_prenatal_care_and_pregnancy_outcome

Lei nº 142/99. (1999, agosto 31). Incumbências dos serviços de saúde [Portugal]. *Diário da República*, 1(203), pp. 5996-6005. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/581976>

Lori, J. R., Ofosu-Darkwah, H., Boyd, C. J., Banerjee, T., & Adanu, R. M. K. (2017). Improving health literacy through group antenatal care: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(228). doi: 10.1186/s12884-017-1414-5

Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 1. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.05.001

Lowdermilk D. L., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Machado, M. H. (2010). Assistência pré-natal. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal* (pp.149-161). Lisboa: Lidel

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy - a heterogeneous phenomenon: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x

Martins, M. F. S. V. (2011). *Educação para a saúde e vigilância pré-natal: Interconfluências profissionais e familiares* (Tese de doutoramento, Universidade do Minho). Acedido em

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19654/1/Maria%20de%20Fátima%20da%20Silva%20Vieira%20Martins.pdf>

- Martins, M. F. S. V. (2014). O programa de assistência pré-natal nos cuidados de saúde primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 1008-1012. doi: 10.1590/0034-7167.2014670621
- Mellado, C. M., & Ávila, I. Y. C. (2016). Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1345-1351. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>.
- Mendes da Graça, L. (2012). *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Mojoyinola, J. K. (2011). Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *African Research Review*, 5(3), 28-39. doi: 10.4314/afrrrev.v5i3.67336
- Monteiro, M. M. M. (2009). *A literacia em saúde* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Acedido em <http://hdl.handle.net/10437/1161>
- Moritsugu, K. (2006). *Surgeon General's Workshop on Improving Health Literacy*. Rockville, MD: National Institutes of Health. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44257/>
- Neto, S. S. S. (2016). *Literacia em saúde e vigilância da gravidez* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/4024>
- New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses. (2011). *Call for Action – Health Literacy Policy and Practice for Nurses*. Acedido em: <http://www.nurse.org.nz/guidelines.html>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. Doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183-184. doi: 10.1093/heapro/15.3.183

- Ohnishi, M., Nakamura, K., e Takano, T. (2005). Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health Policy*, 72(1), 157-164. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.11.007
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Número mínimo de sessões de preparação para o parto*. Parecer nº 11/2012 da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_11_2012_Numero_minimo_de_sesoes_de_preparacao_para_o_parto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Recomendação nº 2/2012 da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de saúde materna e obstétrica 2012/2015. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Autor. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5_regulamento-padrones-de-qualidade-ce-eesmo-1.pdf
- Orfão, A. (2016). Determinação do risco materno-fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 108-116). Lisboa: Lidel
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS. Acedido em http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do european health literacy survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002
- Pereira, M. (2016). Métodos de preparação para o nascimento e parentalidade. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 158-162). Lisboa: Lidel

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos- Portugal*. Lisboa: INE.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2006). *Circular normativa n.º02/DSMIA: Prestação de cuidados pré-concepcionais*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-16012006.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013a). *Norma n.º 37/2011: Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013b). *Orientação n.º 011/2013: Aporte de iodo em mulheres na preconceção, gravidez e amamentação*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/?cr=24648>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013c). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Versão resumo*. Lisboa: DGS. Acedido em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_mai20133.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015a). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015b). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Queiroz, D. J. M., Soares, D. B., & Oliveira, K. C. A. N. (2015). Avaliação da assistência pré-natal: Relevância dos exames laboratoriais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(4), 504-512. doi: 10.5020/18061230.2015.p504
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista brasileira do crescimento e desenvolvimento humano*, 16 (1), 85-96. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/09.pdf>
- Regulamento nº127/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp.8662-8666. Acedido em <https://dre.pt/application/file/3477092>
- Renkert, S. & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381-388. doi: 10.1093/heapro/16.4.381
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lúcio, M. P. B. (2014). *Metodología de la investigación*. Santa Fé: McGraw-Hill.
- Santos, I. M. B. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1492>
- Santos, M. F. R. (2018). *Literacia em saúde materna: Uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:8380>
- Serrão, C. (Coord.). (2014). *Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade - Manual de Boas Práticas*. Porto: Projeto Literacia em Saúde - Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.22/5979>

- Silva, D. V. R., & Flora, M. C. D. (2010). A religião e o discurso de mulheres sobre o abortamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 193-196. doi: 10.1590/S0102-37722010000100021
- Silva, M. J. E. (2010). O papel da enfermagem em medicina materno-fetal. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal* (pp.162-167). Lisboa: Lidel
- Silva, D. N. (2014). *Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/2556>
- Silva, M. J. E., & Neves, J. (2016). Exames complementares de avaliação materno-fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 140-149). Lisboa: Lidel
- Silveira, C., & Ferreira, M. (2011). Auto-conceito da grávida-fatores associados. *Millenium*, 40(16), 53-67. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/5.pdf>
- Smith, S. A., & Carroll, L. N. (2017). Data-driven maternal health literacy promotion and a postscript on its implications. *Information Services & Use*, 37(2), 235-252. doi: 10.3233/ISU-170832
- Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). Health literacy in europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043.

- Spinelli, A., Baglio, G., Donati, S., Grandolfo, M. E., & Osborn, J. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby?. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 13(2), 94-101. doi: 10.1080/jmf.13.2.94.101
- Stroppa, A., & Almeida, A. M. (2008). Religiosidade e saúde. In M. I. Salgado, & G. Freire (Orgs), *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede
- Tomé, A. (2018). Literacia em saúde: Informar para capacitar. *Omnia*, 8(2), 61-70. doi: 10.23882/OM08-2-2018-G
- Torgal, A. L. (2016). Assistência no 1º trimestre da gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coords), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 117-122). Lisboa: Lidel
- United Nations Children's Fund (2009). *Situação Mundial da Infância 2009: Saúde Materna e Neonatal*. New York: UNICEF. Acedido em https://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf.
- Wilhelmova, R., Hrubá, D., & Veselá, L. (2015). Key determinants influencing the health literacy of pregnant women in the Czech Republic. *Zdravstveno Varstvo*, 54(1), 27-36. doi: 10.1515/sjph-2015-0004
- Williams, L., Zapata, L. B., D'Angelo, D. V., Harrison, L., & Morrow, B. (2012). Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 16(9), 1854-61. doi: 10.1007/s10995-011-0932-4.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2002). *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*. Geneva: WHO. Acedido em <http://www.who.int/iris/handle/10665/42513>
- World Health Organization. (2005). *The World Health Report 2005 - make every mother and child count*. Geneva: WHO. Acedido em <https://www.who.int/whr/2005/en/>


World Health Organization. (2012). Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Geneva: WHO Library Cataloguing. Acedido em http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf

World Health Organization. (2013). Health literacy. The solid facts. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

World Health Organization. (n.d.). Health promotion - The ottawa charter for health promotion. Acessível em <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Apêndices

Apêndice I – Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO (UnicISE)

Unidade curricular: Relatório Final
Investigador Principal: Professora Doutora Manuela Ferreira
Investigadores Colaboradores: Carla Sequeira e Sara Tavares
Estudo de investigação: "Literacia em saúde e vigilância pré-natal"

A todas as grávidas a partir das 28 semanas de gestação:

Este estudo de investigação só é possível graças à sua colaboração no preenchimento deste questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões que se seguem e responda de forma sincera e espontânea. Não existem respostas certas nem erradas, interessa-nos a sua opinião.

Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e confidencialidade.

A sua participação é muito importante. Verifique se respondeu a todas as questões.

Gratas pela sua colaboração.

A Equipa de Investigação

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código _____
(a preencher pelo investigador)

PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 - Idade: _____ anos

2 - Nacionalidade: _____

3 – Estado Civil

- 1 Solteira
- 2 Casada
- 3 União de facto
- 4 Divorciada
- 5 Viúva

4 – Local de Residência

- 1 Aldeia
- 2 Vila
- 3 Cidade

5 – Habilitações Literárias

- 1 Analfabetismo
- 2 1º Ciclo (até ao 4º ano)
- 3 2º Ciclo (até ao 6º ano)
- 4 3º Ciclo (até ao 9º ano)
- 5 Secundário (até ao 12º ano)
- 6 Curso técnico-profissional
- 7 Bacharelato
- 8 Licenciatura
- 9 Mestrado
- 10 Doutoramento

6 – Profissão _____

7 – Situação profissional atual

- 1 Empregada
- 2 Desempregada

8 – Rendimento mensal do seu agregado familiar

- 1 Inferior ou igual a 500€
- 2 Entre 501€ e 1000€
- 3 Entre 1001€ e 1500€
- 4 Igual ou superior a 1501€

9 – Religião _____

10 – Internet em casa

- 1 Sim
- 2 Não

PARTE II – DADOS OBSTÉTRICOS

História Obstétrica

1 – Número de gravidezes anteriores: _____

2 – Número de filhos vivos: _____

3 – Tipo de parto (pode assinalar mais que uma opção)

- 1 Normal
- 2 Ventosa
- 3 Fórceps
- 4 Cesariana
- 5 Nenhum

Gravidez Atual

4 – Gravidez planeada?

- 1 Sim
2 Não

5 – Gravidez desejada?

- 1 Sim
2 Não

6 – Realiza consultas de vigilância da gravidez?

- 1 Sim
2 Não (Se respondeu não, passe para a pergunta 10)

7 – Número de consultas até ao momento: _____

8 – Realizou a 1ª consulta:

- 1 Até às 12 semanas de gravidez
2 Depois das 12 semanas de gravidez

9 – Onde realiza as consultas de vigilância? (pode assinalar mais que uma opção)

- 1 Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
2 Maternidade/Consulta Externa
3 Clínica Privada/Médico Particular
4 Outro. Qual? _____

10 – Idade gestacional atual (em semanas): _____

11 – Possui boletim de saúde da grávida?

- 1 Sim
2 Não

12 – Problemas de saúde antes de engravidar?

- 1 Sim. Qual? _____
2 Não

13 – Problemas de saúde durante a gravidez?

- 1 Sim
2 Não

13.1 – Se sim, qual?

- 1 Diabetes
2 Hipertensão
3 Ameaça de abortamento
4 Ameaça de parto prematuro
5 Toxoplasmose
6 Rubéola
7 Vômitos abundantes
8 Infecções urinárias
9 Infecções vaginais
10 SIDA
11 Hepatite B
12 Outro. Qual? _____

14 – Durante a gravidez tomou qual dos seguintes micronutrientes (pode assinalar mais que uma opção):

- 1 Ferro
2 Ácido fólico
3 Iodo
4 Magnésio
5 Cálcio
6 Vitaminas
7 Outro. Qual? _____
8 Nenhum

15 – Tomou outros medicamentos durante a gravidez?

- 1 Sim. Qual (ou quais)? _____
 2 Não

16 – Pretende amamentar o seu filho?

- 1 Sim?
 2 Não. Qual o motivo? _____

(Se respondeu não passe para a pergunta 18)

17 – A decisão de amamentar foi tomada por:

- 1 Iniciativa própria
 2 A conselho do Médico
 3 A conselho do Enfermeiro
 4 Outros. Quem? _____

18 – O Enfermeiro está presente nas consultas de vigilância da gravidez?

- 1 Nunca
 2 Às vezes
 3 Sempre

19 – Normalmente, para saber mais acerca da sua gravidez recorre a (pode assinalar mais que uma opção):

- 1 Enfermeiro
 2 Médico
 3 Familiar
 4 Outras grávidas
 5 Livros/revistas/panfletos
 6 Internet
 7 Amigos
 8 Outros. Qual? _____

20 – Frequenta ou pretende frequentar algum curso de preparação para o parto e parentalidade?

- 1 Sim
 2 Não

21 – Informações nas consultas de vigilância da gravidez (pode assinalar mais que uma opção):

	Enfermeiro	Médico	Outro	Ninguém
1. Quem lhe transmitiu informação sobre a vigilância de saúde?				
2. Quem lhe transmitiu informação sobre a alimentação e aumento de peso na gravidez?				
3. Quem lhe transmitiu informação sobre atividade/repouso na gravidez?				
4. Quem lhe transmitiu informação sobre hábitos nocivos (tabaco, álcool e drogas) na gravidez?				
5. Quem lhe transmitiu informação sobre quais os exames a realizar durante a gravidez?				
6. Quem lhe transmitiu informação sobre os desconfortos da gravidez?				
7. Quem lhe transmitiu informação sobre os sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez?				
8. Quem lhe transmitiu informação sobre a saúde oral e cheque dentista?				
9. Quem lhe transmitiu informação sobre os direitos da grávida no trabalho?				
10. Quem lhe transmitiu informação sobre atividade sexual durante a gravidez?				
11. Quem lhe transmitiu informação sobre o crescimento do bebé?				
12. Quem lhe transmitiu informação sobre a amamentação?				

	Enfermeiro	Médico	Outro	Ninguém
13. Quem lhe transmitiu informação sobre o trabalho de parto?				
14. Quem lhe transmitiu informação sobre a analgesia epidural?				
15. Quem lhe transmitiu informação sobre enxoval e cuidados com a roupa do bebé?				
16. Quem lhe transmitiu informação sobre o banho do bebé?				
17. Quem lhe transmitiu informação sobre segurança e transporte do bebé?				
18. Quem lhe transmitiu informação sobre os exercícios do pós-parto?				
19. Quem lhe transmitiu informação sobre a consulta de revisão puerperal?				

22 – Fuma durante a gravidez?

- 1 Sim. Quantos cigarros por dia? _____
 2 Não

23 – Ingere bebidas alcoólicas durante a gravidez?

- 1 Sim
 2 Não

23.1 – Se sim:

- 1 Todos os dias
 2 Algumas vezes
 3 Frequentemente
 4 Sempre

24 – Quem a acompanha às consultas

- 1 Ninguém
 2 Marido/companheiro
 3 Outro familiar
 4 Amiga (o)
 5 Outro. Quem? _____

PARTE III – LITERACIA EM SAÚDE
Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT) (Rede Académica Nacional de saúde Pública), adaptada para grávidas por Ferreira et al. (2017)

Considerando a seguinte escala, na qual 1 significa Muito Difícil e 4 Muito Fácil, indique colocando uma cruz (x) 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?					
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?					
3. Saber o que fazer em caso de emergência médica?					
4. Saber onde encontra ajuda profissional quando está doente?					
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?					
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?					
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?					
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?					
9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?					
10. Avaliar as vantagens das diferentes opções de tratamento?					
11. Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?					
12. Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?					
13. Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?					
14. Seguir as instruções de tratamento?					
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?					
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?					
17. Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
18. Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou depressão?					
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?					
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?					
21. Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
22. Compreender porque precisa de vacinas?					
23. Compreender porque precisa de fazer exames médicos?					

	1 – Muito Difícil	2 - Difícil	3 – Fácil	4 – Muito Fácil	5 – Não Sei
24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
25. Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um Check-up ou um exame geral de saúde?					
26. Avaliar quais as vacinas de que necessita?					
27. Avaliar os exames médicos que precisa fazer?					
28. Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?					
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?					
30. Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?					
31. Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?					
32. Encontrar informação sobre a atividades saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e nutrição?					
33. Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem-estar mental?					
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?					
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?					
36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?					
37. Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?					
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?					
39. Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?					
40. Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?					
41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?					
42. Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?					
43. Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?					
44. Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?					
45. Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?					
46. Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?					
47. Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?					

PARTE IV - EMPODERAMENTO

Escala de Empoderamento da grávida – Kameda e Shimada (2008), adaptada por Ferreira et al. (2013)

Leia cuidadosamente cada item e responda verdadeira, rápida e espontaneamente colocando uma cruz (x) nas opções de classificação dadas de seguida, que melhor se adapta à sua situação. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, deve responder de acordo com o seu caso.

Classificação:

1. Discordo completamente;
2. Discordo;
3. Concordo;
4. Concordo completamente.

Item	1	2	3	4
Factor I: Autoeficácia				
1. Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.				
2. Consigo lidar com o que me preocupa.				
3. Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.				
4. Consigo determinar quando necessito ir ao médico.				
5. Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.				
6. Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.				
Factor II: Imagem futura				
7. Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.				
8. Sinto a realidade de que vou ser mãe.				
9. Tenho a minha imagem ideal do parto.				
10. Imagino como será o meu parto.				
11. Não consigo imaginar um aumento da minha família.				
12. Imagino como será a minha gravidez.				
Factor III: Autoestima				
13. Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.				
14. Consigo ter um parto como as outras pessoas.				
15. Não estou confiante com o facto de estar grávida.				
16. Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.				
17. Estou satisfeita com a minha vida.				
18. Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.				
19. Consigo viver com uma atitude positiva.				
Factor IV: Apoio e garantias de outros				
20. A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.				
21. A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação actual dizendo "Podes ser como és" e apolam-me.				
22. Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.				
23. Posso pedir ajuda sempre que necessito.				
Factor V: Alegria de uma adição à família				
24. Estou ansiosa com a vida após o parto.				
25. Gostaria de desfrutar da minha gravidez.				
26. Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.				
27. Estou entusiasmada com a perspectiva do parto.				

Apêndice II – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO À PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e as estudantes Carla Sequeira e Sara Tavares do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, sob a orientação da Senhora Professora Doutora Manuela Ferreira, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “**Literacia em saúde e vigilância pré-natal**”, nas grávidas a partir das 28 semanas de gestação.

Com a presente investigação pretende-se:

- Identificar os fatores determinantes da vigilância da gravidez;
- Determinar o nível de literacia em saúde da mulher grávida;
- Relacionar a transmissão de informação durante a gravidez com o empoderamento da grávida;

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*





Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

Data: ____/____/____

Nome da participante: _____ Assinatura: _____

Anexos

Anexo I – Deferimento dos Conselhos de Administração

											
<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">96.01.268</p> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">01.06.05 902</p>											
SAÍDA 0044	<p>Exmo. Senhor Prof. Doutor Carlos Pereira Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu R. D. João Crisóstomo Gomes Almeida nº 102 3500-843 VISEU</p>										
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">SUA REFERÊNCIA</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">SUA COMUNICAÇÃO DE</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">NOSSA REFERÊNCIA</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">DATA</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">6004</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">01-01-2018</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">DE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">12-janeiro-2018</td> </tr> </table>				SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA	6004	01-01-2018	DE	12-janeiro-2018
SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA								
6004	01-01-2018	DE	12-janeiro-2018								
<p>ASSUNTO: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados</p> <p>Em resposta ao Vosso ofício acima referenciado, informar-se V. Ex^a. que foi autorizada a colheita de dados através da aplicação do questionário.</p> <p>No entanto, e considerando a especificidade do questionário, o mesmo deve ser efetuado pelos intervenientes interessados.</p> <p>Mais se informa que dos resultados do estudo, o mesmo deve ser dado conhecimento a este ACeS.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>person</i></p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">O DIRETOR EXECUTIVO</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><i>Luis Botelho</i></p> <p style="text-align: center;">(Luís Manuel Chaves Soveral Botelho, Dr.)</p>											
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">LB/AS</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0; text-align: center;">Gabinete do Diretor Executivo Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões Avenida Dr. António José de Almeida, 3514-511 Viseu, PORTUGAL TEL +351 232 419 900(82) FAX +351 232 421 110 EMAIL secret@srsviseu.min-saude.pt www.arscentro.min-saude.pt</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0; text-align: right;">1/1</p>											

Conselho de Administração

Exma Senhora
Professora Manuela Ferreira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, 102
3500-843 Viseu

SUA REFERÊNCIA 0005	SUA COMUNICAÇÃO DE 02/01/2018	NOSSA REFERÊNCIA Nº: PROC. Nº:	DATA: 18-01-2018
------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V^a Ex^a que, se **autoriza**, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, a recolha de dados para a realização do estudo subordinado ao tema "Literacia em Saúde e vigilância pré-natal" a realizar pelas alunas Carla Sequeira e Sara Tavares do 5^o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, devendo no entanto informar qual o local onde irão recolher os referidos dados.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



(Cílio Pereira Correia, Dr.)

PCA/Ab

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Exma. Senhora
Enfª Sara Tavares
sarampereiratavares@gmail.com

S/ Ref.ª

S/ Comunicação de

N/ Ref.ª 087338

Aveiro, 08.11.2018

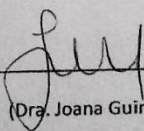
ASSUNTO: Resposta ao V/ Pedido de confirmação para a realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à s/ solicitação subordinada ao tema "Literacia em saúde e vigilância pré-natal" vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Nesse sentido, solicitamos a V. Exa se digne enviar um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação



(Dra. Joana Guimarães)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.