



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**Literacia na Gravidez:
Utilização da *internet* como fonte de informação**

Sara Raquel Rebola Ferreira

Coimbra, outubro de 2013



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**Literacia na gravidez:
Utilização da *internet* como fonte de informação**

Sara Raquel Rebola Ferreira

Orientador: Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues, Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Mestre Diogo Lopes Brandão, Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, outubro de 2013

“ Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota no oceano. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

“ Àqueles que me amam incondicionalmente, e que sempre acreditaram em mim!”

AGRADECIMENTOS

Muito obrigado ao Professor Rogério Rodrigues, orientador deste trabalho, pela disponibilidade, e confiança depositada. Pelo seu apoio, objetividade e clareza que foram determinantes no decorrer deste percurso.

Ao Enfermeiro Diogo Brandão, coorientador deste trabalho, pela sua total disponibilidade, pela motivação e pela sabedoria e competência fundamentais para a execução do mesmo.

À Enfermeira Benvinda Rodrigues, pela sua total disponibilidade, amizade e solidariedade demonstrada em todo este percurso.

Ao Hospital Distrital da Figueira da Foz, em especial ao serviço da Consulta Externa de Obstetrícia pela oportunidade e prontidão com que responderam ao meu pedido.

A todas as participantes do estudo, pela sua disponibilidade, muito obrigado.

Agradeço, como não podia deixar de ser, à minha irmã Elisa, pela sua sabedoria e espírito crítico, aos meus pais Fernanda e António José pelo apoio incondicional e conforto nos momentos de alguma angústia e ansiedade.

Ao Tiago, por tudo!

A todos o meu muito e sincero, Obrigado!

SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

eHEALS - e-Health Literacy Scale

ESMOG – Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

HDFE – Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE.

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UICISA – E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

RESUMO

Os sistemas de informação e comunicação são cada vez mais globais, assumindo uma importância significativa no apoio aos cidadãos e à gestão dos serviços de saúde. No entanto, os recursos em tecnologias de informação para a saúde apenas são viáveis e úteis quando os cidadãos estão capacitados para utilizar de forma eficiente os recursos sobre saúde disponíveis na *internet*.

Durante a gravidez as mulheres enfrentam dúvidas e medos que levam ao aumento da procura de informação. Actualmente, a *internet* assume um papel importante nessa procura. No entanto, nem toda a informação disponível *online* parece ser credível, sendo necessário conhecimento para distinguir a sua qualidade, pelo que é importante conhecer o nível literacia em *e-health* das grávidas.

Os objetivos deste trabalho foram: conhecer o nível de literacia em *e-health* das grávidas (amostra de 120) que recorreram à consulta externa de obstetrícia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE., e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em *e-health*. Para tal, construiu-se um questionário constituído por duas partes: avaliação sociodemográfica e escala *eHEALS*.

Os resultados evidenciaram que a literacia em *e-health* se situa num nível intermédio da escala. Não há diferença estatisticamente significativa entre a literacia em *e-health*, o nível de escolaridade e a condição de primípara ou múltipara. Verificou-se que as grávidas que mais recorrem à *internet* têm maior literacia em *e-health*. As grávidas com maior literacia em *e-health* recorrem mais aos familiares; outras grávidas; panfletos e à televisão para esclarecerem dúvidas sobre a gravidez/parto/puerpério.

ABSTRACT

The information and communication systems are increasingly global, assuming significant importance in supporting citizens and in health services management. However, health information technology resources are only feasible and useful when citizens are able to efficiently use resources available on the internet

During pregnancy women face doubts and fears that lead to an increased demand for information. Currently, the *Internet* plays an important role in health information search. However, not all the information available online seems to be credible, and it is necessary to have the knowledge to evaluate its quality, so it is important to know the level of e-health literacy on-pregnant women.

The objectives of this study were: to determine the level of e-health literacy of 120 outpatient pregnant woman from Obstetrics Service of *Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE.*, and analyze the relationship between socio-demographic variables and e-health-literacy. Regarding this, we built a questionnaire consisting of two parts: assessment socio-demographic variables and eHEALS scale.

The results showed that the e-health literacy in the studied population was at an intermediate level. There is no statistically significant difference between the e-health literacy, education level and condition of primiparous or multiparous. It was found that pregnant women who mainly make use of the internet have higher *e-health* literacy. Pregnant women with larger e-health literacy seek a family; other pregnant women; pamphlets and television more often than others to clarify doubts about pregnancy / childbirth / puerperium.

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

	Pág.
Quadro 1- Coeficientes de correlação dos itens com o total da <i>eHEALS</i> e se apagados os itens e respetivos coeficientes de consistência interna de alfa Cronbach	49
Quadro 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função da idade e das semanas de gravidez.....	50
Quadro 3 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov*	55
Quadro 4 – Estatística resumo da questão sobre de quem a grávida recorre para saber mais acerca da sua gravidez/parto/puerpério	62
Quadro 5 – Resultados descritivos sobre a utilidade da <i>internet</i> para tomar decisões em saúde e a importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na <i>internet</i>	63
Quadro 6 – Distribuição das respostas à escala <i>eHEALS</i> (média, moda, desvio padrão, máximo e mínimo) por item da escala.....	64
Quadro 7 – Divisão do total da escala <i>eHEALS</i> por primíparas e múltiparas.....	65
Quadro 8- Correlação de <i>Pearson</i> entre as variáveis idade, semanas de gravidez, número de gravidezes, número de partos, apoio de enfermeiros e apoio médico e total da <i>eHEALS</i>	65
Quadro 9 - Correlação de <i>Pearson</i> das variáveis “Utilidade da <i>internet</i> para tomar decisões em saúde” e “Importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na <i>internet</i> ” no nível de literacia em <i>e-health</i>	66
Quadro 10 - Resultados da comparação de médias (ANOVA) entre o nível de escolaridade e total da escala <i>eHEALS</i>	66
Quadro 11 – Correlação entre o nível de literacia em <i>e-health</i> e a quem / ao que recorrem as grávidas para saber mais acerca da gravidez/parto/puerpério	67

Quadro 12 – Resultados da comparação de médias (t de Student) entre o grupo que acede quase todos os dias ou todos os dias à <i>internet</i> e o grupo que acede duas a três vezes por semana ou menos no nível de literacia em e-health.....	68
Tabela 1 - Distribuição dos elementos da amostra em função do estado civil	51
Tabela 2 – Distribuição dos elementos da amostra em função da profissão de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (INE, 2011).	52
Tabela 3 - Estatísticas resumo da variável número de gravidezes	52
Tabela 4 - Estatísticas resumo da variável número de partos.....	53
Tabela 5 – Estatística resumo da variável formação académica	53
Tabela 6 – Estatística resumo da variável doença associada à gravidez.....	54
Tabela 7 – Resultados descritivos sobre a frequência de utilização da <i>internet</i>	59
Tabela 8 – Resultados descritivos sobre a questão “recorre mais à <i>internet</i> desde que engravidou?”	60
Tabela 9 – Resultados descritivos sobre a questão “recorre à <i>internet</i> para esclarecer dúvidas sobre a gravidez?”.....	60
Tabela 10 – Resultados descritivos sobre a questão “confia na informação fornecida pela <i>internet</i> quando pesquisa assuntos sobre a sua gravidez?”	61
Tabela 11 – Resultados descritivos sobre a utilização de um <i>site</i> com informações credíveis sobre a gravidez.....	61

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE	21
1.2. LITERACIA EM SAÚDE: DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO	26
1.3. E-HEALTH: CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO	29
1.4. TENDÊNCIAS NA UTILIZAÇÃO DA <i>INTERNET</i>	34
1.5. IMPACTO DOS PROGRAMAS E-HEALTH.....	36
1.6. LITERACIA NA GRAVIDEZ.....	38
1.7. INFORMAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ.....	40
2. METODOLOGIA	45
2.1. QUESTÕES, OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	46
2.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	47
2.2.1. Questionário sociodemográfico	47
2.2.2. Escala <i>eHEALS: The eHealth Literacy Scale</i>	48
2.2.3. Estudo de fidelidade da escala	49
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	50
2.3.1. Caracterização geral da amostra	50
2.4. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	54
2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	54
2.6. PRÍNCIPIOS ÉTICOS.....	56
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	59
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA VALIDADA E TRADUZIDA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO HDFF

ANEXO III- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA-E DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO HDFF

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento na vida da mulher onde, para além de modificações fisiológicas, ocorrem profundas transformações emocionais, psicológicas e sociais. Um turbilhão de novos sentimentos emergem e as dúvidas e os receios começam a surgir desde o seu início (Colman e Colman, 1994; Martins, 2007; Graça, 2010).

Os profissionais de saúde que acompanham a grávida devem ter a sensibilidade necessária para perceber que, por detrás de qualquer pergunta, por mais ingénua que possa parecer, podem existir importantes aspetos emocionais latentes. A transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso e envolvimento ativo que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Enquanto a mulher não desenvolve essa perícia e formas particulares de gerir as suas necessidades, os profissionais de saúde são um recurso importante para o sucesso no desempenho desse novo papel (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011).

O contacto direto entre enfermeiro e grávida durante as consultas de vigilância de gravidez são fundamentais para ensinar/treinar/instruir a grávida acerca da sua maternidade. Porém, nos dias de hoje, a grávida, ao sair do gabinete médico ou de enfermagem, encontra uma oferta infindável de informação disponível, nomeadamente através das tecnologias de comunicação e informação onde a *internet* assume um papel preponderante. A crescente importância da *internet* no domínio da saúde é um facto, assim como o seu potencial para alterar a relação entre o profissional e a grávida (Santana, 2009 e Santos, 2012). No entanto, os profissionais e investigadores na área da saúde já não conseguem controlar a produção e disseminação de informação em saúde que estão disponíveis nas mais diversas formas, eletronicamente (Santana, 2009). Os cidadãos tornaram-se coprodutores de informação em saúde, através de *blogues*, de *e-mails*, de comunidades virtuais de autoajuda, proporcionando assim inúmeras oportunidades para receber informação. A ajuda que encontram online pode parecer, aos olhos do utilizador, mais completa e útil do que a informação fornecida tipicamente pela equipa de saúde (Ferguson e Kelly, 1999, Santana, 2009).

Porém, os recursos em tecnologias de informação para a saúde apenas são viáveis e úteis quando os cidadãos estão capacitados para a sua utilização, porém ainda são

escassas as ferramentas disponíveis para avaliar esta capacidade dos indivíduos em utilizar de forma eficaz e eficiente os recursos sobre saúde disponíveis na *internet* (Norman e Skinner, 2006).

A literacia em saúde é uma chave determinante para a saúde da sociedade e a primeira prioridade na promoção da qualidade nos serviços de saúde (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007). Nos adultos, a literacia tem uma estreita relação com o seu nível de saúde especialmente a literacia nas mulheres, uma vez que esta é, muitas vezes, a principal cuidadora no seio familiar, logo a sua literacia em saúde pode influenciar toda a saúde familiar (*Idem*).

Assim, com o objetivo de conhecer o nível de literacia em *e-health* das grávidas que recorrem às consultas externas do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE. (HDFE) e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (Idade; Habilitações académicas) e a literacia em *e-health* das participantes, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, transversal, em que participaram 120 grávidas que recorreram à consulta externa de obstetrícia deste hospital.

Como instrumento de colheita de dados construiu-se um questionário que incluiu questões sociodemográficas, questões sobre a utilização da *internet* e a adaptação traduzida para português da escala “*eHEALS*” (*e-Health Literacy Scale*) (Norman e Skinner, 2006), traduzida e validada por Brandão (2012).

A escala *eHEALS*, é constituída por 8 itens tendo por objetivo a mensuração do conhecimento, habilidades de pesquisa, avaliação e aplicação da informação recolhida eletronicamente, relacionada com questões de saúde dos consumidores. Foi desenvolvida para ajudar a determinar o ajuste entre os programas de *e-health* e os consumidores (Norman e Skinner, 2006).

A nível estrutural este documento inicia-se com o enquadramento teórico, onde serão abordados os seguintes temas: tecnologias de comunicação e informação em saúde; literacia em saúde: definição e contextualização; *e-health*: contextualização e definição; tendências na utilização da *internet*; impacto dos programas *e-health*; literacia na gravidez; informação durante a gravidez. Seguidamente realizar-se-á a fase metodológica, onde será apresentado o desenho da investigação, a apresentação e discussão dos resultados. Por fim, as conclusões finais do estudo, as referências bibliográficas e os anexos e apêndices considerados pertinentes para a análise deste documento.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com este capítulo inicial pretende-se realizar uma base teórica e conceptual de sustentação ao restante trabalho, de modo a alcançar os objetivos propostos para a sua realização. Abordam-se as tecnologias de comunicação e informação em saúde em Portugal, seguindo-se a definição e contextualização de literacia, da literacia em *e-health*, referenciando também as tendências e o impacto da aplicação de programas nesta área. Posteriormente aborda-se, e indo de encontro ao tema central do trabalho, a literacia na gravidez e a informação durante a gravidez.

1.1. TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A informação sobre saúde deve ser uma preocupação de todos os cidadãos, independentemente da escolaridade, profissão ou do papel que cada um assume e desempenha no seio da sociedade onde se insere (Espanha, 2013).

Saúde é um termo difícil de definir e, de acordo com Direção Geral de Saúde (DGS, 2012), é um domínio complexo, de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, sujeitos a uma grande inovação e rápida evolução exigindo políticas consistentes e persistentes.

São várias as conceções existentes sobre saúde, baseadas em diversos modelos. Uma das abordagens mais utilizadas é a baseada no modelo biomédico, sustentada na forma como os profissionais de saúde olham para a saúde e para a doença, centrada na compreensão e no tratamento de problemas físicos e patológicos (Espanha, 2013).

O modelo social surge como alternativa e complementa o sistema biomédico que considera que os ganhos efetivos em saúde estão diretamente relacionados com as

melhores condições de vida (Espanha, 2013). Ambos os modelos inspiram definições oficiais, a partir da qual surgem estratégias e políticas de saúde propostas por diferentes entidades nacionais e internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*idem*).

A saúde é um direito de todos os seres humanos, que garante o desenvolvimento humano e a continuidade da espécie. Para Espanha (2013) o que está no cerne da questão é se a saúde deve ser, indiscutível e definitivamente, consagrada como um direito social.

No Serviço Nacional de Saúde (SNS) há uma grande descentralização da decisão (cidadão, profissional de saúde, administrador, político), logo, existe a necessidade de flexibilidade na resposta a novas ameaças e situações, correção e satisfação de necessidades imprevistas, revisão das práticas, investigação, e incorporação sistemática da inovação e sistemas de planeamento interativos e interdependentes. Neste âmbito, os sistemas de saúde devem ser dinâmicos e abertos, de desenvolvimento rápido e capazes de dar resposta a novas ameaças que eventualmente possam surgir. Desta forma, o sistema de saúde português deve partilhar a inovação, articular-se internacionalmente, contribuir para o reforço e o desenvolvimento solidário de outros sistemas e incorporar os avanços internacionais (DGS, 2012).

Benito e Licheski (2009) referem que é de consenso comum que os sistemas de informação são, nos dias de hoje, cada vez mais globalizantes e assumem uma importância crucial no apoio à gestão do trabalho em saúde, seja, na área clínica assistencial, seja na administrativa ou de gestão. Todas as áreas e/ou campos de conhecimentos que venham a trabalhar com saúde, como a medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, serviço social, educação física, engenharias, administração, entre outras; podem vir a usufruir das informações contidas nos sistemas, utilizando-as como uma ferramenta de auxílio no seu processo de trabalho, uma vez que são capazes de acelerar a efetividade do processo de identificação de problemas individuais e coletivos, potencializando a resolubilidade das necessidades e/ou situações que venham a surgir nos diversos cenários e/ou ambientes de trabalho em saúde.

Em Portugal, existem sistemas de informação para a monitorização e promoção do acesso ao sistema de saúde, sendo que alguns ainda se encontram em

desenvolvimento mas outros já se encontram disponíveis e em funcionamento integral, como (DGS, 2012):

- *Nascer Cidadão*, uma parceria do Ministério da Justiça e do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social onde se pode fazer o registo de recém-nascido nas maternidades públicas e privadas simultaneamente com vários fins, incluindo a articulação de cuidados de saúde ao recém-nascido;
- *SIM-Cidadão*, Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações dos utentes do SNS que permite avaliar as perceções dos utentes utilizadores de cuidados tendo em conta os contactos que têm com as diversas entidades prestadoras;
- *Serviço de e-Saúde*, que proporciona maior autonomia aos utilizadores e permite um acesso direto à informação e aos serviços de saúde, como por exemplo o *e-SIGIC*, para acompanhamento da posição na lista de espera cirúrgica, a *e-Agenda*, que permite o agendamento em linha de consultas nos cuidados de saúde primários, a *e-Prescrição*, a *e-Vacina* e a Plataforma de Dados em Saúde (em fase de implementação);
- *Registo Nacional de Utentes* do SNS, que permite conhecer a cobertura e a utilização dos serviços do SNS (em fase de desenvolvimento).

Estas ferramentas tecnológicas irão permitir a construção de um sistema de informação que integre os mais variados setores, desde públicos, privados e recursos comunitários, proporcionando uma monitorização das reais condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pelos cidadãos (DGS, 2012).

A utilização dos cuidados de saúde em Portugal é mediada por fatores predisponentes e de capacitação. Dos fatores de predisposição estão incluídos a educação e a cultura, a ocupação, a etnia e as redes sociais e familiares que influenciam as convicções em saúde (valores e atitudes perante a saúde e os cuidados de saúde) podendo condicionar a subsequente perceção do risco e da necessidade de utilização dos serviços de saúde (Furtado e Pereira, 2010). Ou seja, determinam a capacidade do indivíduo para se responsabilizar pela utilização adequada dos cuidados de saúde disponíveis. Os fatores de capacitação dizem respeito aos meios necessários para o indivíduo aceder efetivamente aos serviços de saúde e para os utilizar (DGS, 2012).

A atualidade mundial e nacional vive envolvida no seio das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), que proporcionaram um salto fundamental para o

desenvolvimento do país, e a área da saúde não é exceção. No entanto, estas novas tecnologias na área da saúde, nomeadamente a prescrição eletrónica de medicamentos, a telemedicina, a disponibilização de informação de saúde pública, formação de fóruns de discussão, *mass média* e ficção sobre saúde, evidenciam a grande dificuldade que decorre da multidimensionalidade do tema pois os múltiplos e diversos saberes impedem, muitas vezes, a sistematização coerente da sua leitura e pesquisa, dificultando os processos de tomada de decisão (Espanha, 2013).

As TIC's representam cada vez maior importância na atualidade mundial e nacional e apresentam-se como um elemento central para o desenvolvimento económico e social (Santana, 2009; Espanha, 2013) Como tal, na prestação de cuidados de saúde, os profissionais de saúde não se podem alhear a este facto, mas sim realizar uma aliança e uma parceria eficiente com estas novas tecnologias tendo como principal objetivo o bem-estar do utente, a todos os níveis. O profissional de saúde deve aconselhar, ensinar e treinar os utentes para a utilização destes recursos de forma a ir de encontro às reais/potenciais necessidades dos mesmos.

A crescente introdução das tecnologias de informação e comunicação têm a capacidade de potenciar a elevação dos padrões de saúde das populações, através de uma prestação de cuidados mais efetiva (Espanha e Fonseca, 2010). Os autores supracitados, citando Garrido *et al* (2008), referem que os cuidados de saúde têm beneficiado dos constantes desenvolvimentos e inovações tecnológicas, nas ciências da vida e da saúde em geral mas, particularmente nas ciências médicas. No entanto, estes progressos tecnológicos desafiam continuamente o sistemas de saúde pois requerem recursos financeiros, materiais e humanos avultados (Espanha e Fonseca, 2010; Espanha, 2013).

A utilização das TIC's em saúde é fundamental para elevar a qualidade e o custo-benefício da saúde. Porém, a implementação de iniciativas *e-health* tem tido problemas e dificuldades em demonstrar os seus benefícios. É consensual que estas ferramentas sejam úteis mas apenas quando as pessoas têm capacidades para as utilizar corretamente. No entanto, existem ainda poucos instrumentos que possibilitem avaliar essa capacidade. (Murrey *et al* 2011; Norman e Skinner, 2006).

Vários autores citados por Espanha (2013) referem que a maior evolução no papel da informação no sistema de saúde, especialmente na relação profissional/utente, deve-se ao enorme fluxo de informação médica e de saúde disponível na *internet*. A mesma autora refere ainda que os profissionais de saúde vêm-se perante a *internet* como

possível fonte de informação e ferramenta para a sua prática profissional, bem como perante o facto de os próprios utentes disporem de livre acesso a informação médica e de saúde disponíveis na *internet*. Collste (2002, p.123) refere que “o paciente deve ter o poder de jogar um papel mais ativo nos seus próprios cuidados de saúde”.

As tecnologias de informação presenteiam aos indivíduos possibilidades de autonomia, pois permitem-lhes aceder a uma panóplia de informação bem como explorar ativamente as potencialidades das redes (Castells, 2003 *apud* Espanha, 2013). Este acesso à informação, cada vez mais enraizado na sociedade moderna, permite ao utente ser mais ativo no seu processo de saúde/doença, deixando de ser passivo e submisso ao controlo dos profissionais de saúde. Este facto é corroborado por Akerkar e Bichile (2004) que refere que o utente já não repousa numa atitude cegamente subserviente do paciente: a “confiança cega” está a ser substituída por “confiança informada”.

Vários estudos têm sido realizados ao longo destes últimos anos acerca deste fenómeno. Segundo o artigo: “*European Citizens’ use of E-Health services: a study of seven countries*”, onde se realizaram entrevistas telefónicas a cidadãos de vários países, um dos quais Portugal, 44% da amostra e 71% dos utilizadores da *internet* usaram a mesma para fins relacionados com a saúde (Espanha, 2013). No entanto, esta utilização é mais baixa nos países do sul, 30% em Portugal e 23% da Grécia (Andreassen *et al*, 2007).

A utilização da *internet* pelos portugueses apresenta ainda grandes disparidades pois, entre as pessoas que não sabem utilizá-la ou precisam de ajuda para o fazer, conta-se cerca de 50% da população que reside em Portugal, associando também outras questões como os níveis educacionais, contextos profissionais e recursos financeiros (Espanha, 2013). A mesma autora, no estudo que realizou, constatou que os temas mais pesquisados pelos portugueses dizem respeito à “boa forma e exercício físico”, “nutrição e problemas alimentares”, “beleza e bem-estar”. Só depois aparecem pesquisas relacionadas com doenças sexualmente transmissíveis, métodos anticoncepcionais, gravidez e toxicodependências (Espanha, 2013). A autora supracitada refere ainda, no seu estudo, que não há nenhum dado que aponte para que a *internet* esteja a substituir os tradicionais canais de aprendizagem dominados pelos profissionais de saúde e pelos familiares/amigos mais próximos. Deste modo, a sua utilização deve ser vista como mais um recurso existente, mas é um espaço ainda pouco explorado em relação a outras aprendizagens em saúde. Os portugueses consideram a informação em linha como sendo um espaço facilitado e gratuito, onde

se pode aceder a informação diversificada e anónima mas, por outro lado, percebem-se ainda grandes restrições que não permitem para já, um aumento da dependência deste recurso, em detrimento dos restantes. Espanha (2013) salienta ainda que em relação a outras fontes de informação como a rádio, a televisão, as revistas e os jornais, a confiança na *internet* representa valores mais baixos sobre os conteúdos relacionados com saúde, estética e bem-estar.

Como já foi referido anteriormente a oferta de *websites*, de informação em rede é cada vez maior e mais diversificada, no entanto é necessário saber utilizá-la corretamente e fazer a filtragem adequada do que é útil do que é inútil. A utilização de qualquer sistema, quer pelos profissionais de saúde, quer pelo cidadão comum, vai muito mais além da sua simples disponibilização e livre acesso, implica saber como utilizá-la (Norman e Skinner, 2006). É assim importante, neste contexto, definir e enquadrar o conceito de literacia e de *e-health*.

1.2. LITERACIA EM SAÚDE: DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

Atualmente, o conceito de literacia já é bastante difundido no nosso vocabulário, e define-se por duas características nucleares: permitir a análise da capacidade efetiva de utilização na vida quotidiana das competências de leitura, escrita e cálculo e remeter para um contínuo de competências que se traduzem em níveis de literacia com graus de dificuldade distintos (Gomes *et al*, 2012).

Em Portugal o conceito de literacia foi introduzido por Ana Benavente num estudo intitulado “*A Literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*”. Neste estudo está explícito que na literacia não se trata de saber aquilo que as pessoas aprendem e sabem mas sim, de saber o que, em situações da vida e do quotidiano, são capazes de usar (Lopes, 2011).

Portugal é um país ainda com níveis baixos de literacia quando comparados a outros países da União Europeia. Ávila (2008) acrescenta que o nosso país tem no contexto europeu e também por referência aos países da OCDE, uma das mais elevadas taxas de população adulta com níveis de escolaridade abaixo do ensino secundário (cerca

de 78% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 25 a 64 anos, segundo dados de 2003) (OCDE, 2005 *apud* Ávila, 2008). A autora supracitada refere ainda no seu estudo que os défices de escolarização que afetam a grande maioria da população são reforçados e agravados por níveis de literacia ainda mais baixos, desencadeando desigualdades sociais elevadas.

O desenvolvimento lento da alfabetização em Portugal ao longo dos séculos, têm contrastado com o ritmo acelerado para a creditação escolar das últimas décadas, num processo de aproximação aos números e metas da União Europeia (Lopes, 2011). No entanto a escolaridade portuguesa é ainda deficitária, quando comparada com outros países da União Europeia (*Idem*).

Só na década de 50 do século XX, é que pouco mais de metade da população com idade igual ou superior a 10 anos é alfabetizada (Candeias, 2004 *apud* Lopes, 2011). A curva da alfabetização da população portuguesa, com pelo menos 10 anos, é ascendente: 67% em 1960; 89% em 1991 e 91% em 2001 (*Idem*). Porém, a certificação escolar da população continua a incidir nos níveis mais baixos de qualificação (em 2001 Portugal detinha os níveis mais baixos de escolarização da EU: 21.5% dos portugueses entre os 25 e os 64 anos havia completado pelo menos o ensino secundário, sendo a média da EU de 64%) (INE, 2003 *apud* Lopes, 2011).

Pode-se assim constatar que baixos níveis de escolarização da população portuguesa correspondem a baixos níveis de literacia (Lopes, 2011).

Segundo o Institute of Medicine (IOM) *apud* Cavaco e Santos (2012), literacia em saúde consiste no grau de capacidade de cada pessoa em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e serviços de saúde, de modo a que consiga uma tomada de decisão adequada em relação à saúde. Remete para as práticas diárias, para o uso quotidiano, para as competências e não só para as habilitações e qualificações escolares. A fraca literacia em saúde é o maior obstáculo para uma eficiente compreensão de informação sobre a doença e o seu tratamento.

Mojoyinola (2011) acrescenta ainda que nos serviços de saúde a alfabetização é considerada como literacia em saúde, referindo-se à capacidade de ler, compreender e tomar decisões sobre informações de saúde, ou a capacidade de obter, interpretar e compreender a informação e os serviços básicos para melhorar a saúde.

Para Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) a literacia em saúde inclui a capacidade de compreender instruções provenientes de profissionais de saúde, inclui também habilidades cognitivas e sociais e a competência para usar tais informações e serviços de forma a melhorar a saúde. A literacia em saúde inclui a habilidade para ler e compreender as prescrições e instruções, panfletos informativos, bulas de medicamentos, assim como devem ter habilidade para alcançar os serviços de saúde (*Idem*).

Nas pessoas adultas a sua literacia está fortemente relacionada com a sua saúde, especialmente no que toca à literacia feminina, uma vez que é a mulher que, maioritariamente, presta cuidados no seio familiar, podendo as suas ações influenciar direta ou indiretamente a familiar nomeadamente nas taxas de mortalidade infantil (Kohan, Ghasemi e Dodangeh, 2007).

A baixa literacia em saúde está associada a uma maior taxa de mortalidade, maiores taxas de hospitalização e pouca capacidade de autogestão de doença crónica (Mitchell *et al.*, 2012). Num estudo que examinou a associação entre saúde e literacia de doentes que foram readmitidos num hospital urbano 30 dias após alta, concluiu-se que um baixo nível de literacia em saúde é um fator significativo, independente e de risco modificável para os 30 dias após a alta hospitalar. Em suma, intervenções destinadas a reduzir o recurso precoce e não planeado do hospital após a alta, devem contemplar atividades para atenuar o efeito da baixa literacia em saúde dos doentes (*idem*).

Schulz e Nakamoto (2012), estudaram empiricamente os conceitos “capacitação do doente” e “educação em saúde”, constatando que os impactos da literacia em saúde e a responsabilização dos doentes estão profundamente ligados. Além disso, um alto nível de literacia não implica necessariamente uma alta capacitação do doente e vice-versa, e os desencontros destes níveis podem ter consequências nefastas. Desde logo, altos níveis de literacia em saúde sem correspondência na capacitação criam uma dependência desnecessária dos doentes face aos profissionais de saúde, enquanto que, um grau de autonomia elevado, sem um grau correspondente de literacia apresenta o risco de escolhas perigosas para a saúde.

No reforço da ideia anterior Camerini, Schulz e Nakamoto, (2012) observaram que há um forte impacto do conhecimento e capacitação sobre os resultados de saúde. Assim, as intervenções de saúde específicas para doentes crónicos devem-se focar

simultaneamente no conhecimento e na capacitação, em vez de favorecer uma dessas construções individuais.

O nível de literacia em saúde dos cidadãos parece ser um problema real e grave, que limita na sua capacidade para obter e perceber a informação de saúde, qualquer que seja a fonte que utilizem para o fazer. Tal facto tem implicações sérias no momento da consulta face a face com o profissional de saúde, quer ao nível da sua duração, quer do esforço exigido do profissional para lidar com expectativas criadas ou ideias formadas que podem ser erradas, a partir de informação que colheram, por exemplo na *internet*. Assim, questões importantes começam a emergir: como melhorar a literacia em saúde da população, como assegurar e avaliar a qualidade da informação disponível na *internet* e como ajudar o cidadão a desenvolver capacidades de procura e avaliação de informação em saúde adequadas e relevantes.

1.3. E-HEALTH: CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO

Nas últimas décadas, o conceito de literacia ampliou-se e atualizou-se com a introdução das novas formas de informação e comunicação audiovisuais, eletrónicas e digitais. Toda a sociedade contemporânea tem sofrido modificações estruturais muito devido ao facto deste apogeu de tecnologias, e como tal, o conceito de literacia tinha que, inevitavelmente, sofrer transformações (Lopes, 2011).

Esta ampliação conceptual, ao refletir diversificadas dimensões das competências básicas de literacia, como a leitura, a escrita ou o cálculo, traduz o dinamismo e a pluralidade que caracterizam os *rich literate environments*: “os investigadores propõem um contínuo que contempla distintos níveis e usos das competências de literacia de acordo com o contexto em que se apresentam (...)” (UNESCO, 2008, p.17 *apud* Lopes, 2011).

O conceito de literacia reveste-se então de novos significados, tantos quantos as áreas científicas e os domínios de investigação que o adotam (Lopes, 2011).

Atualmente, um estado da arte neste domínio reflete essa ampliação e identifica uma panóplia de literacias que se definem pela referência a vários fatores: sociais,

económicos, tecnológicos, etc. (Firestone, 2008 *apud* Lopes, 2011). Destas multiliteracias são exemplo a literacia informacional, a literacia digital e a literacia mediática que constituem uma tríade de importância crucial e decisiva nas sociedades multimidiáticas, tendo em conta fatores como a centralidade dos *mass média*, o papel da informação nas sociedades democráticas e o desenvolvimento das TIC's, revelando uma espécie de interdependência e interconexão (Lopes, 2011).

Todas estas novas formas de literacia, interferem e estão relacionadas com a literacia em saúde, pois são cada vez maiores as ofertas das TIC's disponíveis sobre saúde e bem-estar.

O Relatório Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2010), respeitante ao financiamento dos sistemas de saúde, refere que a remoção de barreiras financeiras implícitas aos sistemas, pode ajudar as pessoas com menos recursos económicos a obter cuidados de saúde. Consta ainda nesse relatório que estudos recentes mostram o motivo pela qual muitos cidadãos não completam o tratamento, devido ao custo elevado dos meios de transporte e aos baixos salários. Estes motivos, por vezes, podem ser mais impeditivos do que as próprias taxas cobradas pelos hospitais. Ainda, mesmo que gratuitos, se os serviços não estiverem disponíveis, ou a uma distância aceitável, as pessoas não os podem usar.

Nessa linha de pensamento, a tecnologia através da telemedicina permitiu uma das mudanças mais profundas no acesso aos cuidados de saúde. Com os constantes avanços tecnológicos, a telemedicina desenvolve-se de forma eficiente e com baixos custos, fruto da redução das despesas com *hardware* e do aumento da velocidade de ligação (Berger, 2010).

Porém, o fim da telemedicina foi anunciado quando surgiu o termo *e-health* (*e-saúde*), uma vez que deixará de existir como campo específico Mea, (2001). Assim, *e-health* passa a ser o denominador comum para toda a informática médica. Ainda, do ponto de vista dos investidores, que procuram elevados ganhos após poucos anos de investimento, o termo telemedicina aparenta ser inapropriado pois representa um pequeno nicho de mercado. Todavia, *e-health* representa algo mais vasto e promissor, orientado para a prestação de serviços.

No entanto, a definição de *e-health* não é consensual no seio da comunidade científica (Espanha e Fonseca,2010).

Para Drudy (2005,p.38) *apud* Espanha e Fonseca (2010, p. 15):

e-health define-se como “(...) um espectro alargado de aplicações informáticas para facilitar a gestão e a prestação de cuidados de saúde, incluindo a disseminação de informações relacionadas com a saúde, o armazenamento e a troca de dados clínicos, a comunicação interprofissional, a interação doente-prestador suportada pelo computador, a educação, as redes de saúde e a telemedicina.”

Eysenbach (2001), considera que a *e-health* caracteriza não só a medicina através da *internet*, mas também tudo o que se relaciona virtualmente com computadores e medicina. De acordo com este autor, o termo *e-health* foi primeiramente utilizado nos domínios industriais e comerciais (em conjunto com termos como *e-commerce*, *e-business*, *e-solutions*), numa tentativa de transposição para o domínio da saúde das promessas, princípios e entusiasmo que rodeavam o *e-commerce* (comércio eletrónico). Somente depois disso foi transposto para o meio académico fazendo parte de inúmera literatura científica.

A *e-health* fica situada na interseção entre a informática médica, a saúde pública e o setor empresarial (Kwankam, 2004 *apud* Espanha e Fonseca, 2010). Esta incorpora um conjunto de empresas que fornecem muitas ferramentas, serviços, soluções e produtos incluindo operações administrativas, sistemas de informação clínicos, portais orientadores para o consumidor, telemedicina e telesaúde (Espanha e Fonseca, 2010).

Deste modo, *e-health* pretende contribuir para o estabelecimento de um novo modo de relacionamento entre o cidadão e os profissionais de saúde, com base na partilha de decisões e de informação. Deste modo, é fundamental caminhar nesta direção, uma vez que, para que tal seja realidade, é importante disponibilizar, por meios eletrónicos fidedignos, de qualidade e seguros, informação científica relevante (Espanha e Fonseca, 2010).

Assim, a comunidade científica começou a desenvolver intervenções baseadas na *internet*, que podiam ser geridas de acordo com a disponibilidade do participante, e sem a necessidade da aplicação ou recolha manual de dados. Estas intervenções vieram substituir os métodos tradicionais de aplicação de intervenções personalizadas de *feedback* e motivacionais (Bewick *et al.*, 2008). As principais limitações dos métodos tradicionais encontravam-se ao nível do seu alcance e capacidade de rastrear um vasto número de grupos de risco, na medida em que o recrutamento podia ser difícil e restrito. Por outro lado, os custos implicados eram elevados, seja ao nível económico seja ao nível dos recursos humanos necessários.

Como refere Gilmour (2007), a informação sobre saúde disponibilizada *online* é um importante meio na transmissão rápida e dinâmica de conhecimento, e preenche ou complementa as lacunas existentes na educação para a saúde desenvolvida pelos profissionais de saúde. Porém esta informação tem que ser devidamente filtrada, conseguindo triar o que é fidedigno do que não é.

Segundo o relatório “*Building Foundations – eHealth Europe*” da OMS (2008) *apud* Espanha e Fonseca (2010) *e-saúde* define-se genericamente como a utilização de tecnologias de informação e comunicação para a saúde. Apesar de todas as definições possíveis, existe algum consenso num princípio básico que é a representação da *e-saúde* num comprometimento para um trabalho em rede, para o pensamento globalizado, para melhorar os cuidados de saúde a nível local, regional e mundial, através da utilização das tecnologias de comunicação e informação (Espanha e Fonseca, 2010).

Segundo o relatório desenvolvido pelos autores supracitados, entende-se por *e-health*, todas as redes de comunicação e informação sobre saúde, assim como todo o tipo de prestação de serviços, de informação, de construção de plataformas, de disponibilização de conteúdos e registos eletrónicos de utentes, mas que estão disponíveis *online*, para serem consultados por todos os consumidores da *internet*. Pode-se incluir também nesta definição, as redes de informação sobre saúde e os portais de saúde, promoção de serviços e prestação de serviços e/ou cuidados de saúde.

No entanto, a *e-health* não apresenta só benefícios, também tem algumas desvantagens. No que concerne aos benefícios, a *e-health* tem o potencial de maximizar a eficiência dos cuidados de saúde, a qualidade dos serviços prestados, a divulgação da produção de evidência científica, a capacitação dos cidadãos, o estreitamento da relação entre os profissionais de saúde e o cidadão, a padronização da informação, assim como o aumento do conhecimento e a poupança de tempo. Como desvantagens aponta-se o levantamento de questões éticas sobre os modos emergentes de interação entre os profissionais de saúde e o cidadão, assim como no que respeita aos limites da informação a disponibilizar aos cidadãos. Há também que ter em consideração a igualdade de acesso a estes recursos, pois aqueles que não são detentores de capacidade financeira, competências técnicas e cognitivas, acesso a computadores e a redes de comunicação, não podem partilhar este espaço de modo equitativo (Espanha e Fonseca, 2010).

O empoderamento dos cidadãos por via da *internet* em relação ao tema da saúde decorre do acesso ao conhecimento e à possibilidade de operacionalização direta de alguns aspetos decorrentes dessa informação e conhecimento, poupando assim deslocações e ações desnecessárias. Mesmo os utilizadores frequentes das tecnologias de comunicação e informação, mais especificamente da *internet*, não substituem por definitivo os métodos tradicionais do setor da saúde. As consultas face-a-face ainda são o elemento base do funcionamento da saúde em Portugal, sendo que a massificação da utilização das TIC's na área da saúde passa pelos atores tradicionais do sistema nacional de saúde que terão um papel essencial na sua implementação junto dos utentes, assim que eles próprios tenham a capacidade de reconhecer o interesse e as vantagens da sua utilização (Espanha, 2009 e Espanha e Fonseca, 2010).

Numa sociedade de informação e conhecimento, a televisão é também um dos principais vetores de consumo mediático, logo devem ser considerados neste contexto. Dentro dos média e comunicação em saúde incluem-se as mensagens sobre saúde mais divulgadas pelos média massificados, e que contribuem de forma, por vezes decisiva, para a construção individual e coletiva das representações sobre saúde e promoção da autonomia individual neste contexto, assim como, estão intimamente relacionados com a promoção das políticas de promoção e prevenção de saúde. A televisão e a imprensa constituem um papel fundamental na divulgação de campanhas de prevenção de doenças como por exemplo na luta contra o HIV/SIDA, na sensibilização para os rastreios da luta contra o cancro, entre outros (Espanha e Fonseca, 2010).

O relatório "Improving Health Sector Efficiency – the Role of Information and Communication Technologies" da OCDE (2010) *apud* (Espanha e Fonseca, 2010) defende que a utilização generalizada das TIC's em saúde pode contribuir para a redução de custos operacionais dos serviços clínicos através do melhoramento das tarefas e da forma como são realizadas, poupando tempo com o processamento de dados e reduzindo a necessidade de trabalhar em suporte de papel, o que pode aumentar a produtividade.

1.4. TENDÊNCIAS NA UTILIZAÇÃO DA INTERNET

Num estudo elaborado pela Universidade de Aveiro entre 2003 e 2008 inserido no projeto *WHO/European survey on eHealth consumer trends*, apoiado pela organização Mundial de Saúde e cofinanciado pela Comissão Europeia, demonstrou-se que 30% dos portugueses já tinham utilizado a *internet* para obter respostas acerca da sua saúde ou doença, colocando o país em quinto lugar no ranking dos sete países investigados (Santana, 2009). No subgrupo dos utilizadores da *internet*, a percentagem de portugueses que já a tinha utilizado para questões relacionadas com saúde/doença foi bastante mais elevada, atingindo os 62% (Santana, 2009). Este estudo revelou também que ao longo do tempo esta tendência de procura de informação sobre saúde na *internet* tem vindo a aumentar pois, em 2005 a percentagem de população portuguesa que reportou já ter alguma vez utilizado a *internet* por razões de saúde/doença era de 29,2% e em 2007 era de 38,1% (Santana, 2009). Este estudo permitiu retirar alguns dados importantes no que respeita à utilização da *internet* por razões de saúde/doença. O fator mais significativo a relatar foi o facto do elevado número de mulheres que a utilizam por esse motivo pelo menos uma vez por ano, sendo que 2007, sete em cada dez mulheres na faixa etária dos 15-24 anos e seis em cada dez mulheres na faixa etária dos 25-34 anos (Santana, 2009). No escalão 25-34 anos, 39% das mulheres portuguesas utilizada a *internet* por razões de saúde pelo menos uma vez por ano em 2005, percentagem que aumentou para 63,6% no ano de 2007 (*Idem*). Ainda no caso feminino, a informação sobre estilos de vida, nutrição e dieta levou à *internet*, nos seis meses anteriores ao inquérito, sobretudo mulheres nos escalões entre os 45-54 anos. Nos escalões 25-34 anos e 35-44 anos o principal motivo que as levou a recorrer à *internet* foi a pesquisa de informação sobre a gravidez e cuidado com as crianças com 42,1% e 24,4% respetivamente (*Ibidem*).

No que concerne aos níveis de formação, este estudo revelou que os inquiridos com maior escolaridade utilizam mais vezes a *internet* para pesquisas acerca de saúde/doença, seis em cada dez com formação superior, 5 em cada 10 para cidadãos com o ensino secundário e dois em cada dez para cidadãos sem escolaridade ou com o ensino básico (Santana, 2009). Porém foi neste último escalão, de cidadãos sem formação ou com o ensino básico, que mais cresceu a utilização da *internet* por razões de saúde/doença, entre 2005 e 2007, mais de 50% destes cidadãos referiu ter

utilizado a *internet* pelo menos uma vez por ano para pesquisar sobre saúde/doença, em 2007 (*Idem*).

Este estudo retratou ainda a evolução da importância percebida de várias fontes de informação sobre saúde/doença, tendo constatado que o profissional de saúde ainda é visto como a fonte mais importante de informação em saúde, “mas a sua importância percebida desceu 10% quer entre a população em geral quer pelos utilizadores da *internet* por razões de saúde ou doença” (Santana, 2009, p.10). Para os utilizadores da *internet* esta é percebida como fonte de informação em saúde mais importante por 83% dos indivíduos em 2007, assumindo o lugar anteriormente dado aos profissionais de saúde. É também importante realçar que neste estudo constatou-se o aumento da importância da família, amigos e colegas, dos quais foram considerados importantes por oito em cada dez. Também diminuir a importância atribuída às fontes mais formais como livros, enciclopédias médicas, cursos e palestras e aumentou a importância percebida da televisão e da rádio, entre aqueles que utilizam a *internet* por razões de saúde e doença.

Os resultados deste inquérito revelaram um crescimento muito elevado do número de mulheres que utilizam a *internet* como fonte de informação para aspetos relacionados com a saúde/doença. Apontam com principais motivos o facto de as mulheres serem grandes consumidoras de serviços nesta área mas também por constituírem uma parte muito significativa de prestadores de cuidados, logo necessitam de maior informação. Enquanto prestadoras de cuidados, as mulheres atuam, muitas vezes, como profissionais e como familiares, cuidando dos filhos, netos, marido e pais durante longos períodos da sua vida. Também alguns aspetos marcantes da vida da mulher estão ligados à saúde, como a gravidez, o parto, a amamentação, o cuidado dos filhos pequenos e a menopausa. “(...) Para muitas mulheres, episódios relacionados com doenças específicas, muitas vezes ligadas a etapas definidas do seu ciclo de vida, motivam uma grande procura de informação e serviços de saúde”. (Santana, 2009, p.11).

1.5. IMPACTO DOS PROGRAMAS E-HEALTH

Os programas *e-health* têm riscos e benefícios, como tal é necessário fazer uma análise mais aprofundada para compreendê-los. Deste modo, os focos de atenção devem centrar-se na efetividade, eficiência e impacto na equidade (Gagnon *et al*, 2008).

Um dos impactos destes programas é a substituição das consultas face a face. Os *sites* sobre saúde na *internet* podem ser uma alternativa na qual o profissional de saúde e o doente se comunicam de outra forma que não fisicamente.

Tanto do ponto de vista geográfico, como conceptual, não existem barreiras convencionais para o *e-health*, atendendo à globalização que lhe é característica (Eysenbach, 2001).

Um outro aspeto que caracteriza a *e-health* é que permite o aumento da transparência, possibilitando a organização de formas de diálogo que não seriam possíveis na forma tradicional de prestação de cuidados de saúde. Pode também permitir a comunicação e a troca de informação padronizada entre instituições que prestam cuidados aos cidadãos (Eysenbach, 2001; Gagnon *et al*, 2008). Uma outra vantagem é que o *e-health* é mais rápido e o cidadão não tem que esperar por uma consulta, podendo colocar questões sempre que achar necessário (Dedding *et al*, 2011). Além disso, proporciona o encorajamento, na medida em que se incentiva uma nova relação entre o profissional de saúde e o cidadão, com vista a uma verdadeira parceria baseada nas decisões partilhadas (Eysenbach, 2001).

O recurso à *internet* por motivos de saúde tem implicações para os serviços já existentes. No entanto, Andreassen *et al* (2007) consideram-no como um suplemento e não como um substituto total dos tradicionais serviços de saúde.

No entanto, é facto que através da redução dos custos, pode aumentar-se a eficiência dos serviços de saúde. Para Eysenbach (2001), essa redução de custos pode ser obtida com a otimização da comunicação entre os profissionais de saúde e os cidadãos, de modo a evitar intervenções desnecessárias.

A *e-health* tem também uma componente educativa, na medida em que são disponibilizados recursos informativos para os profissionais de saúde (formação

profissional) e para os cidadãos, com educação para a saúde, informação preventiva dirigida e personalizada (Eysenbach, 2001).

De facto, o *e-health* permite garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde. No entanto, e apesar da promessa de que o *e-health* torna os cuidados de saúde mais equitativos, ainda existe uma grande lacuna em termos de acesso, tanto ao nível das capacidades de utilização, da literacia, do acesso à informática, nomeadamente aos computadores, entre outras (Eysenbach, 2001).

Os cidadãos estão bem elucidados de que o uso da *internet* pode perturbar a relação com o profissional de saúde. Este facto pode conduzir a reservas acerca da partilha de informação, bem como a sentimentos de frustração, insegurança, confusão e medo (Dedding *et al.*, 2011).

Como referem Guimarães, Silva e Antunes (2008), a insegurança na *internet* é um problema que deve ser enfrentado, uma vez que há a perceção de que os dados *em linha* de qualquer natureza são sensíveis às ameaças de segurança.

Neste sentido, a ética e a privacidade não devem ser descuradas. Tal como refere Eysenbach (2001), uma vez que estão envolvidas novas formas de interação profissional de saúde – doente, levantam-se novas questões no que diz respeito à prática profissional *online*, ao consentimento informado e à privacidade.

O *e-health*, ao possibilitar o acesso a informação médica e de registo clínico eletrónico, e por ser acessível aos consumidores via *internet*, potencia a medicina centrada no doente, capacitando-o para uma escolha de cuidados livre e fundamentada (Eysenbach, 2001).

No que concerne à garantia de qualidade do *e-health*, esta assume-se como uma questão de grande importância, pois uma baixa qualidade de informação e de serviços prestados, pode conduzir a problemas graves, como procura de tratamentos inadequados, atrasos da procura de cuidados de saúde, danos no relacionamento entre o profissional de saúde e o cidadão, violações de privacidade e de confidencialidade (Guimarães, Silva e Antunes, 2008). Estes autores referem que as abordagens propostas com o objetivo de garantir a qualidade dos recursos *e-health* devem incluir principalmente a certificação das informações disponibilizadas através destes recursos. Além disto, também poderia ser vantajoso que os “consumidores” destes cuidados sejam envolvidos no processo de garantia da qualidade, e que se

permita a comparação dos diversos prestadores de cuidados (Eysenbach, 2001). É de salientar que a eficiência e eficácia das intervenções *e-health* não devem ser assumidas; pelo contrário devem ser provadas através de uma rigorosa avaliação científica.

1.6. LITERACIA NA GRAVIDEZ

A literacia em saúde é fundamental para a saúde da sociedade e prioritária na promoção da qualidade nos serviços de saúde (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007). A literacia e o nível de saúde estão intimamente relacionados, especialmente a literacia das mulheres, uma vez que esta é, a principal cuidadora no seio familiar, logo a sua literacia em saúde pode influenciar toda a saúde familiar (*Idem*).

Segundo Renkert e Nutbeam (2001) *apud* Majoyinola (2011) a literacia em saúde materna pode ser definida com as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos.

A literacia em saúde materna é reforçada pela educação pré-natal, que centra a atenção sobre todos os assuntos relacionados com os cuidados durante a gravidez, parto, nascimento e com os cuidados com o recém-nascido (Renkert e Nutbeam, 2001 *apud* Majoyinola, 2011). Esta literacia proporciona também uma oportunidade para que as mulheres aprendam um leque de opções para gerir a dor, assim como algumas intervenções obstétricas, que lhe permitiram ser mais colaborantes durante o momento do parto (Majoyinola, 2011).

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

Tanto o processo gravídico como toda a maternidade exige que a mulher desenvolva competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais profundas e intensas (Graça 2010), sendo que para isso, a sua literacia em saúde durante este período será

essencial. Esta vivência e a transição para a maternidade surge assim como uma oportunidade para o crescimento e para a transformação individual.

O estudo relatado por Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) mostra que níveis de literacia gerais mais elevados, como mulheres com formação superior, têm melhores resultados em saúde durante a gravidez. Estas mães, com níveis de literacia geral superiores, têm filhos com maior peso ao nascer, têm menos recém-nascidos prematuros, a taxa de mortalidade é menor e prolongam durante mais tempo o aleitamento materno. Os autores supracitados referem ainda que, embora a literacia no geral seja um fator determinante para a literacia em saúde individual, a literacia em saúde é mais específica, no entanto, quase sempre menor do que a literacia geral.

Uma adequada literacia na gravidez é fundamental para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações na gravidez, assim como deve proporcionar à grávida a adoção de estilos e hábitos de vida equilibrados conducentes com o decorrer de uma gravidez saudável e sem complicações (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007). Gonzales *et al apud* Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) mostraram no seu estudo a relação entre o primeiro cuidado ao bebé, a taxa de cesarianas, a mortalidade infantil, a prematuridade e a amamentação com o nível de literacia em saúde materna.

Um estudo de Lin.Lin, Yap-seng, Yiong-Huak *et al* (2007) *apud* Majoyinola (2011), revelou também que mulheres com maior literacia sobre a gravidez e cuidados aos recém-nascidos, amamentam exclusivamente durante mais tempo.

Ayoola *et al apud* (2010) *apud* Majoyinola (2011) estudaram a relação entre o momento do reconhecimento da gravidez e o início da vigilância pré-natal, constatando que quanto mais precoce for este reconhecimento mais rapidamente se inicia a vigilância da gravidez, proporcionando um acompanhamento efetivo que irá influencia o desenvolvimento de uma gravidez saudável.

O aumento do conhecimento materno para uma melhor adaptação às alterações que podem advir de uma gravidez, são estratégias importantes para o cuidado pré-natal. Este conhecimento pode ser adquirido através dos profissionais de saúde, que utilizam vocabulário científico que nem sempre é compreendido pelas grávidas, o que pode colocar em causa a eficácia dos ensinamentos (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007). Porém, o ensino e o treino que se realizam nas consultas de vigilância da gravidez são fundamentais, mas o fator mais importante é que as grávidas percecionem e

entendam o que se está a dizer e que consigam aplicar esses conhecimentos em situações de complicações associadas à gravidez e que cumpram e entendam os ensinamentos que lhes são fornecidos de modo a evitar essas complicações, mantendo uma gravidez saudável (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007).

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

Na maioria dos países estes ensinamentos e formação são fornecidos aos casais através de cursos de preparação para o nascimento, sendo a componente prática destes cursos fundamental para avaliar se os conhecimentos foram compreendidos e se a grávida/casal tem capacidade para demonstrá-los na prática. (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007).

A fraca literacia em saúde materna não só afeta a saúde da mãe como também tem repercussões para a saúde infantil e crescimento e desenvolvimento da criança (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007).

1.7. INFORMAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ

Sendo a gravidez um processo fisiológico considerado normal, caracterizado por mudanças repentinas a diversos níveis (físicos, emocionais, sociais, económicos e familiares), assume um papel crucial na vida de cada mulher, e é vivenciada de forma individual de acordo com as necessidades, crenças, modo de vida e experiência pessoal (Martins, 2007; Graça 2010).

Uma gravidez pode favorecer a autoestima e trazer satisfação pessoal, ou por sua vez, proporcionar uma forma de permanecer dependente de outras pessoas, já que durante a gravidez ou no período do pós-parto, a mulher pode libertar-se de pressões

profissionais e sociais. Há ainda algumas mulheres que experienciam uma gravidez mais tardia, sendo assinalada como um ritual de passagem para se tornarem mulheres completamente adultas (Colman e Colman,1994; Martins, 2007; Graça 2010).

A gravidez, como já referido, é um momento na vida da mulher onde, para além de modificações fisiológicas, ocorrem profundas transformações emocionais, psicológicas e sociais. Um turbilhão de novos sentimentos emergem e as dúvidas e os receios começam a surgir desde o início da gravidez (Colman e Colman,1994; Martins, 2007). É assim fundamental, para a equipa multidisciplinar, que acompanha a grávida e que presta cuidados no período pré-natal, reconhecer as principais necessidades destas mulheres para poder identificar os diagnósticos de enfermagem inerentes a essas necessidades, delinear intervenções adequadas que vão de encontro às reais necessidades das grávidas. É essencial que o enfermeiro que acompanha a grávida tenha a sensibilidade necessária para perceber que, por detrás de qualquer pergunta, por mais ingénua que possa parecer, podem existir importantes aspetos emocionais latentes. A transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso e envolvimento ativo que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Enquanto a mulher não desenvolve essa perícia e formas particulares de gerir as necessidades, os profissionais de saúde são um recurso importante para o desempenho desse novo papel (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011).

Os enfermeiros especialistas, devem responsabilizar as grávidas no seu processo de gravidez, de modo a que esta decorra de uma forma harmoniosa e saudável. Como tal, têm que proporcionar a estas mulheres as ferramentas necessárias para que tal aconteça.

A promoção da saúde é um processo, planeado e gerido, de suporte à melhoria da saúde de uma população, distinto da disponibilização de serviços de saúde. Pretende a capacitação das pessoas, das famílias e da sociedade, para controlar e melhorar a saúde. Direciona-se à população como um todo ou a grupos populacionais, no contexto da sua vida quotidiana, visando a ação sobre as causas de doença e os fatores determinantes da saúde (Ministério da Saúde, 2009).

O PNS para 2011-2016 reforça uma cultura de melhoria contínua do desempenho, através da capacitação e criação de instrumentos, incentivos e processos de responsabilização, melhorando o acesso a dados de suporte à decisão e aumentando a capacidade de gestão do desempenho e o foco nos resultados a todos os níveis do

sistema (Portugal, 2011). A participação do cidadão e a possibilidade de tomada de decisão na área da saúde, enquanto fatores essenciais ao empoderamento, assumem imperativa importância e manifestam-se como necessidades estratégicas que vão permitir, não só, avaliar o desempenho do sistema e qualidade dos serviços, como também garantir o desenvolvimento do controlo e da responsabilidade dos cidadãos, sobre a sua própria saúde e a da comunidade, tornando-se parceiros num sistema que promove vidas saudáveis (Mesquita, 2005).

Apesar de a gravidez ser considerada um processo fisiológico, natural, continua-se a proporcionar cuidados altamente tecnológicos, baseado num modelo intervencionista, focalizado na segurança dos técnicos de saúde, esquecendo muitas vezes, a vontade e a necessidade da mulher que procura maior autonomia e responsabilidade. Na verdade, assiste-se, nos dias de hoje, a um movimento social que requer cada vez menos intervenção técnica, mais humanização e informação na assistência durante a gravidez, parto e pós-parto (Nascimento, 2011) *apud* Santos (2012). Segundo a FAME (2009) *apud* Santos (2012) apenas desta forma será possível melhorar a perceção das mulheres sobre a assistência recebida e adequá-las às suas necessidades.

Surge assim, a necessidade de empoderar a grávida, pois é fundamental, que durante este período a grávida/casal disponha de conhecimentos e estruturas de suporte que lhes permitam vivenciar esta nova fase das suas vidas de forma harmoniosa, com benefícios para a tríade mãe/pai/bebé (Faustino; Coelho, 2005 *apud* Santos, 2012). O investimento em educação para a saúde da grávida, é uma componente essencial, de forma que a Saúde Materno-Infantil seja entendida como uma área de promoção de saúde por excelência, representando um desafio na formação de uma consciência crítica e autonomia do casal (Santos, 2012).

O empoderamento da grávida é definido como um sentimento de autorrealização e uma maior independência, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, levando a um aumento na energia psicológica para alcançar a gravidez e o parto desejado (Kameda e Shimada, 2008) *apud* Santos (2012). A autoeficácia é um dos conceitos-chave para o empoderamento da grávida. Sendo a autoeficácia, a capacidade do indivíduo para desempenhar tarefas e resolver problemas, torna-se particularmente importante na grávida, para que esta sinta confiança e capacidade para cuidar do seu filho (Silveira; Ferreira, 2011). A autoeficácia permite à grávida sentir que é capaz de gerir a sua gravidez e parto, e fazer uma autoavaliação da sua aptidão física (Kameda e Shimada, 2008) *apud* Santos (2012).

Da parte dos serviços e profissionais de saúde, o empoderamento implica uma atitude aberta, de negociação e reciprocidade na relação com as grávidas, de reconhecimento das suas competências e dos seus universos socioculturais, linguagem, centrando-se no diálogo e na criação de conhecimento para a produção de soluções (Santos, 2012). A relação com os profissionais de saúde tem sido diferenciada na literatura como o elemento crítico de satisfação e capacitação das grávidas (Megan *et al.*, 2010) *apud* Santos (2012). O profissional de saúde deve assim, desempenhar um papel facilitador visando a comunicação e o diálogo, reconhecendo as necessidades da grávida, e como consequência, desenvolver o potencial de saúde, na busca constante da melhoria na qualidade de vida e do seu crescimento pessoal (Santos, 2012).

O contacto direto entre enfermeiro e grávida durante as consultas de vigilância de gravidez são fundamentais para ensinar/treinar e instruir a grávida acerca da sua gravidez, capacitando-a assim para uma maior autonomia e responsabilidade. Porém, nos dias de hoje, a grávida sai do gabinete médico ou de enfermagem e tem uma oferta infindável de informação disponível através das tecnologias de comunicação e informação, nomeadamente através da *internet*.

A crescente importância da *internet* no domínio da saúde é um facto, assim como também é um facto o seu potencial para alterar a relação entre o profissional e o utente. Os profissionais e investigadores na área da saúde já não controlam a produção e disseminação de informação em saúde que estão disponíveis nas mais diversas formas eletronicamente (Santana, 2009). Os cidadãos tornaram-se coprodutores de informação em saúde, através de *blogs*, de *e-mails*, de comunidades virtuais de autoajuda, proporcionando assim inúmeras oportunidades de receber informação médica, e a ajuda que encontram *online* pode parecer aos olhos do utilizador mais completa e útil do que a informação fornecida tipicamente fornecida pela sua equipa de saúde (Ferguson e Kelly, 1999 e Santana, 2009). Porém, a qualidade, a segurança e a eficiência em cuidados de saúde dependem em grande medida das tomadas de decisão corretas baseadas em informação adequada e acessível atempadamente. Enquanto profissionais de saúde, devemos descodificar a informação que estas mulheres pesquisam na *internet*, mostrando o que é fidedigno do que não é, o que é relevante e o que é inútil. É necessário encontrar estratégias para fazer esta triagem. Daí a grande importância do conhecimento de literacia em *e-Health*, de modo a que se consiga compreender se as pessoas, neste caso as grávidas, sabem utilizar a informação fornecida pela *internet* de forma correta no seu processo gravídico.

2. METODOLOGIA

As tecnologias de comunicação e informação estão cada vez mais emergentes no quotidiano da população, sendo privilegiadas na recolha de informação e esclarecimento de dúvidas desde os temas mais triviais do dia-a-dia até pesquisa de informação mais específica relacionada, por exemplo, com saúde/doença (Espanha e Fonseca, 2010).

Os recursos em tecnologias de informação para a saúde apenas são viáveis e úteis quando os cidadãos estão capacitados para a sua utilização, porém ainda são escassas as ferramentas disponíveis para avaliar esta capacidade dos indivíduos em utilizar de forma eficiente os recursos sobre saúde disponíveis na *internet*. Indo de encontro a esta necessidade os autores Norman e Skinner (2006), desenvolveram uma escala de autorrelato de 8 itens denominada *e-Health Literacy Scale (eHEALS)*, sobre literacia em saúde em linha (*e-health*) para medir as competências percebidas dos consumidores no uso de tecnologias de informação para a saúde e para ajudar a determinar o ajuste entre os programas de *e-health* e os consumidores.

Posteriormente esta escala foi traduzida para a língua alemã e testada a sua consistência interna e validade para a população holandesa por Vaart *et al.* (2011), tendo apresentado uma alta consistência interna, porém sugerem que este instrumento requer novas aplicações e validações, fazendo um estudo mais aprofundado. Assim, justificam-se novos estudos que demonstrem alta correlação com as reais competências de literacia das pessoas em *e-health*.

Esta mesma escala foi traduzida e validada para a língua portuguesa, num estudo realizado por Brandão (2012) e aplicada a dois grupos: um grupo de pessoas teoricamente saudáveis e a um grupo de doentes crónicos de reumatologia, tendo apresentado uma elevada consistência interna ($\alpha=0,90$). Também Cruz (2013) utilizou esta escala validada e traduzida para português no seu estudo exploratório acerca da literacia em *e-health* dos portugueses, apresentando também uma elevada consistência interna.

Neste trabalho aplicou-se a *eHEALS* a uma amostra de 120 grávidas que recorreram à consulta externa do HDFS no período de tempo compreendido entre maio e julho de 2013. De acordo com os objectivos de investigação definiu-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal (uma única avaliação dos sujeitos) (Fortin, 2009).

A segunda parte deste trabalho, correspondente à metodologia, inicia-se com as questões de investigação, os objetivos e as hipóteses a testar, seguindo-se a descrição do instrumento de colheita de dados com o estudo de fidelidade da escala *eHEALS*; a caracterização da amostra em estudo; os procedimentos de colheita de dados; o tratamento estatístico dos mesmos e por fim as considerações éticas.

2.1. QUESTÕES, OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As **Questões de Investigação** deste estudo são:

Questão 1 – Qual é o nível de literacia em *e-health* das grávidas que recorrem às consultas externas do Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Questão 2 – Existe influência das variáveis sociodemográficas na literacia em *e-health* das participantes?

Os **Objetivos** daqui decorrentes são então:

Objetivo 1 – Conhecer o nível de literacia em *e-health* das grávidas que recorrem às consultas externas do Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Objetivo 2 – Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (Idade; Habilitações académicas) e a literacia em *e-health* das participantes.

As **Hipóteses** deste estudo colocam em teste a relação entre o nível de literacia dos participantes e algumas variáveis sociodemográficas.

H1 – Existe diferença na literacia em *e-health* entre primíparas e múltiparas;

H2 – Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas (Idade; Habilitações académicas) das participantes e a sua literacia em *e-health*.

H3 – Existe correlação entre a frequência com que as participantes recorrem à *internet* e o nível de literacia em *e-health*.

H4 – Existe correlação entre a quem/ao que as grávidas recorrem para saber mais sobre a gravidez/parto/puerpério e o nível de literacia em *e-health*.

2.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

No que diz respeito ao tipo de estudo, nomeadamente à natureza do fenómeno em estudo e ao processo de amostragem selecionado, optou-se por recolher os dados através de um questionário de autorrelato.

O instrumento de recolha de dados (Apêndice I) é constituído por duas partes:

- Questionário sociodemográfico e questões sobre a utilização da *internet* (construído pela autora para o efeito);
- Adaptação traduzida para português da escala “*eHEALS*” (*e-Health Literacy Scale*) (Norman e Skinner, 2006), validade e traduzida por Brandão (2012).

2.2.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é constituído por quinze questões de resposta fechada, a maioria delas com múltiplas opções de resposta, numeradas de um a quinze, sendo que as quatro primeiras questões dizem respeito, respetivamente, à idade, estado civil, formação escolar e profissão. As quatro questões seguintes são referentes à história obstétrica das participantes (semanas de gravidez; número de gravidezes; número de partos, se tem alguma doença associada à gravidez). Seguem-se seis questões relativas à utilização da *internet* (se tem acesso à *internet*; a periodicidade com que acede; se recorre mais à *internet* desde que engravidou; se recorre à *internet* para esclarecer dúvidas sobre a gravidez; se confia na informação fornecida pela *internet* quando pesquisa assuntos sobre a gravidez; e se utilizaria uma página da *internet* que reunisse informação sobre a gravidez que fosse simples de entender e certificada por profissionais de saúde). A décima quinta pergunta diz respeito à frequência com que as grávidas recorrem a determinados grupos (enfermeiros, médicos, familiares, outras grávidas, revistas e televisão) para saber mais acerca da sua gravidez/parto/puerpério.

2.2.2. Escala *eHEALS*: The eHealth Literacy Scale

A escala *eHEALS* foi desenvolvida pelos autores Norman e Skinner (2006) no sentido de desenvolver meios para avaliar a literacia em *e-health*. Com a disseminação cada vez maior da *internet* na atualidade, aumenta o acesso, por esta via, às informações sobre saúde, o que provoca também o aumento da facilidade de pesquisa sobre esse tema.

Os fundamentos do conceito *e-health* são, em parte, baseados na teoria social cognitiva e na teoria da autoeficácia, para promover competências e maior confiança como precursores para a mudança de comportamento. Um dos motivos para os autores Norman e Skinner (2006) construírem esta escala foi desenvolver meios para avaliar essas competências nas pessoas, com o objetivo de delinear estratégias para ajudar os consumidores da *internet* na utilização de *e-health*.

Para a construção da escala os autores tiveram por base os seis modelos de literacia: tradicional, em saúde, de informação, científica, mediática e informática (Norman e Skinner, 2006). Tendo como base estes seis tipos de literacia e no modelo teórico definido pelos autores, foi estabelecido um processo para criar um instrumento de fácil implementação e que se adequasse a uma variedade de situações e contextos.

Esta escala é constituída por 8 itens tendo por objetivo a mensuração do conhecimento, habilidades de pesquisa, avaliação e aplicação da informação recolhida eletronicamente, relacionada com questões de saúde dos consumidores (Norman e Skinner, 2006).

Esta escala foi validada e traduzida para outras línguas, nomeadamente para português através do estudo de Brandão (2012) que traduziu e validou a escala para a população portuguesa, através de análises de validade e fiabilidade do instrumento. A sua utilização foi autorizada pelo autor (Anexo I).

Neste estudo esta escala, já validada e traduzida é aplicada a uma população específica, constituída por grávidas.

2.2.3. Estudo de fidelidade da escala

No estudo de fidelidade, procedeu-se à análise da consistência interna (homogeneidade dos itens) para as dimensões e para o total do inventário através do cálculo do Alpha de Cronbach.

A escala utilizada neste trabalho está dividida em 8 itens avaliados por uma escala ordinal tipo *likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

Pode-se observar no Quadro 1 os valores do Alpha de Cronbach dos itens para o total da amostra, onde se verifica que nenhum dos itens tem um Alfa de Cronbach inferior a 0,60. Os itens 3,4 e 7 apresentam um valor superior a 0,70. Pode assim concluir-se que, no geral, todos os valores de correlação dos itens com o total da escala são considerados bons (Bryman e Cramer,1992; Pestana e Gageiro, 2003). Analisando os coeficientes obtidos para o total dos 8 itens verifica-se que para todos os grupos é superior a 0,90, bastante acima do valor mínimo recomendado (0,70) neste âmbito (Bryman e Cramer,1992; Pestana e Gageiro, 2003).

Quadro 1- Coeficientes de correlação dos itens com o total da *eHEALS* e se apagados os itens e respetivos coeficientes de consistência interna de alfa Cronbach

Itens da <i>eHEALS</i>	Correlação item total corrigido	Alfa de Cronbach se apagado o item
item1	0,646	0,893
item2	0,699	0,888
item3	0,744	0,884
item4	0,722	0,886
item5	0,692	0,889
item6	0,633	0,894
item7	0,708	0,887
item8	0,685	0,889
Alpha de Cronbach Total da escala	$\alpha = 0,901$	

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população alvo deste estudo é constituída por grávidas, em qualquer trimestre da gravidez, que recorreram à Consulta Externa de Obstetrícia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE. A escolha deste hospital como local de colheita de dados prendeu-se com o facto de ter sido um campo de ensino clínico da investigadora durante a realização da pós-licenciatura, onde existe um número significativo de grávidas que recorrem à consulta de enfermagem de obstetrícia, em que as enfermeiras colaboram na colheita de dados.

Como critérios de inclusão definiu-se que todas as grávidas deveriam saber ler e escrever, não terem nenhuma alteração da função cognitiva, terem acesso à *internet* e darem o seu consentimento informado livre e esclarecido.

2.3.1. Caracterização geral da amostra

A amostra é constituída por 120 grávidas em qualquer trimestre da gravidez, seguidas na Consulta Externa de Obstetrícia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE.

No que concerne à idade (Quadro 2) a média das idades é 30,27 anos, a idade mínima encontrada foi de 15 anos e a máxima foi 41 anos. Em relação às semanas de gravidez as 26,21 semanas foi a média encontrada, as 3 semanas foi o mínimo encontrado e as 40 semanas o máximo.

Quadro 2 - Distribuição dos elementos da amostra em função da idade e das semanas de gravidez

Variáveis	\bar{x}	M	s	Min.	Máx.
Idade (anos)	30,27	33	5,28	15	41
Semanas de gravidez	26,21	33	8,82	3	40

A grande maioria das grávidas que participaram no estudo estão casadas ou em união de facto (78,3%), 19,2% são solteiras e 2,5% são separadas ou divorciadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos elementos da amostra em função do estado civil

Estado Civil	n	%
Solteira	23	19,2
Casada/União de facto	94	78,3
Separada/ Divorciada	3	2,5
Total	120	100,0

No que diz respeito à profissão, como as respostas foram muito diversificadas e seria difícil expor cada uma delas de forma individual, foram agrupadas segundo os grupos da Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (INE, 2011) (Tabela 2), com a exceção das desempregadas que correspondem a 15,8% da amostra e as estudantes com 2,5%. O grupo profissional com maior representação a nível de percentagem é o grupo “Especialistas das atividades intelectuais e científicas” com 30%, seguindo-se o grupo “Trabalhadores serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores” com 27,5%. O grupo “Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices” apresenta uma percentagem de 7,5%; o “Pessoal administrativo” 6,7%; os “Trabalhadores não qualificados” 5%; “Técnicos e profissões de nível intermédio” 3,4%; “Agricultores e trabalhadores da agricultura da pesca e da floresta” e “Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem” com uma percentagem de 0,8%.

Tabela 2 – Distribuição dos elementos da amostra em função da profissão de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (INE, 2011).

Grupos profissionais	n	%
Profissionais das forças armadas	0	0
Representantes do poder legislativo	0	0
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	36	30%
Técnicos e profissões de nível intermédio	4	3,4%
Pessoal administrativo	8	6,7%
Trabalhadores serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	33	27,5%
Agricultores e trabalhadores da agricultura, da pesca e da floresta	1	0,8%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	9	7,5%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0,8%
Trabalhadores não qualificados	6	5%
Estudantes	3	2,5%
Desempregadas	19	15,8%
Total	120	100%

Em relação à história obstétrica (Tabela 3) para 63,3% das mulheres é a primeira gestação, 22,5% a segunda gestação e 10% a terceira. Apenas 3,3% e 0,8% das mulheres referem ser a quarta e quinta gestação respetivamente.

Tabela 3 - Estatísticas resumo da variável número de gravidezes

Número de Gravidezes	n	%
1	76	63,3
2	27	22,5
3	12	10,0
4	4	3,3
5	1	0,8
Total	120	100,0

No que toca ao número de partos 60,8% das mulheres não tem partos anteriores, 30,8% já tiveram um parto anterior e a restante amostra, 5 % com dois partos anteriores e 3,3% com 3 partos anteriores (Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas resumo da variável número de partos

Número de Partos	n	%
0	73	60,8
1	37	30,8
2	6	5,0
3	4	3,3
Total	120	100,0

Descrevendo a variável formação académica (Tabela 5) 42,5% das participantes referem como formação o ensino secundário, seguindo-se a formação superior com 38,3% e por fim a formação igual ou inferior ao terceiro ciclo com 19,2%. Neste quadro agruparam-se as participantes com formação académica até ao terceiro ciclo pois apenas duas tinham formação até ao segundo ciclo e nenhuma com o primeiro ciclo.

Tabela 5 – Estatística resumo da variável formação académica

Formação Académica	n	%
Até ao 3.º Ciclo	23	19,2
Secundário	51	42,5
Superior	46	38,3
Total	120	100,0

Na questão onde se pretendia saber se as participantes tinham alguma doença associada à gravidez (Tabela 6), apenas uma das participantes (0,8%) respondeu afirmativamente, sendo que a grande maioria 99,2%, refere não ter qualquer doença associada à gravidez.

Tabela 6 – Estatística resumo da variável doença associada à gravidez

Doença associada à gravidez	n	%
Sim	1	0,8
Não	119	99,2
Total	120	100,0

2.4. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados processou-se todos os dias em que decorriam consultas de obstetrícia, entre os meses de maio e julho de 2013 às grávidas da Consulta Externa de Obstetrícia do Hospital Distrital da Figueira da Foz. Após consentimento informado (Apêndice II), e atendendo aos necessários cuidados éticos com o estudo, era solicitado às grávidas o preenchimento do questionário. Os questionários foram entregues pela Sra. Enfermeira especialista responsável pela consulta de enfermagem, e as únicas instruções orais foram o pedido que lessem com atenção todas as questões, o facto de não existirem respostas certas ou erradas e para que respondessem da forma que achassem corresponder com mais exatidão ao seu caso (informações também presentes na folha de rosto do questionário) e as instruções para depositarem os questionários no local adequado.

Foi facultada uma urna fechada colocada no gabinete de enfermagem onde decorriam as consultas. Os questionários eram recolhidos de duas em duas semanas, apenas pela investigadora.

2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para o Windows.

No que diz respeito à análise dos resultados, os dados referentes às variáveis de categorização da amostra são apresentados em quadros de distribuição de

frequências, complementadas, sempre que a natureza da variável o permitiu por medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Para testar as hipóteses recorreremos ao teste paramétrico de correlação de Pearson para medir o grau da correlação (e a direção dessa correlação – se positiva ou negativa) entre duas variáveis. Esta opção justifica-se pelo facto de se cumprir o pressuposto da normalidade da distribuição ($p < 0.05$) da variável dependente, verificados com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de significância de Lilliefors e pelo teste de Shapiro-Wilk (Quadro 3).

Quadro 3 - Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov*

Escala eHEALS	Kolmogorov-Smirnov*		Shapiro-Wilk	
	Estadística	p	Estadística	p
item1	0,247	0.000	0,849	0.000
item2	0,322	0.000	0,812	0.000
item3	0,344	0.000	0,802	0.000
item4	0,373	0.000	0,758	0.000
item5	0,365	0.000	0,750	0.000
item6	0,288	0.000	0,835	0.000
item7	0,307	0.000	0,833	0.000
item8	0,230	0.000	0,867	0.000
Total	0,096	0.009	0,946	0.000

*com correção de significância de Lilliefors e de Shapiro-Wilk para avaliação da aderência à normalidade da variável “Literacia em e-health” (n=120).

Para as variáveis cujo nível de medida não é intervalar, mas antes nominal ou ordinal, utilizámos o teste de análise de variância de ANOVA, sempre com o apoio do programa informático de estatística indicado.

Assumiu-se $p=0.05$ como valor crítico de significância dos resultados para todos os testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor ($p<0.05$).

2.6. PRÍNCIPIOS ÉTICOS

Para se realizar um estudo de investigação é importante ter em consideração os princípios éticos e deontológicos inerentes, a fim de evitar danos aos direitos e liberdade dos indivíduos que nele participam (Fortin, 2009).

Os cinco direitos fundamentais aplicados aos seres humanos: o direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, direito a um tratamento justo e leal, estão de acordo com os códigos de ética, e não devem ser descorados em nenhum momento da investigação.

Nesta investigação, assegurou-se:

- A participação voluntária e o consentimento informado.
- A não coerção. Após a entrega do questionário os participantes podiam simplesmente responder em branco ou não responder.
- O anonimato. Em nenhum momento foi pedida a identificação da pessoa, a não ser no pedido de consentimento informado livre e esclarecido. Os questionários ficaram guardados numa urna no gabinete de enfermagem da consulta externa de obstetrícia do HFFF, que foram recolhidos periodicamente pela investigadora. Apenas a investigadora e os orientadores deste estudo tiveram acesso a estes dados. Após a apresentação e defesa da dissertação todos estes dados serão destruídos.
- Que não se desencadeassem danos físicos ou psicológicos para os participantes. O único potencial dado foi o tempo despendido pelas participantes para o preenchimento do questionário. O único benefício para as participantes foi o facto de estarem a participar num estudo de cariz científico que permite aumentar o conhecimento esta área.

- Que o instrumento para a recolha de dados fosse de carácter confidencial e os dados recolhidos não fossem utilizados para outros fins ou analisados por outros que não o investigador.

No sentido de ser facultada a autorização para a realização do estudo, foi elaborado um pedido por escrito ao Senhor Presidente do Conselho de Administração do HDFF e entregue pessoalmente à secretária do senhor presidente (Apêndice III), no qual foram mencionados os objetivos do estudo de investigação e o projeto de forma resumida tendo sido a autorização concedida prontamente através de *e-mail* (Anexo II).

Apesar de o questionário não englobar dados que possam levar à identificação dos participantes, mesmo assim foram guardados tendo em atenção iguais cuidados.

A todas as participantes foi explicado, por escrito numa folha anexa ao questionário (Apêndice IV), o intuito do estudo e explicitadas estas mesmas garantias de confidencialidade e, sobretudo, reforçado o seu pleno direito em não participar sem qualquer tipo de consequência.

Neste estudo foi elaborado um projeto que foi avaliado pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde -Enfermagem (UICISA -E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com parecer favorável que permitiu a realização deste estudo, pois cumpre os princípios éticos essenciais à realização de um trabalho de cariz científico envolvendo seres humanos (Anexo III).

No final do estudo, pretende-se facultar os resultados obtidos ao serviço de consulta externa de obstetrícia do HDFF no sentido de poderem ser úteis na melhoria dos cuidados prestados a esta população.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Seguidamente apresentam-se os dados obtidos e os resultados relativos às análises estatísticas realizadas. Neste capítulo far-se-á apenas a descrição dos dados, ficando a interpretação e análise dos dados para o capítulo seguinte da discussão.

Neste sentido, tendo em conta que todas as participantes referem ter acesso à *internet*, relativamente à frequência com que a utilizam, 31,7% utilizam-na várias vezes ao dia, 25% utilizam a *internet* quase todos os dias, 19,2% recorrem a *internet* uma a duas vezes por dia, 13,3% duas a três vezes por semana, 6,7% quatro a cinco vezes por mês e apenas 4,2% recorrem a *internet* somente uma vez por mês (Tabela 7).

Tabela 7 – Resultados descritivos sobre a frequência de utilização da *internet*

Frequência de utilização da <i>internet</i>	n	%
Várias vezes ao dia	38	31,7
1 a 2 vezes dia	23	19,2
Quase todos os dias	30	25,0
2 a 3 vezes semana	16	13,3
4 a 5 vezes mês	8	6,7
1 vez por mês	5	4,2
Total	120	100,0

No que diz respeito à frequência de recurso à *internet* após engravidarem, verifica-se que 68,3% refere que após ter conhecimento da gravidez não aumentou o recurso à *internet*, sendo que 21,7% referem que “sim” e 10% refere que “talvez” (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultados descritivos sobre a questão “recorre mais à *internet* desde que engravidou?”

Recorre mais à <i>internet</i> depois da gravidez?	n	%
Sim	26	21,7
Não	82	68,3
Talvez	12	10,0
Total	120	100,0

No que diz respeito ao recurso à *internet* para esclarecer dúvidas sobre a gravidez, 75% das grávidas respondem de forma afirmativa, 15% referem que “não” e apenas 10% referem que “talvez” (Tabela 9).

Tabela 9 – Resultados descritivos sobre a questão “recorre à *internet* para esclarecer dúvidas sobre a gravidez?”

Recorre à <i>internet</i> para esclarecer dúvidas sobre a gravidez?	n	%
Sim	90	75,0
Não	18	15,0
Talvez	12	10,0
Total	120	100

No que concerne à questão relativa a confiança que as participantes depositam na informação fornecida pela *internet* quando pesquisam assuntos sobre a gravidez, 47,5% das participantes confia pouco, 34,2% confia muito, 13,3% confia quase totalmente, 4,2% confia totalmente e somente 0,8% não confia (Tabela 10).

Tabela 10 – Resultados descritivos sobre a questão “confia na informação fornecida pela *internet* quando pesquisa assuntos sobre a sua gravidez?”

Confia na informação fornecida pela <i>Internet</i> quando pesquisa assuntos sobre a sua gravidez?	n	%
Não Confio	1	0,8
Confio Pouco	57	47,5
Confio muito	41	34,2
Confio quase totalmente	16	13,3
Confio totalmente	5	4,2
Total	120	100

Quando questionadas se utilizariam, caso existisse, um *site* com informações credíveis sobre a gravidez, 81,7% das grávidas referem que o utilizariam, 15,8% referem que talvez o utilizassem e apenas 2,5% referem que não o utilizariam (Tabela 11).

Tabela 11 – Resultados descritivos sobre a utilização de um *site* com informações credíveis sobre a gravidez

Utilização de um <i>site</i> com informações credíveis sobre a gravidez	n	%
Sim	98	81,7
Não	3	2,5
Talvez	19	15,8
Total	120	100

Uma outra questão foi colocada no sentido de saber a quem/ao que as grávidas recorrem quando querem saber mais acerca da sua gravidez/parto/puerpério. Dos grupos definidos são os médicos ($\bar{x}=3,94$; $s=0,99$) a quem as grávidas mais recorrem, seguindo-se os enfermeiros ($\bar{x}=3,24$; $s=1,12$) e os outros familiares ($\bar{x}=3,13$; $s=1,03$).

A televisão é o que menos recorrem ($\bar{x}=2,26$; $s=1,02$), seguindo-se as outras grávidas ($\bar{x}=2,736$; $s=1,02$) e as revistas/panfletos/livros ($\bar{x}=2,92$; $s=1,08$) (Quadro 4).

Quadro 4 – Estatística resumo da questão sobre de quem a grávida recorre para saber mais acerca da sua gravidez/parto/puerpério

A quem recorre saber mais acerca da sua gravidez/parto/puerpério	\bar{x}	M	s	Min.	máx.
Enfermeiro/a	3,24	3	1,12	1	5
Médico/a	3,94	4	0,99	1	5
Familiar	3,13	3	1,03	1	5
Outras grávidas	2,73	3	1,02	1	5
Revistas/panfletos/livros	2,92	3	1,08	1	5
Televisão	2,26	2	1,02	1	5

Nota: denominação dos itens da escala de *likert* utilizada nesta questão: 1- não recorro; 2- recorro pouco; 3- recorro por vezes; 4- recorro frequentemente; 5- recorro sempre

No que diz respeito à utilidade da *internet* para tomar decisões sobre a saúde a moda encontrada foi 4, o que significa que o valor mais vezes referenciado diz respeito ao útil, assim como também foi esta a moda encontrada na questão seguinte quando questionados acerca da importância de ter acesso aos recursos disponíveis sobre saúde na *internet* (Quadro 5).

Verifica-se ainda que tanto para a utilidade da *internet* como para a importância da *internet* as médias das respostas (entre 1 e 5) são superiores a 3, para a utilidade a média é 3,25 e para a importância a média é 3,90.

Quadro 5 – Resultados descritivos sobre a utilidade da *internet* para tomar decisões em saúde e a importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na *internet*

	\bar{x}	M	s	min.	máx.
Utilidade da <i>internet</i> para tomar decisões em saúde	3,25	4	0,96	1	5
Importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na <i>internet</i>	3,90	4	0,75	1	5

Nota: denominação dos itens da escala de *likert* utilizada nesta questão: 1- totalmente inútil; 2- inútil; 3- não tenho a certeza; 4- útil; 5- muito útil

De seguida apresentam-se os resultados de acordo com os objectivos estipulados, por forma a dar resposta às questões e hipóteses em investigação.

Objetivo 1 – Conhecer o nível de literacia em *e-health* das grávidas que recorrem às consultas externas do Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Descrevendo a escala *eHEALS* propriamente dita (Quadro 6) a média dos 8 itens está compreendida entre 3,25, correspondentes ao item 8 “Sinto-me confiante ao usar informações da *internet* na tomada de decisão sobre saúde” e 3,73 correspondente ao item 4 “Sei como usar a *internet* para responder às minhas perguntas sobre saúde”.

A moda encontrada foi 4, para todos os itens, com exceção do item 1 “Sei quais são as páginas sobre saúde disponíveis na *internet*” e item 8 “Sinto-me confiante ao usar informações da *internet* na tomada de decisão sobre saúde” como uma moda de 3.

Verifica-se também que as médias de todos os itens são superiores à pontuação intermédia. A média é maior no item 4 “Sei como usar a *internet* para responder às minhas perguntas sobre saúde” ($\bar{x}=3,73$, $s= 0,69$), seguindo-se o item 5 “ Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na *internet* para meu benefício” ($\bar{x}=3,72$, $s= 0,70$), depois o item 3 “Sei como encontrar páginas úteis sobre saúde na *internet*” (

$\bar{x}=3,69$, $s= 0,74$) e por fim o item 7 “Consigo distinguir entre as páginas de elevada qualidade e as de baixa qualidade sobre saúde na *internet*” ($\bar{x}=3,63$, $s= 0,76$).

O item que tem uma média menor, ou que possui uma menor sobrecarga é o item 8 “Sinto-me confiante ao usar informações da *internet* na tomada de decisões sobre saúde” ($\bar{x}=3,25$, $s= 0,84$), seguindo-se o item 1 “Sei quais são as páginas sobre saúde disponíveis na *internet*” ($\bar{x}=3,33$, $s= 0,81$), o item 6 “ Tenho as competências necessárias para avaliar as páginas sobre saúde que encontro na *internet*” ($\bar{x}=3,58$, $s= 0,74$) e o item 2 “ Sei como encontrar páginas úteis sobre saúde n *internet*”($\bar{x}=3,60$, $s= 0,81$).

Quadro 6 – Distribuição das respostas à escala *eHEALS* (média, moda, desvio padrão, máximo e mínimo) por item da escala

Escala eHEALS	\bar{x}	M	s	Min.	Máx.
Item 1	3,33	3 ^a	0,81	1	5
Item 2	3,60	4	0,81	1	5
Item 3	3,69	4	0,74	1	5
Item 4	3,73	4	0,69	1	5
Item 5	3,72	4	0,70	1	5
Item 6	3,58	4	0,74	1	5
Item 7	3,63	4	0,76	1	5
Item 8	3,25	3	0,84	1	5
Total	28,52	32,00	4,70	8	40

Verifica-se ainda que para a importância de ter acesso a recursos disponíveis na *internet* (Quadro 5) as médias das respostas (entre 1 e 5) são mais elevadas que as da escala com 3,90. Enquanto no que diz respeito à utilidade da *internet* para ajudar a tomar decisões em saúde (Quadro 5) a média é igual ao item com média mais baixa da escala, o item 8, com uma média de 3,25.

Objetivo 2 – Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (Idade; Habilitações académicas) e a literacia em *e-health* das participantes.

No que diz respeito à análise da escala *eHEALS* por primíparas e múltiparas, verifica-se que a diferença das médias da escala não é significativa, com uma média de 28,53 para as primíparas e 28,49 para as múltiparas (Quadro 7).

Quadro 7 – Divisão do total da escala *eHEALS* por primíparas e múltiparas

Grávidas		Escala <i>eHEALS</i>	
n		\bar{x}	s
Primíparas	73	28,53	4,75
Múltipara	47	28,49	4,67

Através da análise do Quadro 8, verifica-se que não existe correlação significativa (através do coeficiente da correlação de Pearson), entre as variáveis idade, semanas de gravidez, número de partos, apoio dos enfermeiros e apoio dos médicos com o total da *eHEALS*.

Quadro 8- Correlação de *Pearson* entre as variáveis idade, semanas de gravidez, número de gravidezes, número de partos, apoio de enfermeiros e apoio médico e total da *eHEALS*

		Total da <i>eHEALS</i>
Idade	<i>r</i>	-0,139
	p	0,131
Semanas de gravidez	<i>r</i>	0,083
	p	0,370
Número de Gravidezes	<i>r</i>	-0,051
	p	0,582
Número de partos	<i>r</i>	-0,083
	p	0,368
Apoio de Enfermeiros	<i>r</i>	-0,016
	p	0,863
Apoio Médico	<i>r</i>	0,063
	p	0,497

Após a leitura do Quadro 9, verifica-se que existe correlação significativa (através do coeficiente da correlação de *Pearson*), positiva e baixa ($r=-0,297$; $p<0.05$) entre a variável “Utilidade da *internet* para tomar decisões em saúde”, bem como entre a variável “Importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na *internet*” ($r=0,375$; $p<0.05$) e o nível de literacia em *e-health*. Desta forma, existe evidência estatística para afirmar que, o nível de literacia em *e-health* é maior quanto maior for a utilidade e importância dada à *internet*.

Quadro 9 - Correlação de *Pearson* das variáveis “Utilidade da *internet* para tomar decisões em saúde” e “Importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na *internet*” no nível de literacia em *e-health*

		Utilidade da <i>internet</i> para tomar decisões em saúde	Importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na <i>internet</i>
Total da eHEALS	<i>r</i>	0,297	0,375
	<i>p</i>	0,001	0,000

Comparando as diferenças relativas à variável “Nível de escolaridade” dividida em 3 grupos: grupo 1: “2º e 3º Ciclo”; grupo 2: “secundário”; e grupo 3: “superior” (ANOVA) e observando os resultados do Quadro 10, pode afirmar-se que não existe correlação entre o nível de escolaridade e o nível de literacia em *e-health*.

Quadro 10 - Resultados da comparação de médias (ANOVA) entre o nível de escolaridade e total da escala *eHEALS*.

Nível de escolaridade	\bar{x}	s	F	p
2º e 3º Ciclo	29,1	5,7	0,525	0,593
secundário	28,0	4,4		
superior	28,8	4,5		

Pela análise do Quadro 11, observa-se, através do coeficiente de correlação de *Pearson*, existe uma correlação estatisticamente significativa positiva entre o nível de literacia em *e-health* e as variáveis “família”, “outras grávidas”, “revistas/panfletos/livros” e “televisão”. O mesmo não foi encontrado com o “enfermeiro” e o “médico”. Assim, conclui-se que as grávidas que apresentam maior *score* na *eHEALS* procuram saber mais sobre a gravidez / parto / puerpério através da família, outras grávidas, revistas/panfletos/livros e televisão. Em oposição, as grávidas com menos literacia em *e-health* poderão recorrer mais aos profissionais de saúde.

Quadro 11 – Correlação entre o nível de literacia em *e-health* e a quem/ao que recorrem as grávidas para saber mais acerca da gravidez/parto/puerpério

A quem / ao que recorrem para saber mais acerca da gravidez/parto/puerpério		<i>eHEALS</i>
Enfermeiro	<i>r</i>	-0,016
	<i>p</i>	0,863
Médico	<i>r</i>	0,063
	<i>p</i>	0,497
Família	<i>r</i>	0,201
	<i>p</i>	0,027
Outras grávidas	<i>r</i>	0,206
	<i>p</i>	0,024
Revistas/Panfletos/Livros	<i>r</i>	0,230
	<i>p</i>	0,011
Televisão	<i>r</i>	0,231
	<i>p</i>	0,011

No que concerne à frequência de acesso à *internet* e o nível de literacia em *e-health* (Quadro 12), verifica-se que as 91 grávidas que acedem quase todos os dias ou todos dias à *internet* apresentam uma média superior na *eHEALS* (\bar{x} =29,14;s =3,86) relativamente às grávidas que acedem duas a três vezes por semana ou menos (\bar{x} =26,55;s=6,37), sendo essa diferença estatisticamente significativa (*t de Student*) ($t=2,072;p<0,05$).

Quadro 12 – Resultados da comparação de médias (t de Student) entre o grupo que acede quase todos os dias ou todos os dias à *internet* e o grupo que acede duas a três vezes por semana ou menos no nível de literacia em e-health.

Influência da frequência de acesso à <i>internet</i> no nível de literacia em <i>e-health</i>						
	n	\bar{x}	s	Teste <i>t-student</i>		
				t	df	p
Quase todos os dias ou todos os dias	91	29,14	3,86	2,072	34,772	0,046
Duas a três vezes por semana ou menos	29	26,55	6,37			

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Anteriormente apresentaram-se e descreveram-se os resultados obtidos. Neste capítulo pretende-se proceder à sua interpretação. A sequência da discussão irá ser feita seguindo a ordem como foram apresentados os resultados, para mais fácil visualização e compreensão.

Para a discussão dos resultados, far-se-á a confrontação dos mesmo com o quadro teórico de referência e com estudos similares realizados anteriormente, tentando interpretar os resultados obtidos de uma forma crítica, retirando as implicações para a prática de cuidados, nomeadamente no que diz respeito à área de enfermagem em saúde materna e obstetrícia.

Inicia-se a análise com a referência à elevada fidelidade da escala *eHEALS*, determinada através do cálculo da consistência interna, recorrendo ao coeficiente do Alpha de Cronbach. Assim, este estudo apresenta uma consistência interna ($\alpha=0,901$) semelhante à apresentada no estudo original ($\alpha=0,88$) de Norman e Skinner (2006), no estudo de Cruz (2013) ($\alpha =0,89$) e semelhante ao encontrado por Brandão (2012) ($\alpha=0,92$), por Mitsutake *et al* (2011) ($\alpha = 0,93$) e por Koo, Normamn e Chang (2012) na validação da versão chinesa da escala ($\alpha=0,92$). O valor do coeficiente do Alpha de Cronbach encontrado neste estudo mantém-se acima dos valores mínimos exigidos neste âmbito (0,70), pelo que a escala apresenta boa consistência interna (Bryman e Cramer, 1992).

No que diz respeito há frequência de utilização da *internet* verificou-se que mais de metade da amostra utiliza diariamente a *internet* (várias vezes ao dia 31,7% e 1 a 2 vezes por dia 19,2%) o que demonstra a importância da *internet* na vida das grávidas, sendo esta utilizada para os mais variados fins. Este resultado ficou também demonstrado no estudo de Brandão (2012).

Quando questionadas acerca da frequência com que recorrem à *internet* após ter conhecimento que estão grávidas a maioria (68,3%) refere que não, ou seja, não aumenta a frequência com que utilizam a *internet*, no entanto, 75% da amostra referiu que recorre à *internet* para esclarecer dúvidas sobre a gravidez. A

gravidez é um momento na vida da mulher onde emergem turbilhões de emoções e as dúvidas e receios vão surgindo inevitavelmente. Deste modo, está implícita a busca de informação para tentar colmatar esses mesmos receios e angústias e, como grandes consumidoras de *internet*, como já foi constatado, inconscientemente, também pesquisam assuntos relacionados com este seu novo estado (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011). O resultado obtido neste estudo vem ao encontro de Santana (2009) que num estudo elaborado pela Universidade de Aveiro entre 2003 e 2008, inserido num projeto internacional, se constatou que o principal motivo que levou as mulheres nos escalões entre os 25-34 anos e 35-44 anos a recorrer à *internet* foi a pesquisa de informação sobre a gravidez e o cuidado com as crianças.

Porém, apesar do elevado acesso à *internet* para pesquisarem assuntos relacionados com a gravidez, uma parte significativa da amostra, 47,5%, confia pouco na informação por ela oferecida. Este achado fica também reforçado, mais a frente onde se pode constatar que o item da escala *eHEALS* menos pontuado foi o item 8 referente ao sentir-se confiante ao usar informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde. Porém, 34,2% confia muito e 13,3% confia quase totalmente. Os extremos “ não confio” e “confio totalmente” são os itens que aparecem com um valor percentual mais baixo 0,8% e 4,2% respetivamente. Este achado poderá querer dizer que existe uma confiança relativa mas não absoluta em relação à informação obtida pela *internet* para pesquisar assuntos relacionados com a gravidez, e as dúvidas quanto a essas informações necessitam de ser desconstruídas e desmistificadas. Enquanto a mulher grávida não desenvolver a perícia necessária para se sentir mais confiante, os profissionais de saúde são um recurso importante para o desempenho desse novo papel (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011).

Na questão sobre a utilização de um *site* credível certificado por profissionais de saúde, 81,7% da amostra refere que o utilizaria. Isto leva a pensar que, apesar da grande utilização da *internet* e também do seu uso para pesquisar assuntos sobre saúde, as grávidas não sentem a confiança necessária pois não sabem se os *sites* são ou não credíveis. É neste âmbito que a intervenção de enfermagem deve ser emergente, no sentido de elucidar e informar durante todos os contactos com as grávidas, como por exemplo nas consultas de vigilância de gravidez ou nos cursos de preparação para o nascimento, os *sites*, os blogs, ou outros sítios da *internet* que as mesmas possam utilizar com confiança. A oferta de *websites* de informação em rede é cada vez maior e mais diversificada, no entanto é necessário saber utilizá-la corretamente e fazer a filtragem adequada do que é útil do que é inútil. A utilização de qualquer sistema, quer pelos profissionais de saúde, quer pelo cidadão comum, vai

muito mais além da sua simples disponibilização e livre acesso, implica saber como utilizá-la (Norman e Skinner, 2006).

No que diz respeito a quem a grávida mais recorre para esclarecer dúvidas sobre a gravidez, verificou-se que, apesar da grande utilização da *internet*, ainda são os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) a quem mais recorrem, indo de encontro ao exposto por Espanha (2013) que refere que não há nenhum dado que aponte para que a *internet* esteja a substituir os tradicionais canais de aprendizagem dominados pelos profissionais de saúde e pelos familiares e amigos mais próximos. Também Espanha e Fonseca (2010), vão ao encontro dos resultados apresentados neste estudo, referindo que, mesmo os utilizadores frequentes das tecnologias de comunicação e informação, mais especificamente da *internet*, não substituem por definitivo os métodos tradicionais do setor da saúde. As consultas face-a-face ainda são o elemento base do funcionamento da saúde em Portugal, sendo que a massificação da utilização das tecnologias de comunicação e informação na área da saúde passa pelos atores tradicionais do sistema nacional de saúde que terão um papel essencial na sua implementação junto dos utentes, assim que eles próprios tenham a capacidade de reconhecer o interesse e as vantagens da sua utilização. Também no estudo de Santana (2009), se verificou que o profissional de saúde ainda é visto como a fonte mais importante de informação em saúde “mas a sua importância percebida desceu 10% quer entre a população em geral quer pelos utilizadores da *internet* por razões de saúde ou doença” (Santana, 2009, p.10).

Há também que referir que o recurso à equipa de enfermagem é inferior à equipa médica e idêntica, apesar de ligeiramente maior, à família. Também no estudo de Brandão (2012) foram os médicos a quem mais os doentes recorreram (88,3%) e aos enfermeiros (20%). Este achado revela-se importante no sentido de alertar a todos os enfermeiros de saúde materna e obstetrícia que ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito à vigilância da gravidez. Estes enfermeiros têm todas as competências necessárias para fazer a vigilância de uma gravidez normal de excelência, captando por isso toda a confiança das grávidas. O que está a faltar então? Maior dinamismo, maior empreendedorismo, maior criatividade? Está então nas mãos das equipas de enfermagem mudar mentalidades, mudar atitudes e com o vasto conhecimento que possuem, rentabilizá-lo e aproveitá-lo a cem por cento sempre com o objetivo da prestação de cuidados de enfermagem da mais alta qualidade e diferenciação.

Passando à análise da escala *eHEALS* constatou-se que a média foi de 28,52, que se traduz num nível médio de literacia em *e-health*. A média encontrada foi ligeiramente superior à média do estudo de Brandão (2012) (26,29), revelando também um nível médio de literacia em *e-health*. Os itens com a média mais elevada foram o item 4 “Sei como usar a *internet* para responder às minhas perguntas sobre a saúde”, o item 5 “Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na *internet* para meu benefício” e o item 3 “Sei como encontrar páginas úteis sobre saúde na *internet*”, ou seja, as participantes sabem como encontrar páginas úteis e sabem utilizá-las para responder às suas perguntas sobre saúde e usá-las para seu benefício. Estes resultados foram também obtidos por Brandão (2012) no seu trabalho em que os itens mais pontuados foram respetivamente o item 3, o item 5 e o item 4. Apesar de por uma ordem diferente deste trabalho foram os três mais pontuados, nos dois trabalhos.

Através dos valores de dispersão registados, verificou-se que os itens com maior média (item 4 e 5) são os que mostram uma maior unanimidade nas respostas, ou seja, menores valores de dispersão. Tal facto indica que as participantes sabem utilizar a *internet* para responder às perguntas sobre saúde e usar essa informação para seu benefício.

O item menos pontuado foi o item 8 “sinto-me confiante ao usar informação da *internet* na tomada de decisões sobre a saúde”. Isto pode querer dizer que apesar de as participantes saberem como encontrar e utilizar as páginas da *internet* sobre a saúde, necessitam de maior confiança para a utilizar, necessitam de se certificar que essas páginas são credíveis. Tais resultados foram encontrados também nos estudos de Vaar *et al* (2011), Brandão (2012) e Cruz (2013).

Constatou-se também que o item 6 “Tenho as competências necessárias para avaliar as páginas sobre saúde que encontro na *internet*” apresenta uma das médias mais reduzidas, ainda que superiores aos itens 8 e 1. Tal facto mostra que as participantes percecionam alguma falta de competência para avaliar a qualidade das páginas sobre a saúde que encontram na *internet*. Este achado pode relevar-se preocupante pois pode levar a perceções erradas aquando do uso da informação colhida através da *internet* para tomar decisões em saúde. Mais uma vez se reforça a crucial importância dos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia no sentido de desmistificar alguns conceitos e validar essa informação fornecida *online*.

No entanto, em termos gerais, pode-se dizer que as participantes se sentem confortáveis na pesquisa de informação sobre saúde na *internet*, ainda que não se sintam totalmente confiantes nessa informação.

Pode inferir-se assim que, em termos gerais, as participantes sabem como usar a *internet* para esclarecer dúvidas sobre saúde e sabem utilizá-la para seu benefício, porém não se sentem totalmente competentes nem confiantes na sua utilização. Isto pode levar a crer que a utilização da *internet* faz parte da vida quotidiana das participantes, elas têm o à vontade e destreza manual suficiente para o fazerem, não obstante, existe alguma lacuna de suporte teórico que lhes permita serem mais confiantes nesse aspeto. Esse suporte poderá advir dos tradicionais meios de comunicação entre os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, e as participantes.

No que diz respeito à relação entre primíparas e múltiparas e a escala *eHEALS* verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre as primíparas (\bar{x} =28,53) e as múltiparas, apresentando uma média praticamente igual (\bar{x} =28,49), o que pode levar a constatar que independentemente de serem mães para primeira, segunda e terceira vez, existem sempre dúvidas e receios que estas gostam de ver esclarecidos, pois nenhuma gravidez é igual e vão emergindo sempre novos conhecimentos e novas diretrizes e essa pesquisa permite-as manterem-se sempre informadas.

Seguindo na análise de correlação das variáveis, observou-se que na variável idade o coeficiente de correlação de *Pearson* é negativo (ρ =-0,139) porém não é estatisticamente significativo. Assim, não se pode afirmar a correlação da idade das participantes com o seu nível de literacia em *e-health*. Norman e Skinner (2006) também não verificaram correlação da idade com a *eHEALS*. Porém Brandão (2012) e Cruz (2013) constataram nos seus estudos que quanto menor a idade maior o nível de literacia em *e-health*. Tal facto pode estar relacionado com a facilidade de aceder e compreender a *internet* das pessoas mais novas, devido ao contacto cada vez mais precoce com as tecnologias de informação e comunicação. Contudo, num estudo realizado por Stellefsom *et al* (2011) com um grupo de estudantes universitário com idades compreendidas entre os 17 e os 24 anos, concluiu que apesar de este grupo de estudantes ter acesso a uma infindável oferta de informação através da *internet*, o acesso por si só não é garantia de que estes estejam qualificados para realizar pesquisas na *internet* acerca de saúde.

Quando se correlacionou a variável “Utilidade da *internet* para tomar decisões em saúde” e a variável “Importância de ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na *internet*” com o nível de literacia em *e-health* verificou-se que o nível de literacia em *e-health* é maior quanto maior for a utilidade e importância dada à *internet*,

observando-se uma correlação estatisticamente significativa positiva (através do coeficiente de correlação de *Pearson*). Isto poderá querer dizer que as grávidas que percebem como útil e importante a *internet* para pesquisar assuntos sobre a sua saúde e gravidez, têm maior competência no acesso e maior facilidade de manuseamento da *internet* e como tal, apresentam níveis de literacia *e-health* mais elevados.

No que diz respeito à correlação entre o nível de escolaridade e a *e-health*, contrariamente aos resultados obtidos por Cruz (2013) e Brandão (2012), não existe correlação estatisticamente significativa. Nestes estudos ficou explícito que quanto maior o nível de escolaridade maior o nível de literacia em *e-health*. Santana (2009) também verificou que os inquiridos com maior escolaridade utilizam mais vezes a *internet* para pesquisas acerca de saúde/doença.

Para correlacionar a frequência de utilização da *internet* com o nível de literacia em *e-health* dividiu-se a amostra em dois grupos, um que acede quase todos os dias ou todos os dias à *internet* e um que recorre à *internet* duas a três vezes por semana ou menos. Verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa (*t de Student*) ($t=2,072$; $p<0,05$), ou seja quanto maior a frequência de utilização de acesso à *internet* maior o nível de literacia em *e-health*. Este resultado já era esperado pois ao recorrer mais à *internet*, a grávida saberá melhor utilizá-la e pesquisar em *sites* de maior confiança. Também Cruz (2013) obteve um resultado semelhante, assim como der Vaart (2011) que encontrou correlação entre os scores da *eHEALS* e a experiência na utilização da *internet*.

Da análise do quadro incluído no questionário sociodemográfico respeitante à questão a quem/ao que as participantes recorrem para saber mais sobre a gravidez constatou-se, após a análise estatística, que a quem as grávidas recorrem com maior frequência para saber mais acerca da gravidez parto e puerpério são os médicos, seguidos dos enfermeiros. No entanto, quando realizada a correlação entre os grupos referidos nesta questão (enfermeiro; medico; familiar; outras grávidas; revistas/panfletos/livros; televisão) e o nível de literacia em *e-health* constatou-se que os únicos grupos que não eram estatisticamente significativos eram exatamente os médicos e os enfermeiros. Com este dado pode constatar-se que as grávidas que apresentam maior *score* na *eHEALS*, logo um maior nível de literacia em *e-health*, não sentem tanta necessidade de recorrer aos profissionais de saúde, recorrendo mais aos familiares, outras grávidas, panfletos e televisão. Em oposição, as grávidas com menos literacia em *e-health* recorrem mais aos profissionais de saúde, pois provavelmente não

conhecem ou não são capazes de utilizar os outros recursos disponíveis, dependendo mais destes grupos profissionais.

CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados obtidos, chega o momento de tecer algumas considerações finais, realizando uma síntese dos resultados obtidos, de acordo com os objetivos delineados. Neste capítulo expõe-se as limitações do estudo e sugerem-se propostas que possam, de alguma forma contribuir para cuidados de enfermagem de excelência neste âmbito, assim como para a investigação nesta mesma área.

Após a análise e discussão dos resultados obtidos neste estudo pode concluir-se, em traços gerais, que:

- A escala *eHEALS* demonstrou que é uma medida fidedigna e válida; com bons valores de consistência interna, como também ficou demonstrado nos estudos portugueses anteriores de utilização desta escala (Brandão, 2012; Cruz, 2013);
- No que diz respeito ao nível de literacia em *e-health* médio desta amostra constatou-se que o mesmo se situa num nível intermédio da escala. As respostas das participantes foram homogéneas e medianas em termos de perceção de competência e literacia em *e-health*;
- Em termos gerais, pode-se dizer que as participantes se sentem confortáveis na pesquisa de informação sobre saúde na *internet*, ainda que não se sintam totalmente confiantes nessa informação;
- As grávidas estão predispostas a utilizar um *site* credível onde possam pesquisar assuntos acerca da sua gravidez/parto/puerpério;
- Verificou-se também que para a amostra estudada a *Internet* é percebida como útil e importante;
- Não há diferença estatisticamente significativa entre as primíparas e múltiparas e o nível de literacia em *e-health*.
- Não há diferença estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade, a idade e o nível de literacia em *e-health*;
- Existe correlação estatisticamente significativa e positiva entre a importância e a utilidade percebida da *internet* e a literacia em *e-health*;
- As participantes que utilizam a *internet* com maior regularidade têm maior literacia em *e-health*;

- As grávidas com maior nível de literacia em *e-health* recorrerem mais aos familiares, às outras grávidas, aos panfletos e à televisão para esclarecerem dúvidas sobre a gravidez, parto e puerpério.

Apesar dos resultados obtidos existem algumas limitações ao estudo e se o mesmo fosse desenhado hoje, alguns conceitos teriam sido reestruturados e adicionados. Uma delas foi a não realização de um grupo de controlo com pessoas não grávidas para se poder fazer uma comparação enriquecendo o teor do estudo. A amostra foi considerável, contudo poderia ter sido ainda maior. Terminou-se a colheita de dados quando a amostra atingiu as 120 participantes, por uma questão de gestão de tempo que começava a esgotar-se e também porque já havia dificuldade em encontrar novas participantes. O facto de as participantes serem de uma área geográfica restrita e circunscrita também pode ser considerado uma limitação. A amostra foi seleccionada por conveniência, com a participação voluntária, dependente da sua disponibilidade e vontade. Porém, a não opção por um método de amostragem aleatório também constituiu uma limitação ao estudo. Um outro ponto que também poderia ter sido explorado e que teria enriquecido o estudo, era a aplicação em simultâneo da *eHEALS* e de uma escala de literacia em saúde já validada, podendo assim dar-se mais um contributo na validação da *eHEALS* para a população portuguesa.

Além das sugestões decorrentes das próprias limitações supracitadas, para um trabalho futuro sugere-se a realização de um estudo comparativo entre grávidas e puérperas para verificar se existem diferenças significativas.

Sugere-se ainda a aposta em ações de formação para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em saúde materna, que promovam a inovação e a criação de novos meios de interação, nomeadamente, através da *internet*, com os pares e sobretudo com as grávidas e comunidade. Ficou expresso neste estudo que as grávidas recorrem com frequência à *internet* para pesquisar assuntos relacionados com a gravidez e como tal, os profissionais têm que fazer da *internet* um aliado, para chegar mais facilmente junto das mesmas. Seria também muito interessante e benéfico a construção de *sites* de fácil acesso e de fácil compreensão ou blogs de conversação onde um enfermeiro estivesse disponível para esclarecer as dúvidas das grávidas de uma forma fidedigna e totalmente segura. Neste estudo 81,7% das participantes referiu que utilizaria um *site* credível desenvolvido por profissionais de saúde. Este pode ser um caminho efetivo e viável para unificar e fortalecer a relação entre o profissional de saúde e a grávida tendo

como fio condutor as tecnologias de informação e comunicação, neste caso concreto a *internet*.

Deste modo, é importante que os profissionais de saúde, os gestores e políticos da área da saúde tomem consciência que a *e-health* pode desempenhar um papel importante em questão da rentabilização dos recursos existentes, devendo-se investir na sua articulação com os cuidados de saúde tradicionais, de modo a obter um acesso à saúde mais equitativo entre toda a população, obtendo assim ganhos efetivos em saúde. Para que tal aconteça será também necessário, conhecer o nível de literacia em *e-health* dos enfermeiros e dos médicos nas mais diversas especialidades de intervenção, ficando assim como sugestão para investigações futuras.

Nesta investigação ficou explícito que, de facto, a *internet* é uma tecnologia emergente e que assume uma importância cada vez mais significativa na vida das pessoas, concretamente das grávidas. O estudo do seu nível de literacia em *e-health* revelou-se de grande utilidade pois permite saber com maior precisão a sua competência para pesquisar e utilizar os conteúdos pesquisados em benefício da sua saúde. Cabe agora às equipas de enfermagem rentabilizar e utilizar estes dados de forma a atingir a excelência de cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREASSEN, H., [et al] - **European citizens' use of *E-health* services: A study of seven countries.** *BMC Public Health* [em linha]. 7:53 (2007) [Consult. 18 Fev. 2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-53.pdf>>.

AKERKAR, S. M., e L. S. BICHILE - “**Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age**”, *Postgrad Med* [em linha] 50:120-122 (2004) [consult 18 Fev. 2013] Disponível em <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2004/50/2/120/8252>.

ÁVILA, P. – **Os contextos da Literacia: percursos de vida, aprendizagem de competências chave dos adultos pouco escolarizados.** (2008) *Sociologia*, 17/18, p.307-337

BENITO, G.; LICHESKI, A. - **Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde.** *Revista Brasileira de Enfermagem* [em linha]. (2009). [Consult. 15 Maio. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300018&lang=pt>.

BERGER, E. – **Telemedicine: Has Its Time Come?** *Annals of Emergency Medicine* [em linha]. 56:5 (2010) 15-17. [Consult. 5 Jan. 2013]. Disponível em: <URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272873&user=5838510&pii=S0196064410015349&check=y&origin=&coverDate=30-Nov-2010&view=c&wchp=dGLzVIV-zSkWb&md5=f2bd66e28b25c894a93f97b5d80778af/1-s2.0-S0196064410015349-main.pdf>.

BEWICK, B. [et al] - **The feasibility and effectiveness of a web-based personalized feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: A randomized control trial.** *Addictive Behaviors* [em linha]. 33 (2008) 1192-1198. [Consult. 5 Jan. 2012]. Disponível em:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271863&user=5838510&pii=S0306460308001299&check=y&origin=&coverDate=30-Sep-2008>.

2008&view=c&wchp=dGLbVIV-zSkzV&md5=27c0f2bc246d8bd7abd9b99ada0502b0/1-s2.0-S0306460308001299-main.pdf>.

BRANDÃO, D. **Literacia em saúde: A *internet* como recurso**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária. (2012) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

BRYMAN, A., & CRAMER, D. **Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS**. Oeiras: Editora Celta. (1992)

CAMERINI, L.; SCHULZ P.; NAKAMOTO, K. - **Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation**. *Patient Education and Counseling* [em linha]. (2012). [Consult. 2 Maio. 2013]. Disponível em WWW:URL:<http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2812%2900333-3>.

CAVACO, A.; SANTOS, A. – **Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde**. *Rer. Saúde Pública* [em linha] (2012) 918-22 [consult. a 12 março 2013] disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n5/19.pdf>

COLLSTE, G., - “**The *Internet* doctor and medical ethics Ethical implications of the introduction of the *Internet* into medical encounters**”, *Med Health Care Philos.* [em linha] (2002) 5(2):121-5.[consult. 12 março 2013]disponível em (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12168987&dopt=Abstract).

COLMAN, L.; COLMAN, A. **Gravidez: A experiência Psicológica**. Lisboa: Edições Colibri, 1994. ISBN 972-8047-78-9.

CRUZ, D. **Literacia em eHealth dos Portugueses: Estudo exploratório**. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.(2013) Universidade da Beira Interior. Covilhã

DEDDING, C.[*et al*] - **How will *e-health* affect patient participation in the clinic? A review of *e-health* studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients**. *Social Science &*

Medicine [em linha]. 72 (2011) 49-53. [Consult. 6 junho. 2013]. Disponível em: <URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271821&_user=5838510&_pii=S0277953610007537&_check=y&_origin=&_coverDate=31-Jan-2011&view=c&wchp=dGLbVBA-zSkzS&md5=9cf9822404eeb62fc3e0cf824d9fa36a/1-s2.0-S0277953610007537-main.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS] – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Lisboa: Ministério da Saúde. [em linha] (2012) [consult 12 abril 2013] disponível em WWW:<URL: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>>

ESPAÑA, R. – **Informação em saúde**. [em linha] (2013) [consult 26 março 2013]. Disponível em <https://ffms.pt/upload/docs/74d04835-2751-433e-a758-abbb228c5777.pdf>

ESPAÑA, R; FONSECA, R. – **Tecnologias de Informação e Comunicação- Plano Nacional de saúde 2011-2016**. Observatório português de sistemas de saúde. [em linha] (2010) [consult. 25 maio 2013]. Disponível em <http://www.observaport.org/taxonomy/term/50>

EYSENBACH, G. – **What is e-health?** *Journal of Medical Internet Research* [em linha]. 3:2 (2001). [Consult. 7 junho. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>>.

FERGUSON T, KELLY B: **E-patients prefer egroups to doctors for 10 of 12 aspects of health care**. The Ferguson Report (1999). [consult. 18 junho 2013] Disponível em <http://www.fergusonreport.com/articles/fr039905.htm>

FORTIN, M; CÔTÉ, J.; FILION, F. – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodicta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FURTADO, C., PEREIRA, J. - **Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde [em linha]. (2010). [Consult. 6 junho. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/EA1.pdf>>.

GAGNON, M.[*et al*]- **An integrated strategy of knowledge application for optimal e-health implementation: A multi-method study protocol**. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [em linha]. 8:17 (2008). [Consult .7 junho 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2390530/pdf/1472-6947-8-17.pdf>>.

GILMOUR, J. - **Reducing disparities in the access and use of Internet health information. A discussion paper.** *International Journal of Nursing Studies* [em linha]. 44 (2007) 1270-1278. [Consult. 5 Jan. 2012]. Disponível em: URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271253&_user=5838510&_pii=S002074890600160X&_check=y&_origin=article&_zone=relatedPdfPopUp&_coverDate=2007-09-30&piiSuggestedFrom=S0277953610007537&wchp=dGLbVlt-zSkzV&md5=57c7d03d1bfcc84668526ad75d001119/1-s2.0-S002074890600160X-main.pdf

GRAÇA, L.M. – **Medicina Materno-fetal.** 4ª ed. Lisboa. Lidel.2010. ISBN:97-972-757-654-8.

GRAÇA, L; FIGUEIREDO M^a; CARREIRA, M – Contributos da intervenção da enfermeira de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade – **Rev Referência** III série nº 4, julho 2011 p. 27-35

GOMES, M. [et al] - **Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: comparações diacrónicas e internacionais** - *IV Congresso Português de Sociologia* [em linha]. (2012). [Consult. 22 Maio. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462de53172c7d_1.PDF

GUIMARÃES, M., SILVA, C. e ANTUNES, M. - **Monitoramento de informação como estratégia de e-health: um estudo prospetivo.** *TEXTOS de la CiberSociedad* [em linha]. 16 (2008). [Consult. 16 Fev. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=216>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [INE] - **Classificação portuguesa das profissões 2010.** [em linha] (2011) [consult 3 set 2013] Disponível em http://portal.iefp.pt/portal/page?_pageid=177,139188&_dad=gov_portal_iefp&_schema=GOV_PORTAL_IEFP&id=4

KOHAN,S.;GHASEMI,S.;DODANGEH,M. - **Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy Outcome.** *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn* [em linha] (2007); vol 12, No 4 [consult. 24 maio 2013] disponível em <http://www.ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/viewFile/31/31>

KOO, M., NORMAN, C., CHANG, H. - **Psychometric Evaluation of a Chinese Version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) in School Age Children.**

International Electronic Journal of Health Education [em linha]. (2012). [Consult. 3 Set. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=EJ970361&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=EJ970361>.

LIMA, D [et al]. **Sistema de informação em saúde: conceções e perspetivas dos enfermeiros sobre o prontuário eletrónico do paciente.** *Rev. Enf. Ref.* (2011), vol.serIII, n.5, pp. 113-119. ISSN 0874-0283

LOPES,P.C. – **Literacia (s) e literacia mediática.**- CIES e-working Paper nº 110 (2011) ISSN 1647-0893

MARTINS, M. **Mitos e crenças na gravidez: sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga.**Lisboa: Edições Colibri. 2007

MEA, V. - **What is e-Health (2): The death of telemedicine?** *Journal of Medical Internet Research* [em linha] 3:2 (2001). [Consult. 16 maio. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761900/>>.

MESQUITA, A. C. - **Empowerment na doença crónica: o associativismo na insuficiência renal crónica.** *Revista Portuguesa de Enfermagem.* Amadora. n.º 3. (Jul. /Ago. /Set. 2005) p. 39-45.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde: um valor para todos.** [Em linha].(2009) [Consult. 1março. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii>>.

MITCHELL, S., SADIKOVA, E., JACK, B., PAASCHE-ORLOW, M. [et al]. - **Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization.** *J Health Commun* [em linha]. (2012). [consult. 22 maio. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=historysearch&querykey=6>>.

MITSUTAKE, S., [et al]. - **Developing Japanese version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS).** *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* (2011). [Consult. 22 maio. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21905612>>.

MOJOYINOLA, J.K – **Influence of maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo, State, Nigeria.** African Research Review [em linha](2011) vol.5(3) [consult 22 maio 2013]. Disponível em <http://www.ajol.info/index.php/afrrrev/article/view/67336>

MOREIRA, P., PESTANA, S. – **Saúde Web 2.0 E Comunicação Em Saúde: A Participação Em Comunidades Virtuais Em Portugal** - Revista de Comunicación y Salud[em linha](2012) . Vol.2, nº 2, pp.47-62 [Consult. Em Janeiro de 2013] Disponível em
URL:[http://www.revistadecomunicacionysalud.\(org/index.php/rcys/rt/printerFriendly/32/45](http://www.revistadecomunicacionysalud.(org/index.php/rcys/rt/printerFriendly/32/45)

MURRAY, E., [et al]. **Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study.** *Implementation Science: [em linha]. (2011). [Consult. 10 Out.2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21244714>>.*

NORMAN, C., SKINNER, H. - **eHEALS: The eHealth Literacy Scale.** *J Med Internet Res.* (2006) [Consult. 12 Jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17213046>>.

PESTANA, M. H., & GAGEIRO, J. N.. **Análise de dados para as Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS.** (2003). (3.^a ed.) Lisboa: Edições Sílabo.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011-16. [Em linha].Lisboa: Direcção Geral Saúde, 2011. [Consult. 24 Out. 2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>>.

SANTANA, S.– **Tendências na utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal 2005-2007.** *Ata Médica Port* 22(1) [em linha] (2009) 5-14 [consult. 5 abril 2013] disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1689>

SANTOS, I.- **Eampoderamento das grávidas durante a vigilância da gravidez.** *Repositório do Instituto politécnico de Viseu.* [em linha] (2012) [consult 02 julho 2013] disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1492>

SAÚDE, Organização Mundial da – **Financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a cobertura universal** [em linha]. Geneva: OMS, 2010. [Consult. 26 junho. 2013]. Disponível em: <URL:<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>.

SAÚDE, Organização Mundial da - **Rede ePORTUGUÊSe** [em linha]. Geneva: OMS, 2010. [Consult. 26 junho 2013]. Disponível em: <URL:http://www.who.int/eportuguese/eportuguese_website.pdf>

SCHULZ, P.; NAKAMOTO, K. - **Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins.** *Patient Educ Couns* [em linha]. (2012). [Consult. 20 maio 2013]. Disponível em WWW:<URI:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&cmd=historysearch&querykey=4>>.

SILVEIRA, C. S; FERREIRA, M. M. – **Auto-conceito da Grávida – Factores Associados.** *Millenium* p. 53 - 67. n.º 40 [Em linha]. (2011) [Consult. 12 Março. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/5.pdf>>.

STELLFSON, M.[*et al*] **eHealth Literacy Among College Students: A Systematic Review With Implications for eHealth Education.** Department of Health and Kinesiology, Texas, United States. [em linha] (2011) [consult 20 set 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278088>

VAART, R., [*et al*]. **Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) Measure What it Intends to Measure? Validation of a Dutch Version of the eHEALS in Two Adult Populations.** *Journal of Medical Internet Research* [em linha] (2011). [Consult. 5 de Setembro de 2013] Disponível em URL: <http://www.jmir.org>

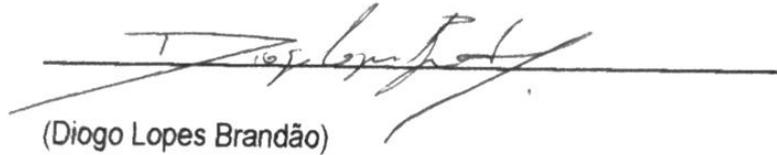
ANEXOS

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA VALIDADA E TRADUZIDA
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA**

Autorização

Eu, Diogo Brandão, autorizo a aplicação da escala eHEALS validada e traduzida para a língua portuguesa no meu trabalho de investigação, pela investigadora Sara Ferreira, após ter conhecimento do teor do estudo.

Coimbra, 20 de março de 2013



(Diogo Lopes Brandão)

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO HDFS

Data: 7 de Maio de 2013 à 11:34

Assunto: Pedido de autorização para aplicação do formulário às utentes do Serviço de Consulta Externa de Obstétrica

Para: "sararebolaferreira@gmail.com" <sararebolaferreira@gmail.com>

Cc: Anabela Martins Moreira Salgado Serra <anabela@hdfigueira.min-saude.pt>, Joaquim José Branco da Rocha <brancodarocha@hdfigueira.min-saude.pt>, Maria Benvinda da Cruz Rodrigues <benvinda.cruz@hdfigueira.min-saude.pt>

Exma. Senhora,

Encarrega-me o Professor Doutor Adriano Rodrigues, Presidente do Conselho de Administração do HDFF, EPE de informar V/Exa. que o pedido apresentado para a aplicação do formulário às utentes do Serviço de Consulta Externa de Obstétrica, está autorizado.

Deverá articular todo o processo com a Enfermeira Benvinda Rodrigues da Consulta Externa e com o Dr. Branco da Rocha, Responsável do Serviço de Ginecologia/ Obstétrica.

Atentamente,

Ana Maria Rodrigues

Secretariado do Conselho de Administração

Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

Gala

3094 - 001 Figueira da Foz

Telf.: 233 40 20 51 - 233 40 21 58

Fax: 233 43 12 68

E-mail: hdff@hdfigueira.min-saude.pt

**ANEXO III- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA-E DA ESCOLA
SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)

Parecer N° 153-04/2013

Título do Projeto:

Literacia na gravidez: utilização da internet como fonte de informação

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Sara Raquel Rebola Ferreira

Filiação Institucional: ESENFC e CHUC

Investigador Responsável/orientador: Prof Doutor Rogério Rodrigues.

Relator(es): Margarida Vieira

Parecer

Considerando:

- que este estudo pretende compreender, através da aplicação da escala e-HEALS, traduzida e validada para português num outro trabalho de investigação, o nível de literacia em e-health das mulheres grávidas. Isto é, pretende-se saber como é utilizada a internet por parte das grávidas e se esta poderá ser vantajosa para o esclarecimento de dúvidas e busca de mais informação.
- que serão também colhidos dados sobre variáveis socio-demográficas.
- tratar-se de um estudo observacional, transversal, do tipo descritivo-correlacional;
- que a amostra será constituída por grávidas em qualquer fase da gravidez, que recorram às consultas de vigilância de gravidez do Hospital Distrital da Figueira da Foz – Consulta Externa de Vigilância da Gravidez, que saibam ler/escrever;
- que é garantido o anonimato e a confidencialidade, não sendo solicitados dados identificadores; os questionários serão entregues em envelope fechado e destruídos após a inserção de dados na base de dados;
- que está previsto obtenção do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos envolvidos.
- que o projeto não prevê riscos ou custos, para além do tempo de preenchimento do questionário, nem benefícios diretos para os sujeitos envolvidos.
- que já foi obtida resposta ao pedido de autorização institucional.

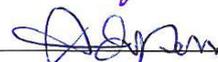
Parecer:

Nada a opor à realização do estudo na perspetiva ética.

O relator: _____



Data: 15 / 05 / 2013 O Presidente da Comissão de Ética: _____



APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Gostaria de saber qual a sua opinião e experiência sobre a utilização da *internet* para obter informação sobre a gravidez/parto e puerpério.

Assinale, por favor, com um X a opção correta e os restantes dados solicitados.

Obrigado pela sua colaboração!

1- Idade _____ anos

2- Estado civil

Solteira	Casada/União de facto	Separada/divorciada	Viúva

3- Formação escolar:

1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Superior

4- Profissão _____

5- Semanas de gravidez _____

6- Nº de gravidezes _____

7- Nº de partos _____

8- Tem alguma doença associada à gravidez?

Sim		Não	

Se _____ sim,
qual/quais? _____

9- Tem acesso à *internet*?

Sim		Não	

10- Qual a periodicidade com que acede à *internet* (assinale com X a opção correta):

Várias vezes por dia		2 a 3 vezes por semana	
1 a 2 vezes por dia		4 a 5 vezes por mês	
Quase todos os dias		1 vez por mês	

11- No seu entender, recorre mais à *internet* desde que engravidou?

Sim		Não		Talvez	
-----	--	-----	--	--------	--

12- Recorre à *internet* para esclarecer dúvidas sobre a gravidez?

Sim		Não		Talvez	
-----	--	-----	--	--------	--

13- Confia na informação fornecida pela *Internet* quando pesquisa assuntos sobre a sua gravidez?

1-Não Confio	2-Confio pouco	3-Confio muito	4-Confio quase totalmente	5- Confio totalmente

14- Se tivesse conhecimento de uma página da *internet* que reunisse informação sobre a gravidez/parto/puerpério, que fosse simples de entender e certificada por profissionais de saúde, poderia vir a utilizá-la?

Sim		Não		Talvez	
-----	--	-----	--	--------	--

15- Dos grupos abaixo indicados, assinale por favor, qual a frequência com que recorre aos mesmos para saber mais acerca da sua gravidez/parto/puerpério.

	1-Não recorro	2-Recorro pouco	3-Recorro por vezes	4-Recorro frequentemente	5-Recorro sempre
Enfermeiro/a					
Médico/a					
Familiar					
Outras grávidas					
Revistas/panfletos/livros					
Televisão					

Escala eHEALS

Para cada afirmação refira qual a resposta que melhor reflete a sua opinião e experiência neste momento. Por favor assinale com um “X”.

1-Até que ponto sente que a *internet* é útil para o ajudar a tomar decisões sobre a sua vida?

1-Totalmente inútil	2-Inútil	3-Não tenho a certeza	4-Útil	5- Muito útil

2- De que forma considera ser importante ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na *internet*?

1-Nada importante	2-Não é importante	3-Não tenho a certeza	4-Importante	5- Muito importante

3-Escala de literacia em eHealth (eHEALS)

		Discordo Totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1	Sei quais as páginas sobre saúde disponíveis na <i>internet</i> .					
2	Sei onde encontrar páginas úteis sobre saúde na <i>internet</i> .					
3	Sei como encontrar páginas úteis sobre saúde na <i>internet</i> .					
4	Sei como usar a <i>internet</i> para responder às minhas perguntas sobre saúde.					
5	Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na <i>internet</i> para meu benefício.					
6	Tenho as competências necessárias para avaliar as páginas sobre saúde que					

	encontro na <i>internet</i>.					
7	Consigo distinguir entre as páginas de elevada qualidade e as de baixa qualidade sobre saúde na <i>internet</i>.					
8	Sinto-me confiante ao usar informação da <i>internet</i> na tomada de decisões sobre saúde.					

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu _____ (nome em letra maiúscula),
_____, abaixo-assinado,

concordo em participar voluntariamente num estudo da autoria de Sara Raquel Rebola Ferreira, cujo tema é Literacia na gravidez: utilização da *internet* como fonte de informação”, cujos objetivos principais são: conhecer os níveis de literacia em e-health das mulheres grávidas e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em e-health.

A minha participação consiste no preenchimento de um formulário constituído por duas partes, a primeira relativa a questões de caracterização sociodemográfica e a segunda composta pela escala e-HEALS.

Estou ciente de que terei:

1. A garantia de receber esclarecimento em qualquer momento que julgar necessário, antes e durante a minha participação no estudo;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem nenhuma consequência ou penalidade para mim;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o carácter de anonimato das informações prestadas;
4. Assegurado que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinar-se-ão à apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter académico;
5. Os resultados do estudo estarão disponíveis para mim por meio das divulgações científicas e diretamente através da investigadora.

Assim, declaro que recebi toda a informação necessária, estou esclarecida e aceito participar voluntariamente no estudo.

Data: ___ / ___ / ____

(Assinatura da participante)

Forma de contacto com a investigadora (para envio de uma cópia do presente documento e/ou comunicação dos resultados):

E-mail: sararebolaferreira@gmail.com / sarinharrf@hotmail.com

Telemóvel: 915237119

APÊNDICE III - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO HDFS

Ex.º Sr. Presidente do
Conselho de Administração do
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE.

Assunto: Pedido de autorização para aplicação do formulário às utentes do Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia.

Sara Raquel Rebola Ferreira, enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a recolha de dados no serviço de Consulta Externa de Obstetrícia, no período compreendido entre maio e setembro do ano 2013, às utentes do referido serviço que aceitem participar no estudo.

Este formulário é parte integrante da dissertação de mestrado que pretendo desenvolver com título provisório de “Literacia na gravidez: utilização da *internet* como fonte de informação” sob orientação do Professor Doutor Rogério Rodrigues.

Os objetivos principais do trabalho são:

- Conhecer os níveis de literacia em e-health das mulheres grávidas;
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em e-health.

Garanto o anonimato das participantes a confidencialidade dos dados recolhidos, pois em nenhuma parte do questionário é pedida a identificação da utente que voluntariamente se dispuser a colaborar no estudo, assim como se respeitará a sua privacidade, pois utilizaremos o auto-relato como método de abordagem.

Em anexo encontra-se o instrumento de recolha de dados.

Antecipadamente grata pela sua colaboração e disponibilidade, despeço-me atenciosamente e coloco-me ao seu inteiro dispor para qualquer esclarecimento adicional que necessite.

Pede deferimento,

Coimbra, 15 de abril de 2013

Sara Raquel Rebola Ferreira

(Sara Raquel Rebola Ferreira)

Telemóvel: 915237119

e-mail: sararebolaferreira@gmail.com

APÊNDICE IV – INFORMAÇÃO DA INVESTIGADORA

INFORMAÇÃO DA INVESTIGADORA

Chamo-me Sara Raquel Rebola Ferreira, sou enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e aluna do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Encontro-me a desenvolver a minha dissertação de mestrado com o estudo sobre a utilização da *internet* como fonte de informação durante a gravidez e gostaria da sua colaboração, preenchendo o formulário em anexo. Este encontra-se dividido em duas partes: a primeira contempla questões relacionadas consigo e com a sua gravidez; e a segunda contempla uma escala que avalia o nível de literacia em e-health (*eHEALS*) ou seja, na informação existente na *internet* acerca de saúde.

Desde já me comprometo com a total confidencialidade dos seus dados, sendo apenas utilizados para a elaboração do trabalho e posteriormente destruídos quando concluído e discutido o relatório final. A qualquer momento pode desistir da sua participação no estudo.

Este trabalho tem como título: “Literacia na gravidez: utilização da *internet* como fonte de informação”. Os principais objetivos são: conhecer os níveis de literacia em e-health de mulheres grávidas da Consulta Externa de Obstetrícia deste hospital e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em e-health.

No verso da folha encontra-se o termo de consentimento livre e informado que gostaria que lesse com atenção e, caso concorde e aceite participar no estudo, o assine.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Com os melhores cumprimentos.



(Sara Raquel Rebola Ferreira)