

ICCL2022

# 21<sup>st</sup> CENTURY LITERACIES

2<sup>nd</sup> International Congress

07-08 JULY 2022  
Polytechnic of Santarém

## BOOK OF PROCEEDINGS

Título: 2nd International Congress on 21st Century Literacies: Book of Proceedings

**Editores literários**

Ana Loureiro | Instituto Politécnico de Santarém

Dina Rocha | Instituto Politécnico de Santarém

Inês Messias | Instituto Politécnico de Santarém

Nuno Ricardo Oliveira | Instituto Politécnico de Santarém

Rui Lopes | Instituto Politécnico de Santarém

Edição - IPSantarém

ISBN: 978-989-53919-3-6

Data: 10 agosto 2023

# Diástase dos retos abdominais e relação com a prática de Atividade Física – Estudo Observacional

## Literacia em Saúde da Mulher

Pereira, S.C.<sup>1\*</sup>, Costa, M.J.<sup>1</sup>, Mesquita, C.<sup>2,3</sup>, Lopes, S.<sup>2,3,4</sup> and Santos, P.C.<sup>2,3,5\*</sup>

<sup>1</sup>Clinical Practice, Portugal.

<sup>2</sup>School of Health, Polytechnic of Porto, Portugal (ESS|PPorto).

<sup>3</sup>Center for Research in Rehabilitation (CIR), School of Health, Polytechnic of Porto, Portugal.

<sup>4</sup>Departamento de Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica, Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Tâmega e Sousa, Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN), Portugal.

<sup>5</sup>Research Centre in Physical Activity, Health and Leisure (CIAFEL), Faculty of Sport, University of Porto, Portugal and Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health (ITR), Porto, University of Porto, Portugal.

\*Corresponding Authors: [10190021@ess.ipp.pt](mailto:10190021@ess.ipp.pt) and [paulaclara@ess.ipp.pt](mailto:paulaclara@ess.ipp.pt)

---

### ABSTRACT

**Background:** A positive correlation has been presented between health literacy and physical activity which assume a central focus in public health issues as well as several benefits, namely for abdominal diastases.

**Objectives:** Determine the levels of Health Literacy related to Abdominal Diastasis in 18 to 65 years old Portuguese Women, residing in Portugal; verify the relationship between the domains of Literacy and the characteristics of the sample; and analyse the influence of Health Literacy on compliance with the WHO recommendations for the practice of Physical Activity. **Methods:** This is an observational, analytic, and transversal study, where the non-probabilistic sample, by convenience, is composed by 318 participants. For the collection of data, we used two digital self-fill questionnaires (QNLDR e o IPAQ-short-version).

**Results:** The health literacy presents hit rates between 50%-75% (Sufficient). In addition, they also indicate that functional and interactive literacy appear to be the domains with the lower rates 25%-50% (Problematic). Whereas critical literacy points out to Excellent hit rates (75%-100%). Finally, the results show the absence of correlation between health literacy and the fulfilment of WHO recommendations as far as physical activity is concerned ( $p>0,005$ ). Moreover, the analysis of the sample demonstrates the existence of sedentary behaviour and high levels of noncompliance of WHO recommendations (approximately 30%). **Conclusion:** There is a lack of knowledge as far as interactive and functional literacy are concerned, under the premise in study. High levels of noncompliance of WHO recommendations are noted. Finds show that physical activity is not influenced by health literacy.

### KEYWORDS

Health Literacy; Diastasis recti abdominis; Physical Activity; Women's Health; Physical Therapy.

---

## 1. INTRODUÇÃO

O conceito *LifeCourse Health Development* (LCHD), refere o desenvolvimento da saúde como um processo dinâmico que começa antes da concepção e continua ao longo do ciclo de vida (Halfon, Neal; ForrestChristopher B.; Lerner, Richard M.; Faustman, 2018). Este conceito apresenta enormes implicações sobre a forma como a saúde de cada indivíduo é considerada, sobre a formação e treino dos profissionais de saúde e a forma como os sistemas e políticas de saúde são desenvolvidos para responder às necessidades populacionais e individuais de cada um. Permite ainda definir estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde (Kuh & Hardy, 2009).

A par deste conceito, tem vindo a ser demonstrada uma forte interação entre a literacia, nível de educação e saúde, ao longo de todo o desenvolvimento do ciclo de vida (Peres, Rodrigues, & Silva, 2021). Deste modo, a Literacia em Saúde (LS) assume-se como um conceito de interesse crescente dando ênfase à responsabilização dos cidadãos quanto à saúde e cuidados de saúde (Gonçalves, 2015).

A OMS define LS, como um conjunto de competências cognitivas e sociais, nomeadamente o conhecimento, a motivação e a competência dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões da vida quotidiana em relação aos cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o desenvolvimento do ciclo de vida (WHO, 2013; Saúde, 2021). Deste modo, a LS promove a autonomia e o *empowerment* do cliente no controlo da sua saúde e determina a forma como os sistemas de saúde são utilizados, além de melhorar significativamente o acesso à informação em saúde e o seu uso efetivo (Sørensen et al., 2013).

A LS apresenta três domínios: a Literacia Funcional (LF), que consiste no conhecimento fisiopatológico, conhecimento de conceitos em saúde e sistemas de saúde; Literacia Interativa (LI) que consiste na procura, extração e interpretação de informações em saúde; e a Literacia Crítica (LC) que visa a modificação/adaptação de comportamentos em saúde, em função da melhor qualidade de vida, através de uma avaliação e pensamento crítico das informações existentes (Saúde, 2021; WHO, 2013).

Porém, ainda se verificam baixos níveis de LS, essencialmente junto das populações mais idosas, baixo nível educacional e baixos recursos financeiros (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015).

Segundo um estudo realizado por Pedro, Amaral, & Escoval, (2016), com o objetivo de diagnosticar os níveis de LS na população portuguesa verificou-se que cerca de 61% da população apresenta “um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado”. No estudo de Alves, Morais, Barreiras, Cruz, & Lima, (2018), também se verificou um nível de literacia limitado, em 67% nos homens de 65% nas mulheres, não existindo diferenças significativas entre géneros. Este baixo nível de LS associa-se a uma menor capacidade dos indivíduos em gerir a sua saúde/doença de forma apropriada e eficaz, promovendo piores condições de saúde, um maior número de internamentos e uma utilização mais frequente dos serviços de urgência, em vez de prevalecerem os serviços de prevenção da doença e promoção da saúde, acarretando desta forma mais custos para o Sistema Nacional de Saúde (Pedro et al., 2016).

No que concerne à LS da mulher e conhecimento da Diástase do músculo reto abdominal (DRA) é importante contextualizar em termos anatômicos e biomecânicos. A parede abdominal ântero-lateral, apresenta uma configuração laminar formada por quatro músculos interligados entre si com fibras orientadas na vertical (reto abdominal), horizontal (transverso abdominal) e obliquamente (oblíquos internos e externos), apresentando anexos esqueléticos na caixa torácica, pélvis e coluna vertebral pela fáscia toracolombar (P. G. F. da Mota, Pascoal, Carita, & Bø, 2015). As aponevroses desses músculos formam a bainha do reto abdominal ao longo da linha média anterior do abdómen, formando uma estrutura fibrosa que permite ligar o lado direito ao lado esquerdo da parede abdominal, a qual se denomina linha alba e se estende desde o apófise xifoide até à sínfise púbica (Litos, 2014). Esta linha alba, rica em fibras de colagénio, faz aumentar a resistência do músculo reto abdominal, no entanto, quando esta fica sujeita a um stress mecânico contínuo e progressivo no tempo, como é o caso da gravidez ou da obesidade pode levar a modificações no diâmetro torácico e abdominal fazendo com que a linha alba sofra alterações como o aumento do seu comprimento e largura (Benjamin, Frawley, Shields, van de Water, & Taylor, 2019). O core abdominal é crucial para manutenção da postura corporal, movimento e estabilidade do tronco e pélvis, respiração e suporte visceral abdominal (Kamel & Yousif, 2017; P. Mota, Pascoal, Carita, & Kari, 2015).

A DRA é definida como a separação do músculo reto abdominal em qualquer lugar ao longo da linha alba, como resultado do alargamento da mesma (P. G. F. da Mota et al., 2015).

Os principais fatores de risco da DRA são, a idade, nomeadamente o envelhecimento, a gravidez, multiparidade, IMC pré e pós Gravidez, pontuação de hipermobilidade de Beighton's, peso do bebé ao nascer, baixos níveis de Atividade Física (AF) antes, durante e após a gravidez, o IMC em mulheres não grávidas, o sedentarismo, baixos níveis de AF, a obesidade, a diabetes Mellitus e desportos que realizem treino abdominal com cargas excessivamente elevadas promovendo uma grande hipertrofia abdominal e stress mecânico sobre a linha alba (P. G. F. da Mota et al., 2015).

A DRA é mais prevalente entre a população feminina, uma vez que estas poderão vivenciar em alguma fase do ciclo de vida o processo biológico e fisiológico da gravidez. A gravidez, é um dos principais fatores associados ao aparecimento de DRA, pois trata-se de um período onde ocorrem inúmeras alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que sucedem de forma progressiva ao longo de todo o sistema corporal (Lalingkar, Gosavi, Jagtap, & Yadav, 2019), alterando de forma significativa a integridade dos tecidos da parede abdominal e o controlo motor da articulação pélvica, que influencia, por sua vez, a mobilidade funcional (Bø, Stuge, & Hilde, 2019).

A DRA de origem gravídica pode surgir quer durante o período gestacional (30%-70%), ou no período pós-parto (35%-60%) (Mahalakshmi, Sumathi, Chitra, & Ramamoorthy, 2016). Surge geralmente no início no terceiro trimestre, atingindo o pico máximo imediatamente após o nascimento, com uma prevalência de 63% até 92 horas após o parto, 50%-60% até 6 semanas após o parto e 39%-45% até 6 meses após o parto (Lalingkar et al., 2019).

Normalmente após o parto, a DRA pode resolver-se naturalmente dentro de 1 a 8 semanas, tendo em conta que a diminuição do útero ocorre num período de 14 dias, que os músculos abdominais levam 6 semanas ou mais a voltar ao estado pré-gestacional e 6 meses para voltarem ao seu estado de força máxima (Matloch, Opala-Berdzik, Stanula, Cizek, & Kucio, 2019). Contudo, em

algumas mulheres, essa resolução espontânea pode não ocorrer. Nestas situações é importante a realização de um programa de intervenção, de forma a evitar as instabilidades do tronco e pélvis que podem levar a défices funcionais, nomeadamente na realização das AVD's (León, S. C., Cuña-Carrera, I. Da, González, C. A. de la H., & Soto-González, 2019).

Dado que não se trata de uma situação dolorosa, passa muitas vezes despercebida pelas utentes, bem como pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não é avaliada nem intervencionada (León, S. C., Cuña-Carrera, I. Da, González, C. A. de la H., & Soto-González, 2019). Na maioria das situações, quando as mulheres procuram ajuda já apresentam sintomas como instabilidade pélvica, dor lombar, desconforto no abdómen, sintomas uroginecológicos (incontinência urinária e fecal), prolapso dos órgãos pélvicos e possíveis complicações decorrentes da longa exposição à DRA (LCHD), como por exemplo hérnia abdominal (Jessen, Öberg, & Rosenberg, 2019). Concomitantemente, as mulheres com DRA apresentam menor percepção da imagem corporal, menor satisfação corporal e menor qualidade de vida (Jessen et al., 2019). Estas são situações extremamente relevantes que justificam a importância do tratamento conservador, nomeadamente através da fisioterapia (Michalska, Rokita, Wolder, Pogorzelska, & Kaczmarczyk, 2018).

Como tratamento conservador, a fisioterapia é considerada um método de tratamento capaz de diminuir a distância entre retos e conseqüentemente a DRA (Michalska et al., 2018) através de exercícios de ativação e fortalecimento do core abdominal e pélvico, exercícios aeróbicos e educação postural (Gruszczynska & Truszczynska-Baszak, 2019; Gruszczynska & Truszczynska-Baszak, 2019). Teoricamente a ativação destes grupos musculares coloca a linha alba em sobrecarga mecânica que vai promover a formação e alinhamento do colagénio, melhorando assim a sua função. Contudo, a existência de estudos que avaliem os efeitos da ativação destes grupos musculares é ainda escassa e inconsistente (Gruszczynska & Truszczynska-Baszak, 2019; Thabet & Alshehri, 2019).

Em 2020 a OMS atualizou as recomendações globais para a prática de AF e comportamento sedentário em diversas populações, nomeadamente adultos e mulheres grávidas (World Health Organization, 2020). Nesta atualização, consta também considerações adicionais de segurança para as mulheres grávidas, de entre as quais se destacam a de estarem devidamente informadas sobre sinais de risco, assim como quando devem parar ou limitar a atividade; retomar a prática AF gradual após o parto e consultar um profissional de saúde em caso de cesariana (World Health Organization, 2020).

Existem diversos estudos em que os pesquisadores desenvolvem diferentes instrumentos de avaliação que permitam medir com eficácia o nível de LS em diferentes grupos com enfoque em várias condições de saúde, por exemplo os estudos efetuados por: Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008; Matsuoka et al., 2016; Picetti et al., 2017; Plummer & Chalmers, 2017; Ramos & Vital, 2013. Na área da saúde da mulher existem alguns estudos sobre LS, contudo não se encontraram estudos que relacionem a LS materna na gravidez e questões relacionadas com a DRA.

### 1.1. Objetivo

O presente estudo tem como objetivo primordial determinar os níveis de LS (funcional, interativa e crítica) relativos à DRA; Verificar a relação existente entre os domínios de LS; Determinar a relação dos domínios de LS com as características da amostra; e determinar a relação entre a LS - conhecimentos da DRA com o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF.

## 2. MÉTODOS

Este é um estudo observacional analítico transversal no qual participaram, como população alvo, mulheres residentes em Portugal com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. A amostra foi recrutada, através de um questionário respondido via *online*, divulgado sob a forma de *link* e preenchido de forma voluntária (Plummer & Chalmers, 2017). Excluíram-se mulheres residentes no estrangeiro e que não tinham domínio da língua Portuguesa.

O cálculo do tamanho amostral foi efetuado através do programa de cálculo *Raosoft*. Através do site PORDATA foi possível aceder ao número de mulheres residentes em Portugal, no ano de 2011, que pertenciam aos grupos etários dos 18 aos 65 anos. Feita a introdução dos dados e com base num intervalo de confiança de 95% e a margem de erro de 5,50%, foi recomendado uma amostra igual ou superior a 318 participantes.

### 2.5. Instrumentos de recolha de dados

Foram utilizados dois instrumentos, o Questionário de Literacia em Saúde – Conhecimento sobre a diástase abdominal (QNLDR) e o IPAQ para avaliação do nível de atividade física.

#### **Questionário: Literacia em Saúde – conhecimento sobre Diástase abdominal e a relação com a Atividade Física (QNLDR);**

O Questionário de avaliação da LS - Conhecimento sobre a DRA foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a LS sobre a DRA, nos seus diferentes domínios. São abordados os 3 domínios da literacia nomeadamente Literacia Funcional (LF), Literacia Interativa (LI) e Literacia Crítica (LC). Este questionário é composto por 35 questões, que abordam além da caracterização sociodemográfica da amostra (10 questões), uma questão de perceção da DRA e os três domínios específicos da literacia, são eles, a LF “conhecimento sobre a DRA” (11 questões), a LI “procura e avaliação de informações sobre a DRA” (6 questões) e a LC “Decisões e comportamentos sobre a DRA” (6 questões).

O preenchimento estimado do questionário é de 5-10 min.

Foi elaborado um *Score* para cotação do questionário, em que:

- Na secção LF foi atribuído 1 ponto à resposta considerada correta e/ou mais correta e 0 nas restantes opções de resposta (das 4 variáveis componentes); Feita a cotação inicial, na secção LF foi realizado o somatório de todas as variáveis componentes de cada questão, se em cada questão o somatório fosse igual a 4, a resposta era considerada

totalmente correta e por isso o *Score* passaria a ser 1 (Resposta certa), se a cotação fosse inferior a 4, a resposta à questão era considerada errada e seria atribuído cotação 0 (Resposta Errada). Obteve-se então uma cotação máxima de 11 pontos no domínio da LF;

- Na secção LI foi cotado com 2 pontos a opção de resposta “Frequentemente”, 1 ponto a resposta “Às vezes” e 0 pontos a resposta “Nunca”;

Ainda no domínio da LI, na questão referente às fontes de informação, única questão do grupo com diferentes variáveis componente, cujas opções de resposta são “Sim/Não/Não sei”, a opção “Não sei” foi cotada com 0 pontos e as opções “Sim” e “Não” foram cotadas com 1 ponto cada, deste modo obtém-se uma cotação máxima de 4 pontos para esta questão específica. Considerou-se então que uma cotação nesta questão igual a 0 pontos seria classificada com 0, uma cotação entre 1 e 3 pontos seria classificada como 1 e uma cotação igual a 4 pontos seria classificada com 2.

Assim, obtém-se uma cotação máxima de 12 pontos para este domínio de literacia, em que cada questão vale no mínimo 0 e no máximo 2 pontos;

- Na secção LC foi cotado com 2 pontos a resposta “Sim”, 1 ponto a resposta “Não” e 0 pontos a resposta “Não Sei”, com exceção da questão 34 em que a opção “Sim” foi cotada com 1 ponto, a opção “Não” foi cotada com 2 pontos e a opção “Não Sei” cotada com 0 pontos, obtendo-se uma cotação máxima de 12 pontos para este domínio.

O *Score* total de Literacia foi de 35 pontos e considerou-se que uma pontuação inferior a 8,75 pontos (<25% de taxa de acerto) corresponderia a um nível de literacia “Inadequado”, entre 8,75-17,5 (25%-50% taxa de acerto) pontos corresponderia a um nível de literacia “Problemático”, um score entre 17,5-26,25 (50%-75% de taxa de acerto) pontos corresponde a um nível de literacia “Suficiente” e um score entre 26,25-35 pontos (>75% de taxa de acerto) corresponderia a um nível de literacia “Excelente”.

Para efetuar a análise entre a LS e as diferentes classes profissionais, foi necessário agrupar as diferentes profissões descritas pelas inquiridas em grupos de classes profissionais, para tal, utilizou-se a “Classificação Portuguesa de Profissões” de 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Efetuada a primeira triagem e agrupamento em classes profissionais, estas foram agrupadas em 3 grandes grupos, o grupo dos “Profissionais de Saúde”, o grupo dos ainda “Estudantes” e o grupo de todas as “Outras Classes profissionais, não relacionadas com a saúde”.

### **Questionário Internacional de AF – Versão Curta (*International Physical Activity Questionnaire, IPAQ*)**

O IPAQ foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os níveis de AF da população (IPAQ, 2005). Utilizou-se a versão curta do IPAQ (Sardinha & Campaniço, 2016) que é constituído por 9 questões relativas a três tipos específicos de atividades: caminhadas, atividades de intensidade moderada e as atividades de intensidade vigorosa. Desta forma, o score final do IPAQ – versão curta obtém-

se através da soma da duração (min) e da frequência (dias) destes três tipos de atividades (Mahboubi Anarjan, Monfared, Arslan, Kazak, & Bikas, 2005).

O questionário permite categorizar se os indivíduos detêm um nível de AF baixo, moderado ou elevado ou, pode ainda ser calculado o nível de AF através da estimativa de gasto energético em cada atividade (conversão das atividades em MET's-minuto) (Mahboubi Anarjan et al., 2005). A versão curta do IPAQ para a versão portuguesa apresenta uma boa fiabilidade com uma correlação de *Spearman* de 0,77; a validade apresenta concordância moderada de 0,30 (IC 95% = 0,23–0,36) na relação entre o IPAQ com os acelerómetros (Mahboubi Anarjan et al., 2005).

## **2.6. Procedimentos de recolha de dados**

Para obter e recolher os dados necessários para a realização deste estudo, foi elaborado, com base na literatura existente, um questionário (o QNLDR), que permitiu caracterizar a amostra e avaliar o nível de LS sobre a DRA. Este questionário, desenvolvido pela equipa de investigação, foi sujeito a um processo de validação de conteúdo prévio.

Os dois questionários, o QNLDR e o IPAQ foram divulgados/distribuídos, em conjunto, via *online*, sob a forma de *link*, de preenchimento anónimo, com consentimento informado incorporado. O período de recolha de dados, decorreu entre dia 18 de junho de 2021 e 10 de agosto de 2021, tendo-se obtido um total de 325 respostas para estudo.

## **2.7. Questões éticas**

No início do questionário consta uma breve introdução com a explicação do objetivo do estudo de investigação e, de seguida, foi apresentado um Termo de Consentimento Informado. A garantia do anonimato e confidencialidade dos dados relativos aos participantes foi assegurado através da ocultação da identificação.

Todos os dados foram encriptados de forma que só os investigadores tivessem acesso, num computador não ligado à rede. Sendo os dados passíveis de ser publicados em revistas da especialidade. Após a elaboração da dissertação e publicação do artigo os dados serão eliminados de forma permanente.

Este estudo está ao abrigo do pedido de autorização da Comissão de Ética da ESS-IPP com o número CE0060B.

## **2.8. Estatística**

Para a análise de dados foi utilizada estatística descritiva com recurso ao software *Statistic Package Social Science 27* (SPSS 27), IBM Company, USA.

As variáveis em estudo foram: a LF, LI e LC, Score total da AF (IPAQ) e respetivos scores secundários: caminhada/*Walking*, atividade moderada/*Moderate* e atividade vigorosa/*Vigorous* e a variável grupos etários todas elas variáveis quantitativas; foram ainda analisadas as variáveis habilitações académicas, variável classe profissional e a variável gravidez, variáveis qualitativas.

A fim de analisar a relação existente entre duas variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de correlação Rho de *Spearman*, para analisar a relação entre uma variável quantitativa e uma variável qualitativa foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para 3 ou mais amostras independentes (Pocinho, M.; Figueiredo, 2018).

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Caracterização da amostra

Obtiveram-se 325 respostas ao questionário, das quais 7 foram eliminadas, uma não aceitou participar no estudo e 6 não cumpriam os critérios de elegibilidade, destas 3 eram residentes no estrangeiro, uma tinha idade superior à definida como critério de participação e duas não apresentavam bom domínio da língua Portuguesa (Figura 1). Assim sendo, obteve-se uma amostra elegível para análise com 318 respostas de mulheres residentes em Portugal com uma média de idades de  $30,5 \pm 9,35$  anos.

Como podemos verificar na Tabela 1, aproximadamente 93% das participantes são de nacionalidade Portuguesa e geograficamente, a maioria 71% residem na região Norte.

A maioria (74%) frequenta/frequentou o ensino superior. Sensivelmente 45% da amostra é constituída por profissionais de saúde, 18% são ainda estudantes, sendo que as restantes se distribuem por variadas outras classes profissionais. Relativamente a características antropométricas, as participantes deste estudo apresentam um IMC médio de  $23,5 \pm 4,75$  Kg/m<sup>2</sup>; cerca de 68% das inquiridas apresentam um IMC normal, 19% têm excesso de peso e as restantes participantes distribuem-se entre a obesidade e o subpeso. Das 318 inquiridas, aproximadamente 61% nunca estiveram grávidas e 37% já vivenciaram pelo menos uma gravidez. Sendo que, apenas 29% das mulheres está satisfeita com a imagem corporal (Tabela 1).

Figura 1 - Diagrama de seleção e constituição da amostra em estudo

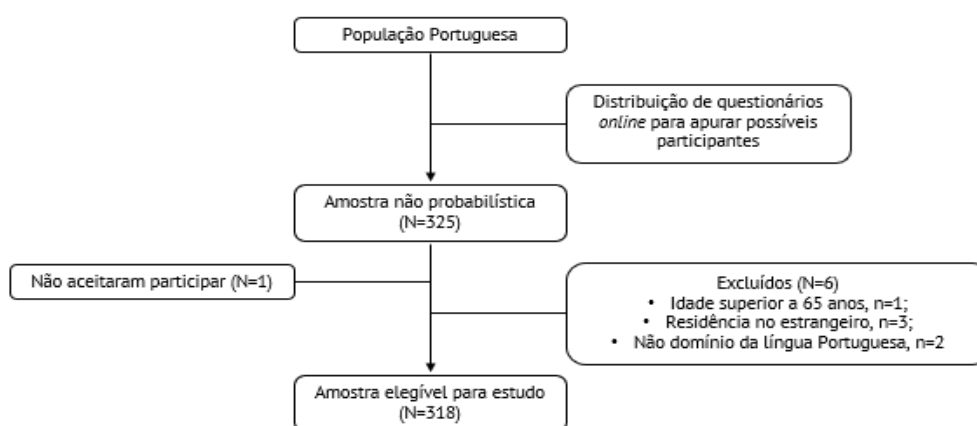


Tabela 1 - Caracterização da amostra relativamente às variáveis demográficas, antropométricas e obstétricas (n=318)

Tabela de Caracterização Amostra				
Caraterísticas	Variável		n	Percentagem
Demográficas	Nacionalidade	Portuguesa	294	92,5%
		Brasileira	21	6,6%
		Outra Nacionalidade	3	0,9%
	Regiões	Norte	226	71,2%
		Centro e Sul	60	18,8%
		Lisboa	29	9,1%
		Ilhas	3	0,9%
	Grupos Etários (anos)	18-25	144	44,3%
		26-35	84	26,4%
		36-45	65	20,4%
		46-55	5	1,6%
		56-65	20	6,3%
	Habilitações Académicas	Ensino Básico	8	2,5%
		Ensino Secundário	76	23,9%
		Ensino Superior	234	73,6%
	Classes Profissionais	Profissionais de Saúde	144	45,3%
		Outras classes profissionais, não ligadas à saúde	117	36,8%
		Estudantes	57	17,9%
	Antropométricas	IMC	Baixo Peso	15
Peso Normal			216	67,9%
Excesso de Peso			60	18,9%
Obesidade			27	8,5%
Tabela de Caracterização Amostra (Cont.)				
Obstétricas	Gravidez	Neste momento	7	2,2%
		Nunca	194	61,0%
		Pelo menos uma	117	36,8%
	Satisfação com a imagem corporal	Insatisfeita	84	26,4%
		Normal	142	44,7%
		Satisfeita	92	28,9%

IMC: Índice de Massa Corporal.

### 3.2. Domínios da literacia em saúde

Globalmente, constatou-se que o *Score* Total de Literacia apresentou um valor médio de 21,0±3,83 (média±SD) pontos, em que o valor mais baixo obtido foi de 8 pontos e o valor mais alto obtido foi de 30 pontos. Verificou-se ainda uma taxa de acerto geral média compreendida entre 50%-75%, considerada “Suficiente”. Os domínios de LS que se destacam com valores mais

baixos foram o domínio da LS Funcional e o domínio da LI em que cerca de 60% e 51% das inquiridas apresenta uma taxa de acerto compreendido dentre os 25%-50%, considerado “Problemático”, respetivamente.

*Tabela 2 - Taxas de Acerto em função dos domínios de Literacia em Saúde sobre a diástase dos retos abdominais (n=318)*

Literacia em Saúde sobre DRA	Score	Média±SD	Estratificação por Taxas de acerto				
			Inadequado (<25%) n (%)	Problemático (25%-50%) n (%)	Suficiente (50%-75%) n (%)	Excelente (75%-100%) n (%)	
Domínios	Funcional	0-11	4,4±1,85	73 (23,0%)	<b>190 (59,8%)</b>	54 (17,0%)	1 (0,3%)
	Interativa	0-12	5,2±2,30	74 (23,3%)	<b>163 (51,3%)</b>	69 (21,7%)	12 (3,8%)
	Critica	0-12	10,5±1,78	2 (0,6%)	7 (2,2%)	52 (16,4%)	<b>257 (80,8%)</b>
	LS Global	0-35	21,0±3,83	1 (0,3%)	54 (17,0%)	<b>241 (75,8%)</b>	22 (6,9%)

DRA: Diástase dos retos abdominais; SD: Standard deviation; LS: Literacia em Saúde

\*N=318.

### 3.2.1. Literacia Funcional

De um modo geral, verifica-se que a maioria das participantes, 83% apresenta um nível de LF sobre a DRA “Problemático” ou “Inadequado”.

Numa cotação de 0-11 pontos atribuídos a esta secção, o valor médio obtido pelas participantes foi de 4,4±1,85 (média±SD) pontos, sendo que a cotação mais baixa foi de 0 e a cotação mais alta obtida foi de 9, verificando-se assim uma taxa de acerto na LF DRA considerado “Problemático” (Tabela 2).

Apenas se verificam taxas de acerto mais elevadas nas questões sobre: início e/ou manutenção da atividade física; na questão relativa a praticar AF adaptada à condição de saúde e sob a orientação de um profissional; e na questão sobre a forma correta de realizar autoavaliação, todas com taxa de acerto superior a 60%. Por outro lado, das questões com taxas de erro mais elevadas, destacam-se as questões relacionadas com o conhecimento fisiopatológico sobre a DRA, as intervenções e práticas de AF mais adequadas na presença desta condição e a questão sobre o período a partir do qual se deve procurar tratamento, todas elas com taxas de erro superior a 85%.

Quando questionadas sobre “Sei o que é a DRA?”, cerca de 75% das inquiridas considera que sabe, com resposta afirmativa, no entanto, quando são questionadas sobre a definição exata de DRA, 68% das participantes não sabe definir corretamente esta condição.

### 3.2.2. Literacia Interativa

A maioria das participantes (75%) apresenta de um modo geral, nível de LI sobre a DRA “Problemático” ou “Inadequado”.

Numa cotação de 0-12 pontos atribuídos a esta secção, o valor médio obtido pelas participantes foi de  $5,2 \pm 2,30$  (média $\pm$ SD) pontos, sendo que a cotação mais baixa foi de 0 e a cotação mais alta obtida foi de 12, verificando-se por isso uma taxa de acerto na LI compreendida entre os 25%-50%, considerada “Problemática” (Tabela 2).

Percebe-se que a receção e procura ativa, frequente, de informação sobre este tema é muito reduzida, cerca de 6%. Além disso, é possível verificar que as fontes de informação frequentemente utilizadas são as pesquisas livres na internet, cerca de 60%, porém sensivelmente 51% das inquiridas admite recorrer a fontes fidedignas como a OMS, por exemplo.

Mais de metade da amostra não demonstra dificuldades em compreender e interpretar informações sobre a DRA e procura confirmar essas informações junto dos profissionais adequados, contudo, apenas 47% das participantes são capazes de avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de intervenção sobre a DRA.

### **3.2.3. Literacia Crítica**

A esmagadora maioria das participantes, 97% apresenta um nível de LC sobre a DRA “Suficiente” ou “Excelente” (Tabela 2).

Numa cotação de 0-12 pontos atribuídos a esta secção, o valor médio obtido pelas participantes foi de  $10,5 \pm 1,78$  (média $\pm$ SD) pontos sendo que a cotação mais baixa foi de 0 e a cotação mais alta obtida foi de 12, verificando-se por isso uma taxa de acerto na LC compreendida entre 75%-100%, considerado “Excelente”.

A grande maioria das participantes, considera ser capaz (>60% das participantes): de aplicar os conhecimentos que detém sobre a DRA em seu próprio benefício e seguir um plano de exercícios se este lhe fosse proposto por um profissional. Além disso, consideram que as informações obtidas através de profissionais de saúde influenciam a tomada de decisão e adaptação de comportamentos em saúde. Porém, 40% das participantes, apenas recorreriam a um Fisioterapeuta em caso de DRA, se fossem encaminhadas ou aconselhadas por um médico.

De salientar que quase a totalidade da amostra (>95%) consideram crucial a presença de um Fisioterapeuta nos cuidados de saúde primários e consideram importante que haja uma maior divulgação de conteúdo informativo acerca da DRA ao nível da comunidade.

### **3.3. Relação entre os 3 Domínios de Literacia em Saúde da Mulher – Conhecimento sobre DRA**

Ao estudar a possível relação entre os diferentes domínios de LS, apenas se encontra uma relação estatisticamente significativa entre a Literacia Funcional e a Literacia Interativa, com valor  $p < 0,001$  e coeficiente de correlação positivo de  $\rho = 0,471$ , que indica uma correlação moderada entre as variáveis analisadas. É possível afirmar que a LF influencia e é influenciada pela LI, e que ambas evoluem de forma positiva e proporcional. A Literacia Crítica não demonstra ter qualquer relação com nenhum dos restantes domínios, indicando que a tomada de decisão e adoção/adaptação de comportamentos em saúde parece ser independente do conhecimento e a procura de informação (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação entre os diferentes domínios de Literacia em Saúde (n=318)

Correlações estabelecidas	Valor P	Coefficiente de Correlação ( $\rho$ de Spearman)
SLF Vs SLI	<0,001	0,471
SLI Vs SLC	0,271	-0,062
SLC Vs SLF	0,083	-0,097

SLF: Score Literacia Funcional; SLI: Score Literacia Interativa; SLC: Score Literacia Crítica;  $\rho$ : Rho de Spearman.

### 3.4. Relação entre os Domínios de Literacia em Saúde da Mulher – Conhecimento sobre DRA e as características da amostra

Analisando os resultados da LS em função dos grupos etários, verifica-se que a faixa etária [26-35 anos] é a que apresenta um nível de LF superior, por outro lado, a faixa etária [46-55 anos] detém níveis médios de LI e LC superiores aos restantes grupos etários.

Verifica-se ainda que existe uma relação estatisticamente significativa entre a LF e a Idade, com valor  $p=0,001$  e coeficiente de correlação negativo ( $\rho=-0,185$ : correlação muito fraca), que indica que as variáveis parecem evoluiu de forma inversamente proporcional, isto é, à medida que a idade aumenta, o nível de LF tende a diminuir. Não se verifica relação entre a idade e os restantes domínios de LS, ambos com valor  $p$  superior a 0,005 (Tabela 4).

Ao estudar os valores de LS em função das Habilitações Académicas, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a LF e a LI com a variável Habilitações Académicas, com valor  $p=0,02$  e valor  $p<0,01$ , respetivamente. Verifica-se que os valores médios de LF e de LI são diferentes nos diferentes Graus Académicos e que, à medida que o grau académico aumenta, aumenta também o nível de LF e o nível de LI, sendo que o “Ensino Superior” é o grau académico com valores médios de LF, LI e LC mais elevados em comparação com os restantes. Apenas a LC parece não ter qualquer tipo de relação significativa com a variável habilitações académicas (Tabela 4).

Verifica-se que os “Profissionais de Saúde” têm valores médios de LF e LI relativos à DRA superiores aos restantes grupos. Em concordância, existe uma relação estatisticamente significativa quando estabelecemos a relação entre a LF e a LI com as diferentes classes profissionais, ambas com valor  $p<0,01$ . Assim, constata-se que profissões ligadas à área da saúde têm um maior nível de LF e de LI relativamente à DRA em comparação com as restantes classes profissionais. Verifica-se, novamente, que a LC não tem relação estatisticamente significativa com as classes profissionais (Tabela 4).

Por último, ao verificar os níveis de LS em função do fator “Gravidez”, percebemos que apenas a LF apresenta uma relação estatisticamente significativa nos diferentes grupos de mulheres (grávidas neste momento, que tenham vivenciado pelo menos uma gravidez e mulheres que nunca estiveram grávidas) com valor  $p=0,004$ . Analisando os valores médios, é possível verificar que mulheres que nunca estiveram grávidas apresentam um nível de LF médio superior ao das mulheres que estão grávidas neste momento ou que vivenciaram pelo menos uma gravidez. As restantes dimensões da Literacia, nomeadamente Interativa e Crítica não demonstram qualquer relação significativa com o fator gravidez (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre os Domínios da Literacia em Saúde da DRA e as variáveis: Grupo etário, Habilitações Académicas, Classe Profissional e Gravidez (n=318)

Variáveis	N	Domínios da Literacia em Saúde			
		Literacia Funcional Média±SD	Literacia Interativa Média±SD	Literacia Crítica Média±SD	
Grupos Etários (anos)	18-25	144	4,60±1,678	6,04±2,317	10,40±2,143
	26-35	84	<b>4,61±1,804</b>	6,56±2,235	10,65±1,313
	36-45	65	3,94±2,053	6,02±2,301	10,46±1,521
	46-55	5	4,20±0,837	<b>6,80±2,168</b>	<b>10,80±0,447</b>
	56-65	20	3,50±2,328	5,05±2,781	10,50±1,606
	Valor P	---	0,001 ( $\rho$ : -0,185)	0,735 ( $\rho$ : 0,019)	0,749 ( $\rho$ : -0,040)
Habilitações Académicas	Ensino Básico	8	1,88±1,64	2,63±2,26	9,88±1,73
	Ensino Secundário	76	4,22±1,686	5,66±2,230	10,32±2,368
	Ensino Superior	234	<b>4,53±1,851</b>	<b>6,39±2,260</b>	10,57±1,541
	Valor P	---	0,001	<0,001	0,432
Classes Profissionais	Profissionais de saúde	144	<b>5,18±1,675</b>	<b>6,89±2,139</b>	10,56±1,559
	Profissionais não relacionados com a saúde	117	3,32±1,664	5,46±2,291	<b>10,59±1,457</b>
	Estudantes	57	4,39±1,852	5,54±2,361	10,12±2,666
	Valor P	---	<0,001	<0,001	0,971
Gravidez	Neste momento	7	4,00±1,633	<b>6,29±1,799</b>	<b>11,57±1,234</b>
	Nunca	194	<b>4,66±1,797</b>	6,12±2,385	10,44±1,893
	Pelo menos uma	117	3,97±1,884	6,12±2,298	10,52±1,590
	Valor P	---	0,004	0,961	0,090

SD: Standard Deviation.

### 3.5. Relação entre os domínios de LS e a prática de Atividade Física - IPAQ

Das 318 inquiridas, apenas 164 responderam ao questionário IPAQ na sua totalidade, sendo que as restantes foram excluídas desta análise.

Verifica-se que, semanalmente, em média as participantes dedicam cerca de 3 dias por semana à prática de AF de intensidade moderada e/ou vigorosa, dependendo em média aproximadamente 220 minutos à prática em AF moderada e 156 minutos em AF vigorosa. Porém, a AF de baixa intensidade destaca-se das restantes com cerca de 265 min de atividade em sensivelmente 5 dias por semana. Além disso, 48% das participantes admite caminhar a passo moderado e/ou vigoroso (Tabela 5).

Em média, as inquiridas passam aproximadamente 262,8±188,20 minutos sentadas num dia de semana e 284,8±201,85 minutos num dia de fim de semana (Tabela 5).

Tendo em conta as recomendações da OMS de 2020 para a prática de AF e os resultados de AF moderada e vigorosa deste estudo, verifica-se que 70% das participantes cumprem a recomendação de 150-300 min (ou mais) /semana de AF de intensidade moderada ou 75-150 min

(ou mais) /semana de AF de intensidade vigorosa. Assim, pode constatar-se que aproximadamente 30% das participantes em estudo não cumprem as recomendações da OMS relativas à prática de AF de 2020, além de demonstrarem comportamentos sedentários (Tabela 6).

Ao estudar a possível relação entre o nível de LS e o cumprimento ou não cumprimento das recomendações da OMS é possível perceber que os valores médios de LF, LI e LC são muito semelhantes entre os grupos “Cumpre” ou “Não cumpre” as recomendações. Em acréscimo verifica-se, que não existe nenhuma relação estatisticamente significativa entre as variáveis, valor  $p > 0,05$ , isto indica que os níveis de LS da amostra não influenciam o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF (Tabela 6).

*Tabela 5 - Resultados IPAQ – Tempo, médio, em dias e minutos de AF; Nível de AF global e comportamentos sedentários (n=164)*

		n* (%)	Dias/Semana Média±SD	Min./Semana Média±SD
Nível de AF	Baixa	2 (1,2%)	4,8±2,09	265,3±358,17
	Moderada	110 (67,7%)	2,8±1,49	220,2±362,88
	Vigorosa	52 (31,7%)	2,5±1,40	155,5±223,89
Velocidade do passo	Lento	12 (3,8%)	---	---
	Moderado	131 (41,2%)	---	---
	Vigoroso	21 (6,6%)	---	---
Tempo sentado num dia de semana (min.)			Média±SD = 262,8±188,20	
Tempo sentado num dia de fim de semana (min.)			Média±SD = 284,8±201,85	

Min.: minutos; AF: Atividade Física; SD: standard Deviation. \*Foram excluídas 154 participantes por não responderem ao questionário IPAQ na sua totalidade.

*Tabela 6 - Relação entre a LS e o cumprimento das Recomendações da OMS para a prática de AF (n=164)*

Nível de AF e recomendações da OMS		n* (%)	Literacia Funcional Média±SD	Literacia Interativa Média±SD	Literacia Crítica Média±SD
Global	Cumpre	115 (70,1%)	4,2±1,59	7,2±2,16	10,7±1,41
	Não Cumpre	49 (29,9%)	4,1±1,48	7,1±1,87	10,6±1,43
	Valor P		0,550	0,703	0,413

AF: Atividade Física; OMS: Organização Mundial de Saúde. \*Foram excluídas 154 participantes por não responderem ao questionário IPAQ na sua totalidade.

#### 4. DISCUSSÃO

As mulheres residentes em Portugal participantes neste estudo demonstraram ter um nível de LS da mulher global considerado “Suficiente”. Analisadas as dimensões da LS separadamente, os níveis de LF e LI demonstram estar num nível considerado “Problemático”; e a LC apresenta valores considerados “Excelentes”. De salientar que do total de participantes, cerca de 75% considera que sabe o que é a DRA, porém apenas cerca de 32% sabe definir corretamente esta condição, verificando-se por isso uma falsa percepção de conhecimento das inquiridas, e uma taxa de LF e LI reduzida.

Os valores de LF são semelhantes aos encontrados por Ramos & Vital (2013), noutra condição de saúde, que verificaram que o conhecimento da população Portuguesa sobre a Afasia rondava os 26,9%, considerado “Problemático”, contudo, nas restantes dimensões a amostra do presente estudo apresenta valores superiores. Além disso, verifica-se que as principais fontes de informação utilizadas pelas inquiridas continuam a ser os *Media* (cerca de 60% no presente estudo), porém esta percentagem subiu 20% em relação ao valor obtido por Ramos & Vital (2013), que rondava os 40%. Este resultado reforça a importância dos *Media* no desenvolvimento da LS; em acréscimo, no nosso estudo foi possível verificar que aproximadamente 50% das participantes já efetuam pesquisas em fontes fidedignas (como a OMS), valor superior ao encontrado em 2013, que oscilava entre os 10%-18% em fontes de informação como livros e formações, respetivamente. Este resultado pode ser influenciado pelo facto da amostra do presente estudo ter uma elevada representatividade de profissionais da área da saúde.

Após a análise dos resultados é possível afirmar que a LF influencia e é influenciada pela busca de informação obtida através da LI, as relações entre a LC e as LF e LI apresentam uma correlação negativa mas sem significado estatístico, estes resultados são opostos aos resultados obtido por Ishikawa et al., (2008), onde se verificou uma associação de correlação positiva entre os três domínios de LS, mas com resultado estatisticamente significativo apenas na relação entre a LI com a LC. Além disso, Ishikawa et al., (2008), perceberam que a LF apresentava *Scores* superiores aos restantes domínios da LS, facto que foi justificado com a suposição teórica de que a LI e a LC envolvia conhecimentos mais avançados, no entanto esta premissa não se verifica no presente estudo, uma vez que os valores de LF foram de um modo geral consideravelmente inferiores aos de LI e LC, o que pode ser justificado pelo baixo nível de conhecimento sobre a DRA e défice de divulgação de informação específica sobre esta condição ao nível da comunidade. O facto de os valores de LC neste estudo serem consideravelmente superiores aos dos restantes domínios da LS e demonstrarem não ter relação com a maioria das variáveis em estudo, também poderá ser devido ao reduzido número de questões deste domínio no questionário (QNLDR), assim como o possível baixo grau de exigência dessas mesmas questões.

Constatou-se que à medida que a idade das participantes aumenta, o nível de LF tende a diminuir, não se verificando relação entre a idade e os restantes níveis de literacia. Contudo, é importante salientar que cerca de 91% das participantes se encontram em idade compreendida entre os 18-45 anos.

Ao estudar os níveis de LS em função do Grau Académico das inquiridas, no presente estudo, foi possível observar que quanto maior o Grau Académico, mais elevado é o nível de LF e de LI, o mesmo não se verifica em relação à LC e adoção de comportamentos em Saúde. Percebe-se por isso que indivíduos mais letrados terão maior conhecimento fisiopatológico e sobre conceitos e sistemas de saúde, assim como uma procura de informação mais ativa do que indivíduos com baixo grau académico, contudo, o grau académico não interfere com a tomada de decisão em saúde. Mulheres com grau académico mais baixo, tendem a apresentar níveis mais baixos de LS. Na mesma linha de raciocínio, verificou-se uma relação significativa entre a variável Classes Profissionais com a LF e a LI em que se conclui que participantes que desempenhem cargos ligados à área da saúde detêm um melhor *score* de LF e de LI em relação à DRA, em comparação com

outras classes profissionais. Porém, o cargo desempenhado pelas participantes, à semelhança do que se verificou na análise das Habilitações Académicas, parece não influenciar a tomada de decisão e adoção/adaptação de comportamentos em saúde. Estes fenómenos podem ser explicados pelo facto de cerca de 74% das inquiridas frequentarem/terem frequentado o Ensino Superior, apenas 26% terem frequentado somente graus inferiores; além de que, cerca de 45% da amostra é composta por profissionais de Saúde. No que às questões sociodemográficas concerne, constatou-se, à semelhança do que Ishikawa et al., (2008), verificou ao estudar os níveis de LS em utentes diabéticos, fatores como a idade avançada, grau académico baixo e status económico inferior (como é o caso, por exemplo, das classes profissionais “desempregada”, “trabalhadores não qualificados”) tendem a apresentar níveis de LS mais baixos, essencialmente nos domínios da LF e LI e por isso estarão mais predispostos a desenvolver complicações associadas à longa exposição a esta disfunção.

O fator Gravidez parece também ter influência sobre os valores de LF, verificando-se que mulheres que nunca estiveram grávidas apresentam um nível de LF sobre a DRA superior ao das mulheres que estão grávidas neste momento ou já vivenciaram pelo menos uma gravidez, contrariamente ao que seria expectável encontrar. O mesmo não se verificou em relação à LI e à LC que demonstram não ter relação significativa com a variável gravidez. De referir que, das 318 participantes, cerca de 61% nunca estiveram grávidas e cerca de 39% já vivenciaram pelo menos uma gravidez e/estão grávidas neste momento. Este fenómeno pode ser explicado por duas hipóteses: pelo facto de haver uma grande percentagem de mulheres que frequentam/frequentaram o Ensino Superior e/ou estão ligadas à área da saúde; ou pelo impacto das redes sociais na divulgação deste tipo de informação junto de mulheres mais jovens e nulíparas.

Importante salientar que apenas 40% das participantes apenas recorreriam ao Fisioterapeuta, em caso de DRA se fossem aconselhadas/encaminhadas pelo médico e que a grande maioria das inquiridas, sensivelmente 97% e 94%, consideram crucial a presença do Fisioterapeuta em cuidados de saúde primários e consideram fundamental uma maior divulgação de informação acerca da DRA ao nível da comunidade, respetivamente.

Ao estudar a relação entre o nível de LS sobre a DRA com o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF, conclui-se no presente estudo que não existe relação entre o nível de LS e o cumprimento ou não cumprimento das recomendações da OMS. Estes resultados diferem dos resultados obtidos por Plummer & Chalmers, (2017), que ao estudar a LS e a AF em mulheres que tinham completado os tratamentos do cancro da mama, perceberam que dos 3 domínios da LS, a LF demonstrou ser o único e significativo preditor da prática de AF após os tratamentos oncológicos. Garad et al., (2020), verificou na sua revisão sistemática com meta análise, que intervenções em LS que visam melhorar e potencializar o conhecimento e LF sobre o autocuidado em mulheres em período pós-parto, apresentavam aumentos significativos na perda de peso e aumento do nível de AF, sendo que nenhum outro domínio da LS demonstrou ter impacto nas variáveis por eles analisadas.

Buja et al., (2020), também encontrou na sua revisão sistemática, resultados consistentes de que existe uma associação positiva entre a LS e a AF, verificando-se que indivíduos com estilos de vida

mais ativos apresentavam maiores níveis de LS em comparação com indivíduos com estilos de vida sedentários, sugerindo que um nível adequado de LS induz uma correlação fiável e positiva com a prática regular de AF.

Tendo em conta os valores de AF desta amostra e as recomendações feitas pela World Health Organization, (2020), concluiu-se que uma percentagem elevada de participantes não cumpre essas mesmas recomendações, que sugerem que adultos entre os 18-64 anos devem praticar pelo menos 150-300 min de AF de intensidade moderada ou 75-150 min de AF vigorosa ao longo da semana, a OMS recomenda ainda a mulheres grávidas ou em pós-parto que devem praticar pelo menos 150 min de AF moderado por semana. Adicionalmente, identificaram-se comportamentos sedentários com o tempo de permanência na posição de sentado por longos períodos de tempo. Este facto pode ser explicado pelos níveis reduzidos de LF e de LI sobre a DRA e/ou pelo facto de no decorrer dos últimos 2 anos a população ter adotado um maior nível de comportamento sedentário devido aos períodos de confinamento, isolamento e distanciamento social, assim como longos períodos em Teletrabalho e/ou *Lay-Off* simplificado, provocados pelas restrições adotadas para combater a infeção pela SARS-CoV2, Covid-19.

Das limitações presentes neste estudo, destaca-se a seleção dos participantes, pelo condicionamento de acesso à internet ou a equipamentos tecnológicos para preenchimento dos questionários; e o número reduzido de questões do domínio da LC, no questionário QNLDRA.

Pode estar presente um Viés de amostragem, uma vez que a seleção da amostragem foi efetuada por conveniência de carácter voluntário, não sendo representativa da população Portuguesa e tendo em conta também que aproximadamente 50% das participantes estavam ligadas à área da saúde; Viés de participação ou resposta, tendo em conta que geralmente as pessoas que participam nos estudos e respondem aos questionários apresentam uma maior disponibilidade, maior qualidade de vida preocupam-se mais com a sua saúde e cuidam melhor desta, em comparação com as pessoas que não participam nos estudos (Botelho, Silva, & Cruz, 2010).

#### **Recomendações:**

Uma vez mais se impõe a importância em promover a LS da população para que os utentes possam tomar melhores decisões em saúde, devidamente informadas e assim possam adotar estilos de vida mais saudáveis e boas práticas da AF, reduzindo a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, como é o caso da DRA.

Recomenda-se, por isso, uma maior divulgação de informação sobre esta temática ao nível da comunidade, para combater a lacuna de conhecimento verificada, assim como alcançar os objetivos propostos.

#### **5. CONCLUSÃO**

Os resultados encontrados neste estudo, sugerem que existe uma lacuna na Literacia em Saúde, essencialmente no que diz respeito à LF e LI sobre esta condição específica, com valores

considerados problemáticos, salientado que existe uma falsa percepção de conhecimento face à DRA e o conhecimento fisiopatológico sobre esta disfunção é reduzido.

Contatou-se uma interação significativa entre a LF e a LI, que se relacionam mutuamente; e verificou-se que os fatores grupo etário, habilitações académicas, classe profissional e gravidez tendem a influenciar a LS da amostra, essencialmente a LF e a LI. O aumento da idade tende a coincidir com níveis de LF inferiores, graus académicos superiores e profissões relacionadas com a saúde induzem níveis de LF e LI mais elevados e mulheres que nunca estiveram grávidas demonstram nível de LF superior às restantes.

Conclui-se ainda, que a LS parece não influenciar o cumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF. Destaca-se ainda a presença de comportamentos sedentários com valores elevados e preocupantes e uma taxa de incumprimento das recomendações da OMS para a prática de AF elevada.

---

#### ACKNOWLEDGMENT

Um especial agradecimento a todas as participantes deste estudo, que mesmo em anonimato, contribuíram para que este estudo fosse passível de ser realizado.

#### REFERENCES

- [1] Alves, O. M. A., Morais, M. C. S., Barreiras, C. C., Cruz, M. D. J. G., & Lima, A. M. D. L. (2018). Health Literacy: The Reality of a Community in Alto Minho. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(3), 157–163. <https://doi.org/10.1159/000497073>
- [2] Benjamin, D. R., Frawley, H. C., Shields, N., van de Water, A. T. M., & Taylor, N. F. (2019). Relationship between diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM) and musculoskeletal dysfunctions, pain and quality of life: a systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 105(1), 24–34. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.07.002>
- [3] Bø, K., Stuge, B., & Hilde, G. (2019). Exercise and Sporting Activity During Pregnancy. *Exercise and Sporting Activity During Pregnancy*, 135–155. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-91032-1>
- [4] Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2010). Epidemiologia Explicada – Viéses. *Acta Urologica*, 3, 47–52. Retrieved from <http://www.apurologia.pt/acta/3-2010/epidem-expl-vieses.pdf>
- [5] Buja, A., Rabensteiner, A., Sperotto, M., Grotto, G., Bertoncetto, C., Cocchio, S., ... Baldo, V. (2020). Health Literacy and Physical Activity: A Systematic Review. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(12), 1259–1274. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0161>
- [6] Garad, R., McPhee, C., Chai, T. L., Moran, L., O'Reilly, S., & Lim, S. (2020). The Role of Health Literacy in Postpartum Weight, Diet, and Physical Activity. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2463. <https://doi.org/10.3390/jcm9082463>
- [7] Gonçalves, A. M. (2015). Literacia em Saúde e Utilização dos Serviços de Saúde. *Associação de Politécnicos Do Norte*, 92. Retrieved from <http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia em Saúde.pdf>

- [8] Gruszczyńska, D., & Truszczyńska-Baszak, A. (2019). Physiotherapy in diastasis of the rectus abdominis muscle for woman during pregnancy and postpartum – A review paper. *Rehabilitacja Medyczna*, 23(3), 31–38. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.5015>
- [9] Halfon, Neal; ForrestChristopher B.; Lerner, Richard M.; Faustman, E. M. . (2018). *Handbook of Life Course Health Development. Handbook of Life Course Health Development*. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_5)
- [10] Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874–879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- [11] Jessen, M. L., Öberg, S., & Rosenberg, J. (2019). Treatment Options for Abdominal Rectus Diastasis. *Frontiers in Surgery*, 6(November), 4–9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2019.00065>
- [12] Kamel, D. M., & Yousif, A. M. (2017). Neuromuscular Electrical Stimulation and Strength Recovery of Postnatal Diastasis Recti Abdominis Muscles. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(3), 465–474.
- [13] Kuh, D., & Hardy, R. (2009). A Life Course Approach to Women’s Health. *A Life Course Approach to Women’s Health*, 1–336. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780192632890.001.0001>
- [14] Lalingkar, R. A., Gosavi, P. M., Jagtap, V. K., & Yadav, T. S. (2019). Effect of Electrical Stimulation Followed by Exercises in Postnatal Diastasis Recti Abdominis. *International Journal of Health Sciences & Research (Www.Ijhsr.Org)*, 9(March), 88. Retrieved from [www.ijhsr.org](http://www.ijhsr.org)
- [15] León, S. C., Cuña-Carrera, I. Da, González, C. A. de la H., & Soto-González, M. (2019). Effects of an Exercise Program on Diastasis Recti in Women. *International Journal of Health Sciences and Research*, 9(10), 90–99.
- [16] Litos, K. (2014). Progressive Therapeutic Exercise Program for Successful Treatment of a Postpartum Woman With a Severe Diastasis Recti Abdominis. *Journal of Women’s Health Physical Therapy*, 38(2), 58–73. <https://doi.org/10.1097/jwh.000000000000013>
- [17] Mahalakshmi, V., Sumathi, G., Chitra, T. V., & Ramamoorthy, V. (2016). Effect of Exercise on Diastasis Recti Abdominis among the Primiparous Women: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(12), 4441–4446.
- [18] Mahboubi Anarjan, P., Monfared, H. H., Arslan, N. B., Kazak, C., & Bikas, R. (2005). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Acta Crystallographica Section E: Structure Reports Online*, 68(9), 1–15. <https://doi.org/10.1107/S1600536812034848>
- [19] Matloch, D., Opala-Berdzik, A., Stanula, A., Cizek, M., & Kucio, C. (2019). Diastasis of the rectus abdominis muscle in early postpartum women. *Rehabilitacja Medyczna*, 23(1), 11–15. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.0845>
- [20] Matsuoka, S., Kato, N., Kayane, T., Yamada, M., Koizumi, M., Ikegame, T., & Tsuchihashi-Makaya, M. (2016). Development and validation of a heart failure-specific health literacy scale. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 131–139. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000226>
- [21] Michalska, A., Rokita, W., Wolder, D., Pogorzelska, J., & Kaczmarczyk, K. (2018). Diastasis recti abdominis - A review of treatment methods. *Ginekologia Polska*, 89(2), 97–101. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0016>
- [22] Mota, P. G. F. da, Pascoal, A. G. B. A., Carita, A. I. A. D., & Bø, K. (2015). Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. *Manual Therapy*, 20(1), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.09.002>
- [23] Mota, P., Pascoal, A. G., Carita, A. I., & Kari, B. (2015). The immediate effects on inter-rectus distance of abdominal crunch and drawing-in exercises during pregnancy and the postpartum

- period. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 45(10), 781–788. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5459>
- [24] Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- [25] Peres, F., Rodrigues, K. M., & Silva, T. L. e. (2021). *Literacia em Saúde*. (Editora FIOCRUZ, Ed.), *Literacia em Saúde*. <https://doi.org/https://doi.org/10.7476/9786557081068>
- [26] Picetti, D., Foster, S., Pangle, A. K., Schrader, A., George, M., Wei, J. Y., & Azhar, G. (2017). Hydration health literacy in the elderly. *Nutrition and Healthy Aging*, 4(3), 227–237. <https://doi.org/10.3233/NHA-170026>
- [27] Plummer, L. C., & Chalmers, K. A. (2017). Health literacy and physical activity in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1478–1483. <https://doi.org/10.1002/pon.4318>
- [28] Pocinho, M.; Figueiredo, J. P. (2018). *(Bio) Estatística: teorias e exercícios passo a passo*. Pocinho, M.; Figueiredo, J.P. (1st Edição, Vol. 1). ResearchGate. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/328493301\\_Bio\\_Estatistica\\_teorias\\_e\\_exercicios\\_paso\\_a\\_paso](https://www.researchgate.net/publication/328493301_Bio_Estatistica_teorias_e_exercicios_paso_a_paso)
- [29] Ramos, C., & Vital, P. (2013). Literacia em Saúde: Conhecimento sobre afasia da população portuguesa adulta. *Actas Do 13º Colóquio de Psicologia e Educação, 2010(2000)*, 172–187.
- [30] Saúde, E. M. (2021). Para a Literacia Health Literacy Action Plan.
- [31] Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 2(Spe. 2), 33–38. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0006>
- [32] Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of HLS-EU-Q. *BMC Public Health*, 13(1), 1–10. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/948>
- [33] Thabet, A. A., & Alshehri, M. A. (2019). Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis : a randomised controlled trial, 19(1), 62–68.
- [34] WHO. (2013). *Health Literacy - The Solid Facts*. (F. A. & A. D. T. Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Ed.), © World Health Organization. © World Health Organization 2013.
- [35] World Health Organization. (2020). Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário. *World Health Organization*, 24.