

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E  
TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICICT)

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO  
EM SAÚDE (PPGICS)

*eHEALTH LITERACY* ENTRE JOVENS:

estudo exploratório sobre o papel das condições socioeconômicas no uso da informação  
sobre saúde na Internet

Nicole Fajardo Maranha Leão de Souza

Rio de Janeiro (RJ)  
2020

NICOLE FAJARDO MARANHA LEÃO DE SOUZA

*eHEALTH LITERACY* ENTRE JOVENS:

estudo exploratório sobre o papel das condições socioeconômicas no uso da informação  
sobre saúde na Internet

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Informação e Comunicação em  
Saúde (PPGICS) para obtenção do grau de  
Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto

Rio de Janeiro (RJ)  
2020

Leão de Souza, Nicole Fajardo Maranha .

*eHEALTH LITERACY ENTRE JOVENS*: estudo exploratório sobre o papel das condições socioeconômicas no uso da informação sobre saúde na Internet / Nicole Fajardo Maranha Leão de Souza. - Rio de Janeiro, 2020.  
xiii, 195 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2020.

Orientador: André de Faria Pereira Neto.

Bibliografia: f. 162-175

1. Internet e Saúde. 2. Informação on-line sobre Saúde. 3. eHealth Literacy. 4. Literacia para a Saúde. 5. Mídias Digitais. I. Título.

NICOLE FAJARDO MARANHA LEÃO DE SOUZA

***eHEALTH LITERACY* ENTRE JOVENS:  
estudo exploratório sobre o papel das condições socioeconômicas no uso da informação  
sobre saúde na Internet**

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto (orientador)

---

Prof. Dr. Igor Pinto Sacramento

---

Prof. Dr. Luís Saboga-Nunes

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Katia Lerner

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane Aparecida de Sousa Martins

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por sempre acreditar em mim mais que eu mesma. Obrigada irmão, cunhada, tios, tias, primos e primas, por todo o incentivo. Aos meus avós, Raimundo, Maria Lygia e Annette, pelo exemplo maior de retidão, amor e fé. Aos meus sobrinhos, Davi e Luísa, por arrancarem meu melhor sorriso.

À Jolie, filhota canina, melhor companhia de todos os momentos, pelo amor gratuito.

Ao meu pai, por guiar cada passo meu até aqui com seu olhar zeloso lá de cima.

Em especial à minha mãe, Myrliane, maior fã e amiga que eu poderia ter, por ser o porto seguro que sempre respeitou e apoiou incondicionalmente minhas decisões. Obrigada por ter sido chão e colo, e por providenciar o abrigo-abraço durante meus retiros acadêmicos, principalmente na reta final, em meio a uma pandemia mundial.

Aos colegas do Canal Saúde, pelo suporte e benevolência. À “chefa” Márcia Corrêa, por incentivar meu ingresso no Mestrado e por compreender e autorizar minha ausência para que eu concluísse todas as obrigações acadêmicas. Sem seu apoio não teria sido possível.

A todos os professores que em algum momento participaram do meu percurso acadêmico, desde a graduação. Aos mestres do PPGICS, pela delicadeza constante no trato e no compartilhamento dos saberes. Aos queridos Wilson Borges, Inesita Araújo e Igor Sacramento, que, além do conhecimento, repartiram afeto e amizade, alimentando o percurso desta pesquisa de diversas formas.

Aos funcionários e servidores da Gestão Acadêmica do PPGICS, pela atenção, gentileza e empenho nos atendimentos solicitados.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, por aceitarem o convite e se debruçarem sobre minha pesquisa de forma tão gentil e profissional.

À direção, coordenação, funcionários e professores dos Colégios Qi/Tijuca (Paulo Emílio, Aline, Luciana e Kellen) e Clóvis Monteiro (Thaís, Wagner e Neisy), que solicitamente me abriram as portas e acolheram minha pesquisa, oferecendo a ajuda que eu precisava. Aos alunos que se interessaram pela pesquisa e responderam ao questionário, principalmente aos que participaram dos grupos focais.

Ao meu orientador André Pereira Neto, que confiou no meu potencial mesmo antes de ser selecionada para o programa. Obrigada pela confiança e paciência em mostrar-me os melhores caminhos, desde o projeto de pesquisa até a defesa. Aos colegas do Laiss, por estarem presente nos momentos mais decisivos.

Aos vários amigos, de vida e de folia, que acompanharam meus lamentos e minhas alegrias nestes mais de dois anos de dedicação. Obrigada pelos brindes, abraços, gargalhadas, ombros, viagens e por todo o carinho.

Aos amigos da Turma do Amô, mestrandos e doutorandos, os melhores companheiros de caminhada que eu poderia desejar. À Alice, pela sororidade acadêmica e ética. Ao Lucas, melhor observador de grupo focal e de blocos de carnaval que eu poderia ter. Ao Davi, pela generosidade em “salvar” minhas análises estatísticas na reta final. Ao Rogério, amigo-mestre com o maior coração do mundo. Ao Luiz, pela parceria no apê, nas plantas e nas esbórniás. A

Ana Carolina, pelos abraços-casa, mesmo em forma de palavras. À Bia, Helen, Vanessa, Camila, Tati, Mônica, Jefferson, Glauber, Bel, Letícia, toda minha gratidão. Mais que uma turma: você foram (e são) uma rede de apoio tecida no carinho, na atenção e no companheirismo. Obrigada por me emocionarem, por me ajudarem, por me fazerem melhor. Obrigada por serem tanto. Essa vitória é nossa!

Temos que falar sobre libertar mentes tanto quanto sobre libertar a sociedade.

(Angela Davis)

## RESUMO

As mídias digitais têm alterado profundamente o modo como vivemos e nos relacionamos, inclusive na área da saúde. A grande quantidade de informação disponível demanda que os cidadãos tenham habilidades que vão além do domínio instrumental dos dispositivos tecnológicos. A *eHealth literacy* é a capacidade de encontrar, compreender e avaliar as informações de saúde disponíveis *on-line*, utilizando-as para resolver os problemas de saúde. O instrumento mais utilizado no mundo para medir essa competência é o *eHealth Literacy Scale* (*eHEALS*). O objetivo desta dissertação é analisar a influência das condições socioeconômicas na *eHealth literacy* entre jovens brasileiros. Foi realizado um estudo de caso de caráter exploratório com estudantes do Ensino Médio de duas instituições com perfis socioeconômicos diferentes. Metodologicamente, a investigação compreendeu levantamento bibliográfico, realização de grupos focais e aplicação de questionários. As informações coletadas foram analisadas à luz da abordagem hermenêutica-dialética, a partir de representações sociais sobre saúde, Internet e informação. É sugerido que a *eHealth literacy*, da forma como é medida pelo *eHEALS*, pode ser impactada pelas condições socioeconômicas na medida em que estas podem interferir na autonomia e na autoconfiança dos jovens. São apontadas questões no intuito de fomentar a expansão da produção acadêmica brasileira sobre este tema.

Palavras-chave: Internet e Saúde; Informação *on-line* sobre Saúde; eHealth Literacy; Literacia para a Saúde; Mídias Digitais; Letramento em Saúde.



## ABSTRACT

Digital media has profoundly changed the way we live and relate, including in the health area. The large amount of information available demands that citizens have skills that go beyond the instrumental domain of technological devices. eHealth literacy is the ability to find, understand and evaluate health information available online, using it to solve health problems. The worldwide most used instrument to measure this competence is The eHealth Literacy Scale (*eHEALS*). The purpose of this dissertation is to analyze the influence of socioeconomic conditions on eHealth literacy among young Brazilians. An exploratory case study was carried out with high school students from two institutions with different socioeconomic profiles. Methodologically, the investigation included bibliographic survey, realization of focus groups and application of questionnaires. The information collected was analyzed in the light of the hermeneutic-dialectic approach, based on social representations about health, the Internet and information. It is suggested that eHealth literacy, as measured by *eHEALS*, may be impacted by socioeconomic conditions as they may interfere in young people's autonomy and self-confidence. Questions are raised in order to encourage the expansion of Brazilian academic production on this topic.

Keywords: Internet and health; online health information; *eHealth Literacy*; Health Literacy; Digital Media.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Conceito composto de Alfabetização Midiática e Informacional (AMI) .....	p. 33
<b>Figura 2</b> - Modelo do lírio ( <i>lily model</i> ) da <i>eHealth literacy</i> .....	p. 39
<b>Figura 3</b> - Esquema de extração de literatura .....	p. 58
<b>Figura 4</b> - Modelo de <i>eHealth literacy</i> de Gilstad (2014) .....	p. 70
<b>Figura 5</b> - Modelo transacional de <i>eHealth literacy</i> .....	p. 81
<b>Foto 1</b> - Fachada do Colégio Estadual Prof. Clóvis Monteiro (CEPCM) .....	p. 87
<b>Foto 2</b> - Fachada do Colégio Qi (Tijuca) .....	p. 88
<b>Foto 3</b> - Sala de aula no Colégio Qi (Tijuca) .....	p. 89
<b>Foto 4</b> - Sala de aula no Colégio Estadual Prof. Clóvis Monteiro (CEPCM) .....	p. 89
<b>Figura 6</b> - Meme “Gerador de <i>Fake News</i> em Saúde” .....	p. 95
<b>Gráfico 1</b> - Tipo de conexão mais utilizada para acessar a Internet .....	p. 134
<b>Gráfico 2</b> - Dispositivos mais utilizados para acessar a Internet .....	p. 135
<b>Gráfico 3</b> - Dispositivo usado para acessar a Internet entre crianças e adolescentes brasileiros de 9 a 17 anos de idade .....	p. 136
<b>Gráfico 4</b> - Fontes mais usadas na busca de informações sobre saúde na Internet .....	p. 138
<b>Gráfico 5</b> - Fontes mais confiáveis na busca de informações sobre saúde na Internet .....	p. 139
<b>Gráfico 6</b> - Pontuações médias do <i>eHEALS</i> traduzido .....	p. 140

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - <i>The eHealth Literacy Scale (eHEALS)</i> , versão original em inglês .....	p. 41
<b>Tabela 2</b> – Indicadores socioeconômicos: Manguinhos e Tijuca .....	p.48
<b>Tabela 3</b> - Roteiro de grupo focal .....	p. 94
<b>Tabela 4</b> - Versão em português (BR) do <i>eHealth Literacy Scale (eHEALS)</i> .....	p. 98
<b>Tabela 5</b> - Categorias da análise interpretativa .....	p. 101
<b>Tabela 6</b> - Renda mensal familiar (estimativa) informada .....	p. 133
<b>Tabela 7</b> - Características habitacionais informadas pelos participantes .....	p. 133
<b>Tabela 8</b> – Pontuações médias do <i>eHEALS</i> traduzido .....	p. 140

## LISTA DE SIGLAS

AFP	<i>Agence France-Presse</i>
ALA	<i>American Library Association</i>
AMI	Alfabetização Midiática e Informacional
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPCM	Colégio Estadual Professor Clóvis Monteiro
CGI.br	Comitê Gestor da Internet no Brasil
CMC	Comunicação Mediada por Computadores
DHLI	<i>Digital Health Literacy Instrument</i>
eHEALS	<i>The eHealth Literacy Scale</i>
eHL	<i>eHealth Literacy</i>
eHLF	<i>eHealth Literacy Framework</i>
eHLQ	<i>eHealth Literacy Questionnaire</i>
eHLS	<i>electronic Health Literacy Scale</i>
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FDA	<i>United States Food &amp; Drug Administration</i>
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GF	Grupo Focal
HALS	<i>Health Activity Literacy Scale</i>
HINTS	<i>Health Information National Trends Survey</i>
HLS-EU	<i>European Health Literacy Survey</i>
HONcode	<i>Health on the Net Foundation Code of Conduct</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
ISC	Informática da Saúde do Consumidor
ITU	<i>International Telecommunication Union</i>
JMIR	<i>Journal of Medical Internet Research</i>

Laiss	Laboratório Internet, Saúde e Sociedade
LS	Literacia para a Saúde
MIL	<i>Media and Information Literacy</i>
MIT	<i>Massachusetts Institute of Technology</i>
NAAL	<i>The National Assessment of Adult Literacy</i>
NCE/USP	Núcleo de Comunicação e Educação da Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPGCI/UFRJ	Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal do Rio de Janeiro
PPGICS	Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
PPGMC/UFF	Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano da Universidade Federal Fluminense
PRE-HIT	<i>Patient Readiness to Engage in Health Internet Technology</i>
ProLiSa	Promoção da Literacia para a Saúde na lusofonia
RCALE	Registro de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
REALM	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
SHEG	<i>Stanford History Education Group</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TMC	<i>Transactional Model of Communication</i>
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
2.1	MÍDIAS DIGITAIS E JUVENTUDE .....	17
2.2	TECNOLOGIAS DIGITAIS NA SAÚDE E <i>eHEALTH</i> .....	19
2.3	O PROBLEMA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE NA INTERNET .....	24
2.4	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO PROBLEMA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO <i>ON-LINE</i> .....	27
2.5	LITERACIA ( <i>LITERACY</i> ).....	30
2.6	LITERACIA PARA A SAÚDE ( <i>HEALTH LITERACY</i> ).....	34
2.7	<i>eHEALTH LITERACY (eHL)</i> .....	37
2.8	<i>eHEALS</i> : O PRINCIPAL INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO .....	40
2.9	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	42
3	<b>QUESTÃO E OBJETIVOS</b> .....	43
3.1	QUESTÃO DE PESQUISA .....	43
3.2	OBJETIVO DA PESQUISA .....	44
3.3	OBJETO DE PESQUISA .....	45
4	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	49
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	54
5.1	LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO .....	56
5.2	REALIZAÇÃO DE GRUPOS FOCAIS .....	59
5.3	APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS .....	60
5.4	ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS .....	63
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	67
6.1	ANÁLISE DA BIBLIOGRAFIA .....	67
6.1.1	Visão geral do campo .....	67
6.1.2	Novos modelos e definições conceituais .....	70
6.1.3	Críticas ao <i>eHEALS</i> .....	72
6.1.4	Resumo dos artigos selecionados .....	75
6.1.5	<i>eHealth Literacy</i> e <i>eHEALS</i> : potencialidades e desafios.....	82
6.2	PLANEJAMENTO E PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO .....	85
6.2.1	Aspectos Éticos .....	85

6.2.2	Aproximação com o campo: momento de observação .....	86
6.2.3	Recrutamento de participantes.....	91
6.2.4	Preparação dos Grupos Focais.....	93
6.2.5	Validação do questionário .....	95
6.3	<b>ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS</b> .....	99
6.3.1	Visão geral dos Grupos Focais .....	102
6.3.2	Apresentação dos participantes .....	103
6.3.3	Representações Sociais da Saúde .....	106
6.3.4	Representações Sociais da Internet.....	114
6.3.5	Representações Sociais da Informação.....	117
6.4	<b>ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS</b> .....	130
6.4.1	Perfil etário dos participantes .....	131
6.4.2	Perfil socioeconômico dos participantes .....	132
6.4.3	Perfil de uso da Internet.....	134
6.4.4	Resultados da aplicação do <i>eHEALS</i> .....	139
6.5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	141
6.6	<b>LIMITAÇÕES</b> .....	156
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	159
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	162
	<b>APÊNDICES</b> .....	176
	<b>ANEXOS</b> .....	187

## 1 APRESENTAÇÃO

Antes de começar a falar da minha pesquisa em si, penso ser pertinente explicar aos leitores minha identidade como pesquisadora, meu investimento nesse tema e minhas intenções.

Sou bacharel em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo, formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no ano de 2007, e tecnóloga em Cinema, Televisão e Mídias Digitais, formada pela Universidade Salgado de Oliveira (Universo), em 2005. Comecei a atuar profissionalmente na área da saúde em 2006, como assessora de comunicação na ACISPES, agência de cooperação intermunicipal em saúde, localizada em Juiz de Fora (MG). Lá, pela primeira vez, tive contato com as especificidades da comunicação voltada ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2014 fui aprovada para o cargo de Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro (RJ), onde trabalho atualmente. Desde 2015, atuo como coordenadora de mobilização do Canal Saúde, canal de televisão do SUS, gerido pela Fiocruz. Uma das minhas funções é ministrar oficinas sobre Comunicação e Saúde a conselheiros, técnicos e gestores do SUS. São atividades de capacitação que abordam, entre outros temas, a apropriação crítica das informações sobre saúde recebidas pelas diversas mídias.

O trajeto da presente dissertação iniciou-se em 2018, quando fui aprovada em processo seletivo para ingressar no mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), oferecido pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fiocruz. Meu interesse ao entrar no programa era aprofundar minha formação acadêmica na área da Comunicação e Saúde e produzir conhecimentos que gerassem impactos positivos nas condições de saúde da população. Interessava-me, particularmente, entender as influências das mídias digitais e das novas formas de circulação da informação nas práticas e nos processos da comunicação no campo da Saúde Coletiva.

A popularização das *fake news* (que depois compreendi tratar-se de uma maneira popular de para se referir ao fenômeno maior da desinformação) nos debates políticos, jornalísticos e na área da saúde parecia-me algo impossível de ser ignorado pelo campo acadêmico. Por trabalhar na Fiocruz, era comum que amigos e familiares me encaminhassem conteúdos falsos ou falaciosos relacionados à saúde, questionando-me se eram verdadeiros. Eu queria entender como funcionava o entendimento crítico (ou acrítico) das pessoas sobre as mensagens midiáticas, em especial aquelas recebidas pelas redes sociais *on-line*.



Esse incômodo pessoal despertou meu interesse pela literacia como tópico de investigação. Paralelamente, meu percurso profissional e acadêmico me aproximou, de forma gradual, com o campo da educação, mais especificamente com a educação midiática.

Durante o segundo semestre de 2018, cursei a disciplina “Tecnologias da informação e da comunicação, educação a distância e formação em saúde” no Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz. Durante as aulas, foram abordados temas como: os sentidos do trabalho docente, a incorporação das tecnologias digitais aos processos educacionais, o fetichismo tecnológico e o novo paradigma educacional da economia do conhecimento. Paralelamente, cursei a disciplina *Communication, Power and Cyberspace* no Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano (PPGMC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Durante as aulas, os debates tinham como foco as complexidades do contexto da comunicação e da cultura digital (cibercultura), passando por estudos críticos sobre mídia digital. Em novembro de 2018, minha participação como ouvinte no II Congresso Internacional de Comunicação e Educação, promovido pelo Núcleo de Comunicação e Educação da Universidade de São Paulo (NCE/USP), aproximou-me das correntes teóricas e da produção acadêmica mais recente nas áreas de educação midiática e educomunicação. Em 2019, durante a disciplina “Tópicos em ética da Informação”, no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), fui apresentada aos debates em torno da competência crítica em informação (*critical information literacy*).

No amálgama entre comunicação, informação, saúde, mídias digitais e educação midiática, conheci a *eHealth literacy* e as possibilidades de investigação abertas por essa área de conhecimento. Durante as reuniões de orientação, percebi que compartilhava com meu orientador, prof. André Pereira Neto, a inquietação relacionada à desinformação sobre saúde nos meios digitais. Desses encontros, uma questão preliminar despontou: até que ponto os indivíduos têm, ou não, as habilidades críticas desejáveis ao uso e compartilhamento das informações sobre saúde disponíveis na Internet? E ainda: como as condições sociais dos cidadãos poderiam intervir nesse processo?

## 2 INTRODUÇÃO

Os níveis de conectividade estão em constante crescimento. Dados da *International Telecommunication Union* (ITU), agência das ONU especializada em tecnologias de informação e comunicação (TICs), mostram que mais da metade da população mundial está *on-line*: o número de usuários da Internet saltou de 400 milhões no ano 2000 - o equivalente a 6,5% da população mundial - para 4,1 bilhões de pessoas em 2019, ou seja, 53,6% da população mundial<sup>1</sup>.

No Brasil, 70% da população, o equivalente a 126,9 milhões de brasileiros, utiliza a Internet<sup>2</sup> (CGI.br, 2019a). O Brasil é o quarto país do mundo com maior número absoluto de usuários de Internet (UNCTAD, 2017), e também o país cujos internautas ficam conectados por mais tempo: em 2017, os usuários brasileiros do sistema operacional *Android* passaram 75 bilhões de horas em aplicativos de mídias digitais, o dobro do que nos Estados Unidos (ITU, 2018).

Desde o final do século passado, estudos vêm mostrando a importância crescente da Internet como fonte de informações específicas sobre determinados problemas (SAVOLAINEN, 1999). Ao mesmo tempo em que criam novas legitimidades discursivas e oferecem aos usuários oportunidades inéditas de acesso, escolha, produção e compartilhamento de conteúdo (CASTELLS, 2003), as mídias digitais têm alterado profundamente os modos como vivemos, como nos relacionamos e como realizamos nossas tarefas cotidianas (EYSENBACH, 2001).

### 2.1 MÍDIAS DIGITAIS E JUVENTUDE

Segundo Martino (2015, p.10), as mídias digitais também são chamadas de “novas mídias” ou “novas tecnologias”. O que as diferencia dos “meios de comunicação de massa” ou “mídias analógicas” (como televisão, rádio, cinema, jornal e revistas impressos) é que o

suporte físico praticamente desaparece, e os dados são convertidos em sequências numéricas ou de dígitos – de onde *digital* – interpretados por um processador capaz de realizar cálculos de extrema complexidade em frações de segundo, o computador. Assim, em uma mídia digital, todos os dados,

<sup>1</sup> Disponível em: <<https://itu.foleon.com/itu/measuring-digital-development/Internet-use/>>. Acesso em 14 de mar. de 2020.

<sup>2</sup> Disponível em: <[https://cetic.br/media/analises/tic\\_domicilios\\_2018\\_coletiva\\_de\\_imprensa.pdf](https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2018_coletiva_de_imprensa.pdf)>. Acesso em 14 de mar. de 2020.

sejam eles sons, imagens, letras ou qualquer outro elemento são, na verdade, sequências de números. Essa característica permite o compartilhamento, armazenamento e conversão de dados (MARTINO, 2015, p. 11, grifo do autor).

Boa parte dos usuários que usam as mídias digitais são o que Prensky (2001) chama de “nativos digitais” (*digital natives*), ou seja, jovens nascidos a partir de 1980, que dominam plenamente a linguagem digital, estão acostumados a receber imensos volumes de informação e a consumi-la de forma rápida. Esse mesmo grupo de indivíduos é chamado por outros nomes. Rowlands, Nicholas e Huntington (2007) usam “geração Google” (*Google generation*); Pereira Neto et al. (2019, p. 144) apontam outras expressões: “geração rede” (*net generation*), “geração I” (*I-generation*) e “geração Y” (*Y-generation*). Algumas definições dividem os “nativos digitais” em *millenials*, nascidos entre 1981 e 1996, e “geração Z” (*generation Z*), nascidos a partir de 1997. Apesar de terem sido criados por diferentes autores, todos esses termos têm em comum a ênfase no papel central das tecnologias digitais na vida dessas pessoas, em contraste com as gerações anteriores. Nesta dissertação, porém, optamos por “nativos digitais” por acreditar que esta seja a melhor forma de caracterizar os jovens que nasceram e cresceram rodeados pelas mídias digitais.

Uma pesquisa do *Pew Research Centre*<sup>3</sup> apontou que 92% dos adolescentes norte-americanos entre 13 e 17 anos relataram ficar *on-line* diariamente, sendo que 24% disseram estar *on-line* “quase constantemente” e 56% “várias vezes ao dia” – conectividade que foi facilitada pela ampla disponibilidade de smartphones (LENHART, 2015). No Brasil, a pesquisa *TIC Kids Online Brasil* realizada anualmente pelo Comitê Gestor da Internet<sup>4</sup> (CGI.br) afirmou que 86% das crianças e adolescentes brasileiros entre 9 e 17 anos utilizam a Internet (CGI.br, 2019b).

Alguns estudos recentes vêm buscando delinear as formas como esses indivíduos acessam e julgam a informação disponível *on-line*. Em 2016, o *Stanford History Education Group* (SHEG) da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, criou um banco de aulas e tarefas<sup>5</sup> para desenvolver e avaliar o “raciocínio cívico *on-line*” (*civic on-line reasoning*) entre

---

<sup>3</sup> O *Pew Research Center* é uma instituição norte-americana apartidária que realiza pesquisas de opinião pública, estudos demográficos, análises de conteúdo e outras investigações empíricas no intuito de apontar “problemas, atitudes e tendências que moldam a América e o mundo” (fonte: [www.pewresearch.org/about/](http://www.pewresearch.org/about/)). Segundo Pereira Neto et al. (2019) as atividades de pesquisa do *Pew Research Center* podem ser comparadas às realizadas pelo Comitê Gestor da Internet (CGI.br) no Brasil.

<sup>4</sup> O Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br) “tem a atribuição de estabelecer diretrizes estratégicas relacionadas ao uso e desenvolvimento da Internet no Brasil. (...) Também promove estudos e recomenda procedimentos para a segurança da Internet e propõe programas de pesquisa e desenvolvimento que permitam a manutenção do nível de qualidade técnica e inovação no uso da Internet” (fonte: <https://cgi.br>).

<sup>5</sup> Disponível em: <<https://cor.stanford.edu>>. Acesso em 10 de mai. de 2020.

estudantes de três níveis de ensino: *middle school* (11 a 14 anos), *high school* (14 a 18 anos) e *college/university* (18 a 24 anos). O intuito da pesquisa era avaliar “a habilidade para julgar a credibilidade da informação que inunda os smartphones, tablets e computadores dos jovens” (SHEG, 2016, p. 3, tradução nossa)<sup>6</sup>. Os resultados indicaram que os jovens participantes parecem ter dificuldades para julgar a credibilidade da informação *on-line*.

No geral, a capacidade dos jovens de raciocinar sobre as informações na Internet pode ser resumida em uma palavra: sombria. Nossos “nativos digitais” podem alternar entre o Facebook e o Twitter enquanto simultaneamente carregam uma *selfie* no Instagram e mandam mensagens de texto para um amigo. Mas quando se trata de avaliar informações que fluem através dos canais de mídia social, eles são facilmente enganados (SHEG, 2016, p. 4, tradução nossa)<sup>7</sup>.

Além da pesquisa de Stanford, outro estudo já havia sugerido que a habilidade instrumental dessa geração no uso das mídias digitais não se reflete na capacidade analítica crítica em relação às mensagens que circulam pelos meios digitais. Realizada pela *University College London* (Reino Unido) em 2007, a pesquisa apontou que as habilidades dos nativos digitais (aqui chamados de “geração Google”) no uso das informações não evoluíram com o maior acesso às mídias digitais, e que eles dispendem pouco tempo para avaliar a relevância, a precisão e a autoria do conteúdo que recebem (ROWLANDS; NICHOLAS; HUNTINGTON, 2007).

Trata-se de um cenário preocupante se considerarmos que as mídias digitais são uma importante fonte de informação para os jovens sobre todos os assuntos, inclusive sobre saúde (PEREIRA NETO et al., 2019).

## 2.2 TECNOLOGIAS DIGITAIS NA SAÚDE E *eHEALTH*

As diferentes tecnologias e mídias digitais são cada vez mais utilizadas para propósitos médicos (FLEMING, 2003). Sua adoção nos serviços de saúde já é uma realidade na maioria dos países, o que vem alimentando os debates sobre as implicações das inovações nesses

---

<sup>6</sup> No original: “the ability to judge the credibility of information that floods young people’s smartphones, tablets, and computers” (SHEG, 2016, p. 3).

<sup>7</sup> No original: “Overall, young people’s ability to reason about the information on the Internet can be summed up in one word: bleak. Our “digital natives” may be able to flit between Facebook and Twitter while simultaneously uploading a selfie to Instagram and texting a friend. But when it comes to evaluating information that flows through social media channels, they are easily duped” (SHEG, 2016, p. 4).

serviços e impondo um ritmo acelerado na implantação de recursos *on-line* em políticas e sistemas de saúde (CGI.br, 2019c).

Atualmente, a tecnologia mediada pela Internet, as plataformas sociais e os aplicativos móveis apoiam e afetam práticas *on-line*, como pesquisa, troca e recebimento de informações sobre cuidados de saúde e também as opiniões das pessoas sobre tratamentos médicos, produtos e serviços (MURERO, 2019, p. ix, tradução nossa)<sup>8</sup>.

Desde a virada do milênio, proliferam-se os novos formatos da chamada *eHealth* ou *e-health*, termo criado a partir da inserção das tecnologias digitais nos ambientes de saúde, que se refere a um “campo emergente na interseção entre informática médica, saúde pública e negócios, referente a serviços de saúde e informações fornecidas ou aprimoradas pela Internet e por tecnologias relacionadas” (EYSENBACH, 2001, p.1, tradução nossa)<sup>9</sup>. Outros termos populares adotados – cada um referindo-se a aspectos específicos da comunicação mediada pela Internet para acesso a práticas de saúde e, portanto, não sinônimos – são: *Medical Informatics*, *Consumer Health Informatics*, *Medicine 2.0*, *Digital Health*, *mHealth* e *Health 2.0*; e, no Brasil, “saúde digital”, “e-Saúde”, “saúde *on-line*”, “informática da saúde do consumidor (ISC)”, “telessaúde” ou “cibermedicina”, entre outros.

Mais que um desenvolvimento técnico, Eysenbach (2001) reforça que a *eHealth*, no sentido ampliado, representa um compromisso com o pensamento global em rede, de forma que as tecnologias digitais sejam utilizadas em prol de melhorias nos serviços de saúde a níveis locais, regionais e mundiais. Segundo o Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br),

na última década, a saúde digital vem sendo incorporada ao cotidiano do cidadão, seja por meio de dispositivos inteligentes que vestimos em nosso corpo para medir frequência cardíaca ou pressão arterial, seja pelos registros eletrônicos do paciente ou pelos serviços de telemedicina. Essas tecnologias podem contribuir para melhorar o acesso, a qualidade e a segurança da atenção em saúde. Para o futuro, a inteligência artificial (IA), *Big Data* e *data analytics* abrem caminhos poderosos para uma assistência digitalmente habilitada, auxiliando na redução de erros médicos e na detecção e resposta a doenças e epidemias (CGI.br, 2019c, p. 23).

---

<sup>8</sup> No original: “*Internet-mediated technology, social platforms, and mobile applications currently support and affect on-line practices such as searching, exchanging, and receiving health-care information and also others’ opinions about medical treatments, products, and services*” (MURERO, 2019, p. ix).

<sup>9</sup> No original: “*e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related Technologies*” (EYSENBACH, 2001, p.1).

Órgão à frente de uma estratégia global acerca da *eHealth*, a informática da saúde do consumidor (ISC)”, (OMS) divulgou em abril de 2019, pela primeira vez, diretrizes sobre intervenções em *eHealth* e em telemedicina, incluindo recomendações sobre como os países devem utilizar a tecnologia acessível via celulares, tablets e computadores para melhorar a condição de saúde das pessoas e os serviços essenciais<sup>10</sup>.

No Brasil, a *eHealth* tornou-se oficialmente uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017, quando o Ministério da Saúde lançou a Estratégia de Saúde Digital (e-Saúde)<sup>11</sup> no Brasil. Conhecida como digiSUS, essa estratégia tem a seguinte proposta em seu documento oficial:

Até 2020, a e-Saúde estará incorporada ao SUS como uma dimensão fundamental, sendo reconhecida como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso da informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de Saúde, nas três esferas de governo e no setor privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 9).

Os resultados desta estratégia começaram a ser percebidos logo. A pesquisa TIC Saúde 2018, sobre o uso das TICs nos estabelecimentos de saúde brasileiros, mostrou que o número de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) conectadas à Internet passou de 73%, em 2017, para 80%, em 2018 (CGI.br, 2019c). Em 2013, 18% dos estabelecimentos de saúde do país com acesso à Internet permitiam o agendamento *on-line* de exames, e 15% o de consultas; 19% possibilitavam que os pacientes visualizassem os resultados de exames pela Internet (CGI.br, 2014). Em 2018, esses números subiram para 27%, 26% e 26%, respectivamente. A adesão dos estabelecimentos de saúde às redes de telessaúde e de telemedicina<sup>12</sup> também veem aumentando nos últimos anos (com uma participação maior dos estabelecimentos públicos em relação aos privados), assim como o uso das TICs por médicos e enfermeiros no atendimento ao paciente (CGI.br, 2019c).

<sup>10</sup> Disponível em: <[https://www.who.int/reproductiv\\_eHealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/](https://www.who.int/reproductiv_eHealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/)>. Acesso em 14 de mar. de 2020.

<sup>11</sup> Parte dessa estratégia é o aplicativo Meu DigiSUS, que permite que os usuários do SUS acompanhem, pelo celular, o agendamento de consultas e exames ambulatoriais, além de outras funcionalidades relacionadas à saúde pública, como, por exemplo, a posição na fila do Sistema Nacional de Transplantes (MACIEL, 2018)

<sup>12</sup> Elemento mais básico da *eHealth*, a telessaúde (*teleHealth*) envolve o uso das telecomunicações e da tecnologia virtual na prestação de assistência médica fora das instalações tradicionais de saúde (OMS, 2020); já a telemedicina (*telemedicine*) se refere à “cura à distância”, ou seja, é a prestação de serviços clínicos à distância, na qual as informações para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões são transmitidas por meio das tecnologias digitais (OMS, 2009).

É importante ressaltar que a *eHealth* engloba não apenas o uso da tecnologia digital, mas também a transação de informações entre usuários mediada por computador (PAIGE et al., 2018b). Shaw et al. (2017) identificaram três domínios sobrepostos da *eHealth*: (1) interação dos usuários com a tecnologia, (2) interação de usuários com outros usuários através de plataformas mediadas e (3) uso das informações obtidas com essas interações em prol da saúde e do bem-estar. Ou seja, paralelamente à evolução da *eHealth*, os pacientes passaram a poder interagir com (e não apenas consumir) as informações de saúde disponíveis na Internet, trocar ideias, pensamentos, dados e conteúdo midiático sobre saúde com outros usuários através de plataformas multimídia, como, por exemplo, dispositivos móveis, dispositivos vestíveis (*wearable devices*), mídias sociais, Internet, portais e programas baseados na Web, softwares específicos, sistemas de gerenciamento de informação, bancos de dados, jogos digitais e realidade virtual (SHAW et al., 2017).

Segundo Xesfingi e Vozikis (2016), o desenvolvimento das conexões digitais por meio de vários dispositivos foi um fator disruptivo na relação entre provedores e usuários da saúde. Esses últimos, aliás, passaram a ser denominados *ePatients* (FERGUSON, 2002) ou, em português, “pacientes digitais” (MARIN, 2019).

Quando diante de uma preocupação médica, os *ePatients* primeiro tentam gerenciá-la por conta própria, consultando websites, amigos e familiares para obter informações e conselhos. Se precisam de mais ajuda, eles podem procurar *on-line* por ajudantes bem-informados, grupos de apoio, sistemas de orientação médica ou profissionais *on-line* gratuitos. Se a ajuda de que precisam puder ser obtida *on-line* de profissionais de saúde não locais, eles talvez façam uso de seus serviços. Desta forma, pode ser que eles consultem um médico local apenas quando nenhum dos recursos acima for suficiente (FERGUSON, 2002, *on-line*, tradução nossa)<sup>13</sup>.

As atividades realizadas por esses “pacientes digitais” quando utilizam a Internet para fins de saúde incluem tarefas mais convencionais de autocuidado - como a busca por informação em saúde, a troca de e-mails com familiares e amigos, a participação em grupos de apoio *on-line* e o uso de sistemas eletrônicos de orientação médica- e também interações *on-line* com profissionais de saúde (FERGUSON, 2002). Em tempos de Web 2.0 – também

---

<sup>13</sup> No original: “When faced with a medical concern, they [*ePatients*] first attempt to manage it on their own, reaching out to Web sites and to friends and family for information and advice. If more help is needed, they may look for knowledgeable *on-line* self-helpers, support groups, medical guidance systems, or free *on-line* professionals. If the help they need can be obtained *on-line* from non-local health professionals, they may make use of their services. Thus it might be only when none of the domains above proved sufficient that they would need to consult a local clinician” (FERGUSON, 2002, *on-line*).

caracterizada como “*social era of eHealth*” (PAIGE et al., 2018a, 2018b) ou “*interdigital era*” (MURERO, 2019) - essa lista está se ampliando, incluindo atividades de *eHealth* que vêm se tornando cada vez mais frequentes, como, por exemplo, a compra *on-line* de produtos e serviços de saúde (XESFINGI; VOZIKIS, 2016). Já a popularização de aplicativos gratuitos de troca de mensagens instantâneas, como o *Whatsapp*, tem facilitado o intercâmbio de informações médicas entre pacientes e profissionais de saúde, incluindo conteúdo multimídia como imagens de radiografias, gravações de áudio, resultados laboratoriais ou mesmo vídeos de diagnósticos (FOLLIS et al., 2014). Os usuários, antes passivos, tornaram-se “pacientes informados” que conquistaram “habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar um papel ativo no processo de decisão que envolve sua saúde e a gestão de suas condições de vida” (GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008, p. 1655).

O grande crescimento da disponibilidade do conteúdo sobre saúde, a qualquer hora e em qualquer lugar, na palma da mão, também tem trazido alguns desafios. Ao mesmo tempo em que propiciou novos modos de organizar, de acessar e, principalmente, de produzir conhecimentos (CASTELLS, 2000, 2003), a Internet tornou os usuários mais suscetíveis a riscos (EISENSTEIN et al., 2019), inclusive no campo da saúde. A proliferação das *fake news*, dos boatos (ARAÚJO; AGUIAR, 2018), a desinformação (FALLIS, 2015) e as outras “desordens da informação” (WARDLE; DERAKHSAHN 2017)<sup>14</sup>, que oferecem dados incorretos, incompletos, contraditórios, fraudulentos, incompreensíveis ou obsoletos, podem levar os cidadãos a tomarem decisões prejudiciais à própria saúde (POWELL et al., 2011) ou às políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, dois exemplos que podem ser oferecidos são a compra facilitada de substâncias tóxicas pela Internet (WEISBORD; SOULE; KIMMEL, 1997) e as campanhas antivacinação que proliferam na Internet (SILVA; CASTIEL; GRIEP, 2015) – e cujos impactos estão preocupando autoridades no Brasil (GUIMARÃES, 2017) e em todo o mundo (FALLING, 2018).

A Internet possui um papel fundamental também para o envolvimento do paciente/cidadão no consumo e no engajamento em saúde. É comum a busca por assuntos e temas relacionados com o estado de saúde ou a procura por tratamentos e novos conhecimentos. Isso faz com que outro desafio surja: saber reconhecer a qualidade da informação disponibilizada na Internet (MARIN, 2019, p. 41).

---

<sup>14</sup> Nesse estudo, Wardle e Derakhshan (2017) diferenciam três diferentes tipos de “desordens da informação” (*information disorder*) baseados nos critérios de “prejuízo” (*harm*) e “falsidade” (*falseness*): *mis-information*, *dis-information* e *mal-information*.



Assim, muitos usuários continuam enfrentando desafios para diferenciar a informação certa daquela incompleta, contraditória, incorreta ou fraudulenta (PAOLUCCI; PEREIRA NETO; LUZIA, 2017)

### 2.3 O PROBLEMA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE NA INTERNET

Dentre os diversos usos das novas tecnologias relacionados à saúde, o mais comum talvez seja a busca de informações sobre saúde na Internet. Nas últimas décadas, o maior acesso à Internet aumentou a disponibilidade de informações sobre saúde e mudou drasticamente o panorama da “comunicação e saúde”<sup>15</sup> (XESFINGI; VOZIKIS, 2016). É crescente também o número de pessoas que se informam pelos meios digitais e que buscam por informações sobre saúde na Internet (LAVORGNA et al., 2018): pesquisa do *Pew Research Center* mostrou que 72% dos usuários adultos da Internet disseram ter pesquisado informações *on-line* sobre saúde, principalmente sobre doenças e tratamentos específicos (FOX, 2014). No Brasil, a pesquisa TIC Domicílios 2018 (CGI.br, 2019a) apontou que, dentre os usuários de Internet brasileiros, 45% utilizam esse meio para procurar informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde. Esta atividade de busca de informação se mostrou mais frequente que a pesquisa por conteúdo sobre viagens e acomodações (29%) e que a realização de transações financeiras, como consultas e pagamentos (28%). Dentre as gerações mais novas, 28% das crianças e adolescentes brasileiros entre 11 e 17 também afirmaram procurar por informações sobre saúde na Internet (CGI.br, 2019b). Gray et al. (2005, p. 1467) sugerem que a busca dos jovens por informações *on-line* sobre saúde pode ser motivada pelo fato de a Internet possibilitar um acesso “oportuno” e “confidencial” a conteúdos sobre diversos assuntos, principalmente sobre questões sensíveis, como a contracepção.

Esse acesso parece ter sido ainda mais facilitado com a popularização dos smartphones na última década. Um estudo do *Pew Research Center*, realizado em 2018, mostrou que 6 em cada 10 proprietários de telefones celulares o utilizavam para buscar informações de saúde e medicina (SILVER; HUANG, 2019). Além disso, é cada vez mais frequente o uso de

---

<sup>15</sup> Em português brasileiro, preferimos adotar como tradução de *health communication* o binômio “comunicação e saúde”, a exemplo de Araújo e Cardoso (2007), por entender tratar-se de um campo composto formado na interface de outros dois campos – o da comunicação e o da saúde – que se vinculam mas não se subordinam (ou seja, a comunicação não é entendida meramente como ferramenta à serviço da saúde).

aplicativos de saúde instalados no aparelho, sendo os mais comuns relacionados a exercícios, dieta e perda de peso (FOX, 2012).

Segundo Cline e Haynes (2001), os usuários acessam informações de saúde *on-line* de três maneiras principais: pesquisando diretamente por informações de saúde, participando de grupos de apoio e consultando profissionais de saúde. Nos dois primeiros casos, websites e comunidades virtuais passaram a ser fontes de conteúdo sobre saúde que permitem “ao cidadão obter conteúdos adicionais ou complementares aos que são proporcionados pelos médicos” (HPP, 2017, p.93), comportamento que vêm impactando as relações entre médico e paciente (MCMULLAN, 2006), fazendo surgir a figura do “paciente *expert*” (GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008) ou “paciente informado” (PEREIRA NETO et al., 2015).

O crescimento das redes sociais *on-line* - como *Facebook*, *YouTube*, *Instagram* e *Twitter* – para ações de comunicação e saúde também está aumentando. Além de servirem de fonte de informação para os usuários e de ferramenta de divulgação para os prestadores de serviço, elas oferecem oportunidades de compartilhamento sobre experiências pessoais de saúde e de busca por pessoas com preocupações e experiências semelhantes. Dessa forma, os pacientes ampliam seu papel no processo comunicacional, passando de participantes passivos a usuários que comentam, compartilham e produzem ativamente conteúdo sobre saúde (PEREIRA NETO; FLYNN, 2019, p.3). Trata-se do que Fox (2001, 2014) chama de “vida social da informação em saúde” (*social life of health information*), na qual as pessoas estão mais propensas a compartilharem, na Internet, suas experiências pessoais em saúde para ajudarem o maior número de pessoas possível.

Essas interações realizadas entre pacientes em comunidades virtuais ou fóruns de discussão *on-line* evidenciam riscos importantes relacionados à privacidade e à segurança dos dados expostos pelos usuários sobre as próprias condições de saúde. Trata-se de informações que poderiam, por exemplo, impactar negativamente a contratação de planos de saúde ou seguros de vida, o acesso a crédito financeiro ou mesmo a chance de se conseguir um emprego (RAINIE; DUGGAN, 2016). A regulação da *eHealth*, aliás, é um ponto que ainda carece de mais atenção no debate internacional. Enquanto a oferta de serviços de saúde em hospitais e outras unidades de atendimento é fortemente regulada pelos governos, diversas práticas de saúde *on-line* - como a coleta de volumes imensos de dados (*big data*) sobre a saúde individual e os níveis de acesso a informações confidenciais, a segurança e a proteção desses dados – seguem desregulamentadas (MURERO, 2019), assim como a publicação de conteúdo.

No ambiente digital pouco regulado, é possível encontrar conteúdos sobre saúde produzidos por instituições de ensino, agências governamentais e não governamentais,

empresas do setor, profissionais da saúde e também por usuários-pacientes. Estas informações, em quantidade ilimitada, podem ser publicadas e compartilhadas sem passar por nenhum tipo de avaliação científica confiável (PEREIRA NETO; FLYNN, 2019). Sem as habilidades adequadas para navegar na Internet, os usuários podem, sem saber, acessar informações potencialmente perigosas à própria saúde (TENNANT et al., 2015). A maioria, aliás, não busca as informações que deseja em bases de dados confiáveis, como Medline ou Pubmed e, mesmo se o fizessem, teriam dificuldades para compreender os jargões médicos utilizados e para contextualizá-los (FLEMING, 2003). Segundo Fleming (2003), há cada vez mais evidências dos danos causados por informações *on-line* de baixa qualidade, e mais da metade dos websites com informações sobre saúde oferecem dados não confiáveis, ou mesmo *fake news*.

O que popularmente chamamos de *fake news* está inserido em um conceito maior, a desinformação, ou seja, “informações enganosas que têm a função de enganar” (FALLIS, 2015). Os casos de desinformação na mídia não são novos, pelo contrário, estão conosco desde os primeiros sistemas de escrita, sendo motivados principalmente por razões financeiras ou ideológicas. Protótipos dessa prática já ocorriam, por exemplo, com publicidades enganosas nos negócios e na política utilizando fotografias, mapas e documentos falsificados (FALLIS, 2015), recorrentes na História. Outros exemplos poderiam ser citados: os rumores em torno da veracidade ou não da chegada do homem à Lua, em 1969 (AFP, 2019); a fotomontagem do suposto suicídio do jornalista Vladimir Herzog, durante a ditadura militar no Brasil (MARTINS; MOURA, 2016); as denúncias de assédio sexual contra alunos da Escola Base, em São Paulo, em 1994 (BUONO, 2020), entre outros. Segundo Zattar (2017, p. 286), “esses tipos de informação sempre existiram e não são novidades típicas de uma organização social ou de um momento econômico específicos”.

No entanto, as tecnologias digitais facilitaram a criação e disseminação de informações imprecisas e enganosas (FALLIS, 2015) – o que poderia, em parte, explicar a dimensão que o fenômeno da desinformação tomou nos últimos anos. A digitalização das notícias abriu espaço para que todas as pessoas, inclusive não jornalistas, pudessem produzir conteúdo informativo capaz de alcançar audiências massivas, o que desafiou as definições tradicionais de “notícia” (TANDOC JR.; LIM; LING, 2018). Em uma sociedade cada vez mais individualizada e midiaticizada, “lugares de interlocução” (ARAÚJO, 2006) foram redefinidos, e novas vozes foram amplificadas e potencializadas. Soma-se a isso uma crise de credibilidade que “colocou em xeque os antigos regimes de verdade em que as figuras de autoridade tradicionais eram inquestionáveis” (PERES, 2018, p. 13). Nessa nova realidade sociocomunicacional digitalizada, novos grupos passaram a exercer influência no contexto social onde estão inseridos

e a disputar o poder simbólico de produzir sentidos, poder de “fazer ver e fazer crer” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), ou seja, o poder de definir o que é ou não verdadeiro.

Trata-se de um momento singular de disputa de regimes de verdade (FOUCAULT, 2008), no qual muitas vezes o discurso acolhido como verdadeiro não é construído necessariamente em cima de fatos, mas com base em intimidades, crenças e interesses pessoais preexistentes. Nesse contexto, as *fake news* adquiriram características próprias nas mídias digitais. Para além da questão da autoria, as conexões em rede facilitaram a disseminação de informações inverídicas em novos formatos e aceleraram sua circulação em velocidades inéditas: na Internet, segundo uma pesquisa do *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), as notícias falsas se espalham seis vezes mais rapidamente que as notícias verdadeiras (VOSOUGHI; ROY; ARAL, 2018). Elas atuam, assim, como vírus ou bactérias que usam as redes sociais *on-line*, e não o meio físico, para se disseminar e infectar indivíduos e grupos (VIJAYKUMAR; JIN; PAGLIARI, 2019).

#### 2.4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO PROBLEMA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO *ON-LINE*

Na tentativa de minimizar este problema, algumas instituições internacionais se propõem a certificar sites ou a orientar os usuários a fazerem suas próprias avaliações sobre a qualidade da informação disponível na Internet. Na área da saúde, as mais conhecidas internacionalmente são a *Health On Net Foundation* e o *DISCERN Project* (PEREIRA NETO; PAOLUCCI, 2019). A primeira, através do HONcode<sup>16</sup>, acredita websites com informações sobre saúde baseando-se em princípios de ética e de confiabilidade utilizando oito critérios: autoridade, complementariedade, confidencialidade, atribuição, justificativa, transparência, divulgação financeira e política de publicidade. Já o instrumento do DISCERN<sup>17</sup> corresponde a um questionário que permite que próprio usuário analise, por meio de uma escala tipo Likert, a qualidade de uma informação sobre saúde a partir de três seções que (1) avaliam se a publicação é confiável, (2) verificam se a informação facilita a escolha pelo tratamento mais conveniente e (3) convidam o usuário a avaliar a qualidade geral da publicação como fonte sobre as possibilidade de tratamento (PEREIRA NETO; PAOLUCCI, 2019). Outras entidades

<sup>16</sup> The HONcode of Conduct for medical and health websites: <<https://www.hon.ch/HONcode/Webmasters/Conduct.html>>. Acesso em: 14 de mar. de 2020.

<sup>17</sup> The DISCERN Instrument: <[http://www.discrim.org.uk/discrim\\_instrument.php](http://www.discrim.org.uk/discrim_instrument.php)>. Acesso em: 14 de mar. de 2020.

internacionais buscam orientar os usuários sobre como diferenciar a boa da má informação sobre saúde. O *U.S Food & Drug Administration* (FDA), órgão do governo americano responsável pela regulamentação de medicamentos e alimentos, criou um passo-a-passo para que as pessoas avaliem a segurança e a confiabilidade das informações sobre saúde disponíveis nas mídias sociais e websites<sup>18</sup>. No Brasil, merece destaque a proposta metodológica de avaliação da qualidade da informação sobre saúde na Internet desenvolvida no Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (Laiss)<sup>19</sup>, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Essa metodologia, de caráter participativo, já foi aplicada em *sites* sobre HIV/Aids (PEREIRA NETO et al., 2013), tuberculose (PAOLUCCI; PEREIRA NETO; LUZIA, 2017) e dengue (PEREIRA NETO et al., 2017). O mesmo laboratório lançou, em 2016, o “Selo Sérgio Arouca de Qualidade da Informação em Saúde na Internet”, certificação que visa garantir ao usuário que o conteúdo de um determinado *site* sobre saúde é compreensível e confiável. De maneira geral, essas ferramentas buscam avaliar as fontes de informação em saúde com base em critérios pré-estabelecidos, como acessibilidade, atualidade, confiabilidade da autoria, navegabilidade, imparcialidade da informação, entre outros.

Existem ainda os sites que oferecem a checagem de fatos (*fact checking*), que se esforçam para conferir em curto prazo a veracidade ou não de informações suspeitas e dizer à população o que é verdade, o que é mito e o que não é bem assim. É o caso, na área da saúde, do projeto “Saúde sem *Fake News*”, lançado em 2018 pelo Ministério da Saúde para que as pessoas esclareçam, via *Whatsapp*, se uma informação sobre saúde é verídica ou não. Devidamente esclarecido por profissionais de saúde do Ministério, esse conteúdo é disponibilizado em um website específico<sup>20</sup>.

Essas iniciativas de avaliação e checagem da informação sobre saúde na Internet são de grande importância na medida em que criam um critério a mais para o cidadão escolher a informação na qual irá confiar. No entanto, parecem tornar-se limitadas diante do excesso de informação e do lastro deixado pelos conteúdos inverídicos, uma vez que “o boato viaja mais rápido e mais longe do que a retratação” (PERES, 2018, p. 17). Além disso, uma grande quantidade de *sites* disponíveis para atender às preocupações do usuário dificulta a seleção daqueles com as melhores informações, e torna mais evidente a necessidade do desenvolvimento das habilidades de avaliação crítica dos indivíduos.

<sup>18</sup> Disponível em <<https://www.fda.gov/drugs/quick-tips-buying-medicines-over-internet/health-information-web>>. Acesso em: 14 de mar. de 2020.

<sup>19</sup> Site do Laiss: <<http://laiss.ensp.fiocruz.br/>>. Acesso em: 14 de mar. de 2020.

<sup>20</sup> Disponível em <<https://www.saude.gov.br/fakenews>>. Acesso em: 14 de mar. de 2020.

Dessa forma, a quantidade e a velocidade de circulação da desinformação parecem apontar para a necessidade de estratégias que atuem nas outras instâncias do fluxo comunicacional. Diante dessa circulação informacional excessiva, metaforizada por Pierre Lévy (1999) na figura do “dilúvio informacional” que inundou diversas áreas do conhecimento - incluindo a saúde -, parece ser oportuno deslocar o foco do problema: da avaliação do conteúdo para a investigação do processo de recepção/apropriação da mensagem. Pretender-se-ia, assim, que cada indivíduo constituísse, em si mesmo, um sistema de filtragem pessoal que estimulasse a análise criteriosa de aspectos como autoria, atualidade e precisão das informações recebidas ou buscadas com o auxílio dos aparatos digitais.

Em 2002, Eysenbach et al. buscaram ilustrar esse problema por meio de uma equação simples. Segundo eles, o risco (R) de um indivíduo encontrar um website inadequado na Internet varia em função da proporção de desinformação disponível (P) e também em função da incapacidade do indivíduo (I) - ou de suas ferramentas - para filtrar esses *websites*:

Como os estudos geralmente relatam R, mas não relatam I, não podemos inferir P ou ajustar os resultados do estudo para torná-los comparáveis entre domínios ou tempos. Mesmo se pudéssemos conhecer P, ainda não saberíamos como essa medida de desinformação "verdadeira" na Web se traduz em resultados de saúde ou incidentes críticos em uma população. A nível individual, o R pode ser reduzido melhorando a capacidade do usuário de localizar sites confiáveis ou de filtrar os inadequados (EYSENBACH et al., 2002, p. 2698, tradução nossa)<sup>21</sup>.

Ou seja, para um engajamento consciente e ético no complexo e saturado ambiente informacional contemporâneo, habilidades funcionais básicas – tanto de leitura e escrita, quanto de domínio instrumental para utilizar os dispositivos tecnológicos digitais - são importantes, mas não suficientes. Para tanto, seriam necessárias “práticas informacionais críticas e éticas sob a perspectiva de ações solidárias e competentes para a busca, produção, uso e compartilhamento de informações nos mais diferentes contextos” (ZATTAR, 2017, p. 286). É preciso, portanto, que cada indivíduo desenvolva a capacidade social e cultural necessária pra acessar, interpretar e usar, de forma crítica, as informações recebidas ou acessadas pelas mídias digitais. Em outras

---

<sup>21</sup> No original: “*Since studies usually report R, but not I, we cannot infer P, or adjust study results to make them comparable across domains or time. Even if we could know P, we would still not know how this measurement of “true” misinformation on the Web translates into health outcomes or critical incidents in a population. On an individual level, R can be reduced by improving the ability of the user to locate trustworthy sites or to filter the inadequate ones*” (EYSENBACH et al., 2002, p. 2698).

palavras, é necessário que os cidadãos adquiram novas e variadas competências e habilidades (LIVINGSTONE; VAN COUVERING; THUMIN, 2008). Na pesquisa acadêmica contemporânea, essas habilidades são usualmente enquadradas em diferentes campos científicos sob o termo *literacy*.

## 2.5 LITERACIA (*LITERACY*)

O conceito de *literacy* não tem uma definição única e tampouco uma tradução consensual para o português brasileiro. É comumente traduzido como “literacia” em Portugal e como “alfabetização” na Espanha. Na literatura científica brasileira, a depender do campo de conhecimento, é frequente o emprego dos termos “competência” (mais comum nas Ciências da Informação), “letramento” ou “alfabetização” (frequentes nos campos da Educação e da Linguística) em referência aos diferentes tipos de *literacies*. Trata-se de nomenclaturas diferentes que se referem fundamentalmente ao mesmo conceito, sob óticas que variam de acordo com o campo de conhecimento em que se ancoram.

O verbete “literacia” passou a constar no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa somente na edição lançada em 2009, e continua ausente em todos os outros principais dicionários da língua portuguesa brasileira<sup>22</sup>. Na obra citada acima, “literacia” é definida como: “substantivo feminino 1. qualidade ou condição de quem é letrado; 2. PED *P* m.q. LETRAMENTO” (HOUAISS; VILLAR, 2009, n.p., grifos dos autores). As abreviações “PED”, “*P*” e “m.q.” significam “pedagogia”, “lusitanismo” e “mesmo que”, respectivamente. Este dicionário, portanto, apesar de ser o único a prever a adoção da palavra “literacia” no Brasil, o faz com uma definição bastante restrita, relacionada especificamente às práticas pedagógicas e ao modo próprio de falar de Portugal. No campo acadêmico, no entanto, a literacia assume conceitos mais amplos, como veremos a seguir.

Neste ponto, é importante informar que, apesar de ainda não haver consenso em relação à tradução deste termo para o português brasileiro, optamos por nos alinhar aos pesquisadores brasileiros e portugueses que já adotam o termo traduzido com maior semelhança fonética.

---

<sup>22</sup> Foram consultados, em abril de 2020, a última edição impressa do Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (5ª ed., 2010) e as edições eletrônicas do Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa (<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>), do Dicionário Caudas Aulete (<http://www.aulete.com.br>) e do Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa da Academia Brasileira de Letras (<http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>). A edição impressa do Dicionário Houaiss lançada em 2007 (2ª reimpressão com alterações) também não continha, ainda, o verbete “literacia”. Atualmente, a versão eletrônica do Houaiss (<https://houaiss.uol.com.br/>) já contém esse verbete, a exemplo da sua última versão impressa.

Assim, também utilizaremos nesta dissertação a palavra “literacia”, por acreditar que ela seja a que mais se aproxima da compreensão dos sentidos desse conceito em inglês, sua língua original.

Os primeiros registros sobre o tema entendiam como literacia a simples capacidade de assinar o próprio nome, conceito que evoluiu em seguida para a capacidade de ler e escrever em algum idioma (BERKMAN; DAVIS; MCCORMACK, 2010). Em 1991, nos Estados Unidos, o *National Literacy Act* definiu literacia como “a capacidade de um indivíduo de ler, escrever e falar em inglês, além de calcular e resolver problemas nos níveis de proficiência necessários para atuar no trabalho e na sociedade, atingir seus objetivos e desenvolver seu conhecimento e potencial”<sup>23</sup> (U.S., 1991, *on-line*, tradução nossa). A alfabetização em seu sentido mais estrito (capacidade de ler, escrever e utilizar uma linguagem) passou então a ser referenciada como literacia funcional (*functional literacy*). Já o conceito de literacia, segundo Saboga-Nunes et al. (2019, n.p.)<sup>24</sup>, passou a envolver “um processo contínuo de aprendizagem que capacita a pessoa no alcançar dos seus objetivos, a desenvolver o seu potencial e o seu conhecimento, de modo a poder usufruir do seu máximo potencial de qualidade e bem-estar”.

Lendo e analisando a bibliografia específica sobre o termo, constatamos que existem diversos tipos de literacias em diferentes áreas do conhecimento. A literacia ou competência em informação (*information literacy*)<sup>25</sup>, segundo a *American Library Association* (ALA), refere-se a:

(...) um conjunto de habilidades integradas que englobam a descoberta reflexiva da informação, a compreensão de como a informação é produzida e valorizada e o uso da informação na criação de novos conhecimentos e na participação ética nas comunidades de aprendizagem (ALA, 2015, p.24, tradução nossa)<sup>26</sup>.

Trata-se, portanto, de um conceito que remete ao acesso, à avaliação e o uso da informação de forma responsável, interdependente e colaborativa (ZATTAR, 2017).

Já a literacia midiática (*media literacy*) pode ser entendida como “a habilidade para acessar, analisar, avaliar e criar mensagens em vários contextos” (LIVINGSTONE, 2004, p.18,

<sup>23</sup> No original: “an individual’s ability to read, write, and speak in English, and compute and solve problems at levels of proficiency necessary to function on the job and in society, to achieve one’s goals, and develop one’s knowledge and potential” (U.S., 1991, *on-line*).

<sup>24</sup> Trata-se de referência a *e-book* (livro eletrônico) não paginado (n.p.).

<sup>25</sup> No Brasil, a *information literacy* é usualmente referida por pesquisadores dos campos da Biblioteconomia e das Ciências da Informação como “competência em informação” ou “competência informacional” (BEZERRA, 2015).

<sup>26</sup> No original: “Information literacy is the set of integrated abilities encompassing the reflective discovery of information, the understanding of how information is produced and valued, and the use of information in creating new knowledge and participating ethically in communities of learning” (ALA, 2015, p.24).



tradução nossa)<sup>27</sup>, ou então como o conjunto de “conhecimento, habilidades e competências necessários para usar e interpretar a mídia” (BUCKINGHAM, 2003, p. 36, tradução nossa)<sup>28,29</sup>.

Trata-se um conceito transdisciplinar que atravessa necessariamente dois campos cuja relação histórica alterna aproximações e afastamentos: educação e mídia. A partir de 1960, na América Latina, as interfaces entre educação e comunicação fortaleceram-se graças a pesquisas e experiências realizadas por estudiosos como Paulo Freire (1967, 1976), Jesús Martín-Barbero (2003) e Mário Kaplún (1999), e sistematizaram-se no Brasil sob o termo “educomunicação” (SOARES, 2011). No mundo todo, a partir dos anos 1970, a educação para as mídias começou a ser reconhecida como uma prática crítica para a cidadania (HOBBS; JENSEN, 2009).

A UNESCO, órgão das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, tem dedicado atenção ao tema da educação midiática desde a década de 1980. Em 1982, durante o *International Symposium on Media Education*, promovido pela entidade em Grünwald, na Alemanha, representantes de 19 países aprovaram por unanimidade a “Declaração de Grünwald”<sup>30</sup>, que reconheceu a importância do impacto das mídias na educação e na formação dos estudantes e criou oficialmente o campo da mídia-educação.

Em vez de condenar ou endossar o poder indiscutível da mídia, precisamos aceitar seu significativo impacto e penetração em todo o mundo como um fato estabelecido, e também apreciar sua importância como elemento de cultura no mundo atual. O papel da comunicação e da mídia no processo de desenvolvimento não deve ser subestimado, nem a função das mídias como instrumentos para a participação ativa do cidadão na sociedade. Os sistemas políticos e educacionais precisam reconhecer suas obrigações para promover em seus cidadãos uma compreensão crítica do fenômeno da comunicação. (UNESCO, 1982, *on-line*, tradução nossa)<sup>31</sup>.

<sup>27</sup> No original: “the ability to access, analyse, evaluate and create messages across a variety of contexts” (LIVINGSTONE, 2004, p.18).

<sup>28</sup> No original: “knowledge, skills and competencies that are required in order to use and interpret media” (BUCKINGHAM, 2003, p. 36).

<sup>29</sup> Uma experiência exitosa de literacia midiática é a desenvolvida pelo governo da Finlândia dentro das escolas. Esse programa fez o país alcançar o primeiro lugar no ranking *Media Literacy Index* (índice do *Open Society Institute de Sofia* para medir o potencial de resiliência para notícias falsas) e ganhar a fama de “país sem fake news”. Para saber mais: <<https://osis.bg/?p=3356&lang=en>> e <<https://www.weforum.org/agenda/2019/05/how-finland-is-fighting-fake-news-in-the-classroom/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

<sup>30</sup> Disponível em <<http://www.gmcs.pt/ficheiros/pt/declaracao-de-grunwald-sobre-educacao-para-os-media.pdf>>. Acesso em 14 de mar. de 2020.

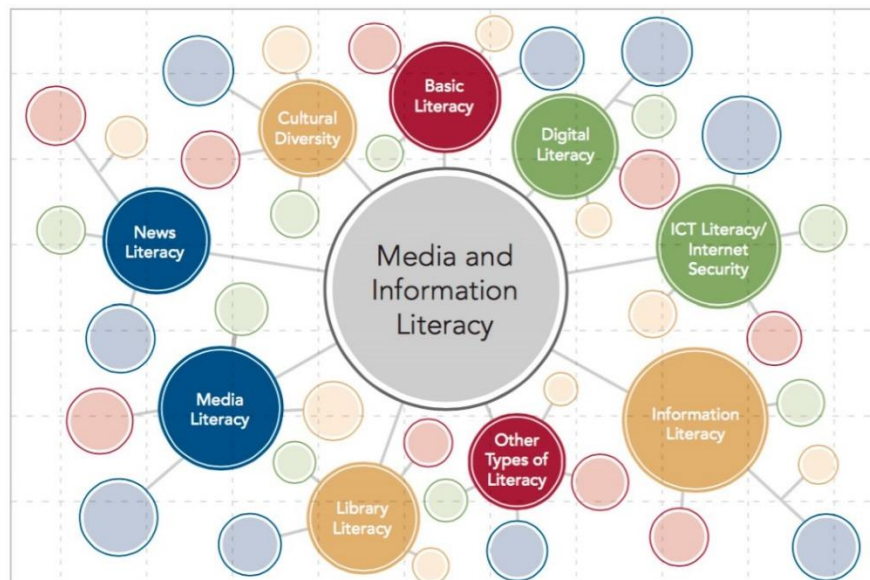
<sup>31</sup> No original: “Rather than condemn or endorse the undoubted power of the media, we need to accept their significant impact and penetration throughout the world as an established fact, and also appreciate their importance as an element of culture in today’s world. The role of communication and media in the process of development should not be underestimated, nor the function of media as instruments for the citizen’s active participation in society. Political and educational systems need to recognize their obligations to promote in their citizens a critical understanding of the phenomena of communication” (UNESCO, 1982, *on-line*).

Desde então, a UNESCO coordena eventos, pesquisas e publicações sobre o tema. Num esforço de convergência conceitual, a entidade trabalha hoje com o conceito de Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), ou *Media and Information Literacy (MIL)*<sup>32</sup>, definida como:

um conjunto de competências que habilitam os cidadãos a acessar, recuperar, compreender, avaliar e usar, criar e compartilhar informações e conteúdo midiático em todos os formatos, utilizando ferramentas variadas, de forma crítica, ética e eficaz, a fim de participar e se engajar em atividades pessoais, profissionais e sociais (UNESCO, 2013a, p. 17, tradução nossa)<sup>33</sup>

Para a UNESCO, a AMI seria um conceito composto que abrangeria variados tipos de literacias, conforme mostra a Figura 1.

**Figura 1** - Conceito composto de Alfabetização Midiática e Informacional (AMI)



Fonte: (UNESCO, 2013a)

A nosso ver, essa convergência das literacias relacionadas à comunicação e à informação é bem-vinda na medida em que vivemos um momento em que os dois campos parecem aproximar-se cada vez mais. Neste sentido, a visão de Livingstone, Van Couvering e Thumim (2008) parece interessante quando afirma que:

<sup>32</sup> Nos documentos traduzidos para o português, a UNESCO utiliza “alfabetização” em referência à *literacy*. Os projetos da UNESCO referentes à *MIL* estão reunidos em <<https://en.unesco.org/themes/media-and-information-literacy>>. Acesso em 14 de mar. de 2020.

<sup>33</sup> No original: “a set of competencies that empowers citizens to access, retrieve, understand, evaluate and use, to create as well as share information and media content in all formats, using various tools, in a critical, ethical and effective way, in order to participate and engage in personal, professional and societal activities. (UNESCO, 2013a, p. 17)

As tecnologias midiáticas estão se tornando cada vez mais informatizadas (por exemplo, televisão digital e rádio digital). Ao mesmo tempo, os computadores estão aptos a conter mais conteúdo midiático (por exemplo, *streaming* de vídeo *on-line*). Assim, a fronteira entre “informação” e “mídia” está esmaecendo, assim como as maneiras pelas quais as pessoas usam as tecnologias no trabalho, em casa, na educação, nas comunidades, na medida em que integram novos e antigos serviços de mídia e informação em suas vidas cotidianas. (LIVINGSTONE; VAN COUVERING; THUMIM, 2008, p.4, tradução nossa).<sup>34</sup>

Se em determinado momento as pesquisas em competência em informação focavam mais na questão do acesso à informação, enquanto as de literacia midiática priorizavam o entendimento crítico das mensagens midiáticas, o atual fenômeno das *fake news* torna o cenário propício para a convergência de conhecimentos e para a integração de saberes entre as duas áreas. Ambas – competência em informação e literacia midiática – parecem ser habilidades analíticas básicas quando falamos do uso consciente da informação em prol de melhorias no campo da saúde.

## 2.6 LITERACIA PARA A SAÚDE (*HEALTH LITERACY*)

A expressão “literacia” passou a frequentar as pesquisas sobre saúde pública na década de 1970, quando foi utilizada pela primeira vez em artigo de Simonds (1974), no qual era debatida a questão da educação em saúde como política social. Desde então, estudos sobre *health literacy* vêm crescendo em número e importância, impulsionados principalmente pelo interesse acadêmico em esclarecer quais seriam as possíveis impactos dessa literacia na condição de saúde dos cidadãos e nos sistema de saúde.

Assim como o termo *literacy*, também não há uma tradução consensual de *health literacy* para o português brasileiro. Nos descritores de saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a *health literacy* é traduzida como “letramento em saúde” (português) e *alfabetización en salud* (espanhol)<sup>35</sup>. O pesquisador português Saboga-Nunes, no entanto, defende a pertinência do uso da expressão “literacia para a saúde”. Segundo ele, esse termo propiciaria uma agregação entre a definição de “literacia da saúde”, uma componente intrínseca ao indivíduo, e a de “literacia

<sup>34</sup> No original: “Media technologies are becoming more and more computerized (for example, digital television and digital radio). At the same time, computers are able to contain more media content (for example, streaming video delivered on-line). Thus the boundary between “information” and “media” is blurring, as are the ways in which people use technologies at work, at home, in education, in communities, as people integrate old and new media and information services in their everyday lives” (LIVINGSTONE; VAN COUVERING; THUMIM, 2008, p. 4)

<sup>35</sup> Consulta disponível em: <[https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree\\_id=I02.233.332.186.500](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=I02.233.332.186.500)> Acesso em 10.05.2020.

em saúde”, que remete à externalidade do sujeito (SABOGA-NUNES, 2014, p. 95). Para Saboga-Nunes (2014),

Embora as propostas atrás referidas não se excluam mutuamente, antes completam-se, a procura de um elemento agregador destes dois conceitos poderia ser conseguido em Literacia para a Saúde (LS). A literacia para a saúde cobriria assim as duas dimensões atrás referidas e poderia ser definida como a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde (SABOGA-NUNES, 2014, p. 95).

No Brasil, o empenho para a socialização do termo “literacia para a saúde” é liderado pelo grupo de estudos e pesquisas Promoção em Comunicação, Educação e Literacia para a Saúde no Brasil (ProLiSaBr)<sup>36</sup>, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Em reconhecimento ao trabalho conceitual já realizado por esses pesquisadores na língua portuguesa, optamos por adotar nesta dissertação a expressão “literacia para a saúde” como tradução de *health literacy*.

Uma breve digressão sobre os sentidos deste conceito se faz necessária. Segundo Nutbeam (2008), existem duas abordagens da literacia para a saúde, com origens independentes. A primeira, com raiz nos Estados Unidos, compreende a literacia para a saúde como um risco capaz de afetar negativamente a tomada de decisão do paciente, o uso dos medicamentos prescritos e a capacidade do indivíduo de autogerenciar a doença. A partir dessa perspectiva, os níveis de literacia para a saúde poderiam gerar o “aumento dos custos com assistência médica, mais erros de medicação, comunicação ineficaz e indesejável entre prestadores e pacientes e uso ineficiente dos serviços de saúde” (TENNANT et al., 2015, p.2, tradução nossa)<sup>37</sup>. Esses efeitos negativos, segundo Nutbeam (2008), começaram a chamar a atenção de provedores de serviços de saúde e dos gestores públicos da saúde. Seguindo esta abordagem, Selden et al. (2000) definiram a literacia para a saúde como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas” (p. vi, tradução nossa)<sup>38</sup>.

A outra abordagem apontada por Nutbeam (2008) tem origem nos campos da saúde pública e da promoção da saúde, a partir da compreensão do papel da educação e da

<sup>36</sup> Para saber mais sobre o ProLiSaBr: <<http://literacia-saude.info/ls-brasil/quem-somos/>>. Acesso em: 10. de mai. de 2020.

<sup>37</sup> No original: “*lower health literacy is associated with increased health care costs, more medication errors, ineffective and undesirable patient-provider communication, as well as inefficient use of health care services*” (TENNANT et al., 2015, p.2).

<sup>38</sup> No original: “*the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions*” (SELDEN et al., 2000, p. vi).

comunicação para o desenvolvimento de diferentes competências na área da saúde. Essa perspectiva, mais comum em estudos oriundos do Reino Unido, Austrália e Canadá, vê a literacia para a saúde como uma qualidade:

A literacia para a saúde, neste caso, é vista como um meio para permitir que os indivíduos exerçam maior controle sobre sua saúde e sobre a gama de determinantes pessoais, sociais e ambientais da saúde. Nesta perspectiva da saúde pública, a literacia para a saúde é vista como uma qualidade a ser construída, como um resultado da educação e comunicação em saúde que favorece um maior empoderamento na tomada de decisões em saúde (NUTBEAM, 2008, p. 2074, tradução nossa)<sup>39</sup>.

A partir dos anos 2000, a literacia para a saúde passou a ser vista como um importante objetivo da saúde pública e um componente fundamental em busca da saúde e do bem-estar na sociedade moderna (OMS, 2013). Tornou-se, segundo Nutbeam (2000), um dos grandes desafios para as áreas da educação em saúde e da comunicação em saúde no século XXI (NUTBEAM, 2000). Vários instrumentos de medição das habilidades individuais<sup>40</sup> da literacia para a saúde foram elaborados desde então<sup>41</sup>.

O atual conceito de literacia para a saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) reflete uma orientação alinhada com a promoção da saúde. Para a OMS, a literacia compreende um conjunto de habilidade funcionais (leitura e escrita) e complementares que podem ser construídas, de modo a permitir que as pessoas participem mais plenamente da sociedade e tenham um maior controle sobre suas vidas. Na definição da entidade,

a literacia para a saúde implica o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade vida durante o curso da vida (OMS, 2013, p.4, tradução nossa)<sup>42</sup>

<sup>39</sup> No original: *Health literacy in this case is seen as a means to enabling individuals to exert greater control over their health and the range of personal, social and environmental determinants of health. From this public health perspective, health literacy is seen as an asset to be built, as an outcome to health education and communication that supports greater empowerment in health decision-making* (NUTBEAM, 2008, p. 2074).

<sup>40</sup> A *health literacy* é geralmente considerada um construto em nível individual e refere-se a uma capacidade da pessoa (BERKMAN; DAVIS; MCCORMACK, 2010). Entretanto, é importante citar o conceito de *public health literacy* (FREEDMAN et al., 2009), que complementou esse entendimento, referindo-se ao conhecimento e engajamento que grupos de indivíduos têm para tratar da saúde pública de sua comunidade.

<sup>41</sup> Os instrumentos de medição de literacia em saúde mais utilizados são o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA), o *Health Activity Literacy Scale* (HALS), o *The National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) e, mais recentemente, o *The European Health Literacy Survey* (HLS-EU). Este último já possui uma versão adaptada e validada para o português brasileiro, o HLS-EU-BR (BARBOSA et al., 2020).

<sup>42</sup> No original: “[health literacy] entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgs and take decisions in everyday life concerning health

Nutbeam (2000) afirma que, assim como outras formas de literacias, a literacia para a saúde pode ser dividida em três diferentes tipos, a depender da aplicação prática na vida cotidiana e dos progressivos níveis de autonomia e poder que confere ao indivíduo:

**Literacia básica/funcional:** habilidades básicas suficientes em leitura e escrita para poder funcionar efetivamente em situações cotidianas (...);

**Literacia comunicativa/interativa:** habilidades cognitivas e de alfabetização mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser usadas para participar ativamente de atividades cotidianas, para extrair informações e derivar significados de diferentes formas de comunicação, e para aplicar novas informações a mudanças de circunstâncias;

**Literacia crítica:** habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente as informações e usar essas informações para exercer maior controle sobre eventos e situações da vida. (NUTBEAM, 2000, p. 263-264, tradução e grifos nossos)<sup>43</sup>.

Com a popularização das tecnologias digitais e o desenvolvimento de novas práticas e serviços de saúde por meio destas (a *eHealth*) um outro tipo de literacia relacionado à saúde ganhou destaque.

## 2.7 *eHEALTH LITERACY (eHL)*

As conceitualizações de literacia para a saúde não incluíam nem consideravam, especificamente, a mediação das informações pelos dispositivos digitais. A partir dos anos 2000, no entanto, as mídias digitais passaram a desempenhar um papel cada vez mais importante na difusão das informações sobre saúde entre indivíduos e comunidades. Esta nova condição criou a necessidade de considerar a capacidade de uso dessas tecnologias como um componente de avaliação das competências em literacia para a saúde (BERKMAN; DAVIS; MCCORMACK, 2010).

---

*care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course*” (OMS, 2013, p.4).

<sup>43</sup> No original: “**Basic/functional literacy:** sufficient basic skills in reading and writing to be able to function effectively in everyday situations [...] **Communicative/interactive literacy:** more advanced cognitive and literacy skills which, together with social skills, can be used to actively participate in everyday activities, to extract information and derive meaning from different forms of communication, and to apply new information to changing circumstances. **Critical literacy:** more advanced cognitive skills which, together with social skills, can be applied to critically analyze information, and to use this information to exert greater control over life events and situations” (NUTBEAM, 2000, p. 263-264).

Assim, o crescente volume de informação sobre saúde disponível na Internet fez emergir, em 2006, uma nova dimensão da literacia para a saúde: a *eHealth literacy*, que foi originalmente definida como “a habilidade para procurar, encontrar, entender e avaliar informação sobre saúde de fontes eletrônicas e aplicar o conhecimento adquirido para abordar ou resolver um problema de saúde” (NORMAN; SKINNER, 2006a, p. 2, tradução nossa)<sup>44</sup>.

Importante ressaltar que, ao contrário da *health literacy*, ainda não há sugestões de tradução para a *eHealth literacy*. A complexidade de um trabalho de tradução deste termo inicia-se na dificuldade de conceituar a própria *eHealth* em português. Uma lista preliminar de opções poderia incluir “literacia digital em saúde”, “literacia em eSaúde”, “literacia em saúde digital”, “literacia para saúde eletrônica” - apenas para citar alguns. Como não nos cabe aqui debater as opções terminológicas e as possíveis traduções referentes a este termo, optamos por adotar nesta dissertação a expressão em sua versão original, na língua inglesa: *eHealth literacy*.

Segundo Norman e Skinner (2006a), o consumo de informações sobre saúde *on-line* requer habilidades que vão desde as competências básicas de leitura, de escrita e do uso prático de computadores até o conhecimento do contexto social envolvido na produção, transmissão e recepção dessas informações. Combina, portanto, características de outros seis tipos de literacias dinâmicas que poderiam ser melhoradas com intervenção e treinamento, conforme o modelo da Figura 2.

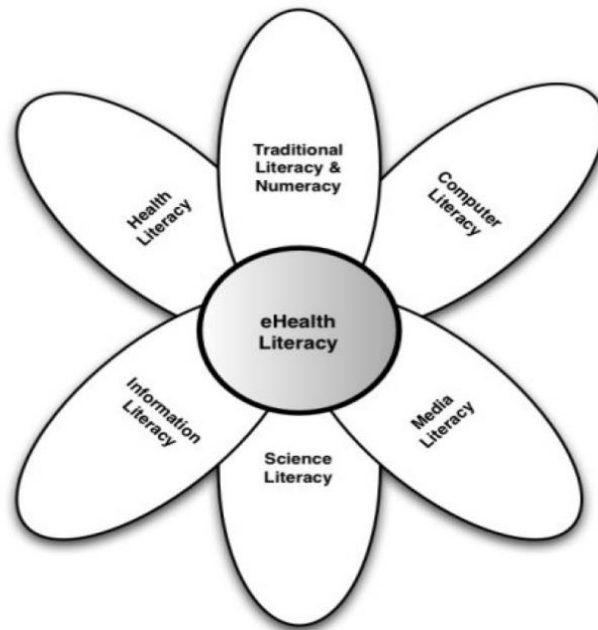
O modelo do lírio (*lily model*) proposto por Norman e Skinner (2006a) compreende seis habilidades principais ou literacias. Cada uma delas é representada por uma pétala de lírio sobreposta que alimenta a parte central da flor, que simboliza a *eHL*. As seis partes são classificadas em dois grupos distintos: três literacias são os que os autores chamam de “componentes analíticos” (*analytic components*), ou seja, que envolvem habilidades aplicáveis a uma ampla gama de fontes e contextos de informação. São elas:

- a) Literacia tradicional: capacidade de ler textos, entender passagens escritas, falar e escrever um idioma de forma coerente;
- b) Literacia/competência em informação: capacidade de entender como as informações são organizadas na Internet, como procurá-las e como utilizá-las;
- c) Literacia midiática: capacidade de inserir as informações em um contexto social e político, a fim de entender como diferentes formas de mídia podem moldar a mensagem transmitida.

---

<sup>44</sup> No original: “the ability to seek, find, understand, and appraise health information from electronic sources and apply the knowledge gained to addressing or solving a health problem” (NORMAN; SKINNER, 2006a, p. 2).

**Figura 2** - Modelo do lírio (*lily model*) da *eHealth literacy*



Fonte: (NORMAN; SKINNER, 2006a)

As outras três literacias que compõem o modelo são chamadas por Norman e Skinner (2006b) de “componentes específicos do contexto” (*context-specific components*), ou seja, habilidades específicas à uma determinada situação. São elas:

- d) Literacia digital: capacidade de usar computadores para resolver problemas;
- e) Literacia científica: capacidade de contextualizar as descobertas da pesquisa sobre saúde, compreendendo os processos de pesquisa envolvidos na criação de conhecimento;
- f) Literacia para a saúde: capacidade de ler, entender e agir acerca das informações de saúde.

O conjunto completo de habilidades relacionadas à *eHL*, portanto, compreenderia competências relacionadas não apenas à saúde, mas também à alfabetização tradicional (ou básica), conceitos numéricos, computadores, mídia, ciência e informação. Possuir todas essas habilidades integradas da *eHL* permitiria aos usuários obter resultados positivos não apenas no comportamento relacionado à busca de informações, mas também uma maior probabilidade de se envolver em experiências proativas relacionadas à saúde. Para Norman e Skinner (2006a) a *eHL* teria, portanto, potencial tanto para proteger os cidadãos de possíveis danos, quanto para capacitá-los a tomar boas decisões informadas sobre sua saúde. Neter e Brainin (2012)



complementam esta ideia, afirmando que a *eHL* ajuda os cidadãos a estarem alertas ao risco de encontrarem informações não confiáveis na Internet.

Segundo Bodie e Dutta (2008, p. 193) pessoas com altos níveis de *eHL* não apenas são mais propensas a usar a Internet para responder a perguntas sobre saúde, mas também são mais aptas a entender as informações que encontram, a avaliar a veracidade dessas informações, a discernir sobre a qualidade dos *sites* de saúde e a usar informações para tomar decisões de saúde bem informadas.

Paige et al. (2018b) afirmam que as habilidades da *eHL* são influenciadas por quatro tipos de determinantes: sociais (renda, educação, gênero, idade), relacionais (influências sociais, barreiras linguísticas ou culturais), do conhecimento (tipo e quantidade de informação e conhecimentos pré-existentes sobre o tema) e tecnológicos (acesso, frequência, tipo e quantidade de tecnologias usadas).

Após o surgimento do primeiro conceito de *eHL*, em 2006, diversos pesquisadores ao redor do mundo direcionaram seus esforços acadêmicos para o tema, de forma a analisar mais profundamente suas dimensões, antecedentes e consequências.

## 2.8 *eHEALS*: O PRINCIPAL INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO

No intuito de medir a *eHealth literacy*, Norman e Skinner (2006b) desenvolveram a *The eHealth Literacy Scale (eHEALS)*, baseada no modelo do lírio. Esta escala é baseada em um questionário que avalia a percepção dos indivíduos sobre as próprias habilidades para diferenciar e compreender a informação em saúde disponível na Internet. O questionário consiste em oito itens (Tabela 1), nos quais os entrevistados devem indicar o quanto concordam ou discordam de afirmações sobre seu conhecimento, confiança e habilidades no uso de informações sobre saúde na Internet. As opções de resposta são dispostas em uma escala *Likert* de cinco itens, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Pontuações mais altas no *eHEALS* pressupõem que o indivíduo possui maiores níveis de *eHL*.

O propósito do *eHEALS*, segundo seus autores, é “medir o conhecimento, o conforto e as habilidades percebidas dos consumidores em encontrar, avaliar e aplicar informações eletrônicas de saúde a problemas de saúde” (NORMAN; SKINNER, 2006b, p. 1, tradução nossa)<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> No original: “measure consumers’ combined knowledge, comfort, and perceived skills at finding, evaluating, and applying electronic health information to health problems” (NORMAN; SKINNER, 2006b, p. 1).

**Tabela 1 - The eHealth Literacy Scale (eHEALS), versão original em inglês**


---

*I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience right now.*

---

<b>1</b>	<i>I know <b>what</b> health resources are available on the Internet.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree
<b>2</b>	<i>I know <b>where</b> to find helpful health resources on the Internet.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree
<b>3</b>	<i>I know <b>how</b> to find helpful health resources on the Internet.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree
<b>4</b>	<i>I know <b>how to use</b> the Internet to answer my questions about health.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree
<b>5</b>	<i>I know how to use <b>the health information</b> I find on the Internet to help me.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree
<b>6</b>	<i>I have the skills I need to <b>evaluate</b> the health resources I find on the Internet.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree
<b>7</b>	<i>I can tell <b>high quality</b> health resources from <b>low quality</b> health resources on the Internet.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree
<b>8</b>	<i>I feel <b>confident</b> in using information from the Internet to make health decisions.</i>
	1) Strongly Disagree   2) Disagree   3) Undecided   4) Agree   5) Strongly Agree

---

Fonte: (NORMAN, SKINNER, 2006b)

Originalmente, o questionário foi validado em uma população de 664 jovens canadenses, com idades entre 13 e 21 anos, em quatro momentos ao longo de seis meses. Posteriormente, outros pesquisadores testaram a confiabilidade dos seus resultados em adultos de diferentes idades (NETER; BRAININ, 2012; NGUYEN et al., 2016), idosos (CHUNG; NAHM, 2015), portadores de doenças crônicas (PAIGE et al., 2017), veteranos de guerra (WHEALIN et al., 2016), entre outros grupos. O *eHEALS* também já foi administrado em variados suportes: por escrito no papel (NORMAN; SKINNER, 2006b), por telefone (NETER; BRAININ, 2017; STELLEFSON et al., 2017), e pela Internet (CHUNG; NAHM, 2015; PAIGE et al., 2017; SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017).

O *eHEALS* não é o único instrumento de medição de *eHL* existente<sup>46</sup>, mas parece ser a ferramenta mais popular e bem aceita dentro da comunidade acadêmica. Uma revisão bibliográfica sobre a *eHL* feita por Karnoe e Kayser (2015) indicou que, de 53 artigos que

---

<sup>46</sup> Apresentaremos os outros instrumentos no Capítulo 5.

avaliaram este tipo de literacia até setembro de 2015, 45 utilizaram o *eHEALS* (KARNOE; KAYSER, 2015). É, portanto, o instrumento de avaliação de *eHL* mais utilizado no mundo.

Desde a sua publicação, o *eHEALS* já foi utilizado em estudos em diferentes grupos, culturas e países e foi traduzido em diversos idiomas, sempre atingindo um desempenho consistente, segundo Norman (2011). O *eHEALS* já foi traduzido para o holandês (VAN DER VAART et al., 2011), japonês (MITSUTAKE et al., 2011), chinês (KOO; NORMAN; CHANG, 2012), húngaro (ZRUBKA et al., 2019), italiano (DE CARO et al., 2016), alemão (SOELLNER; HUBER; REDER, 2014), persa (BAZM et al., 2016), hebraico (NETER; BRAININ, 2012). O artigo de Norman e Skinner (2006b) que lançou o *eHEALS* gerou grande debate acadêmico. Segundo o *Journal of Medical Internet Research* (Jmir), ele já tinha sido citado como referência em 456 textos acadêmicos até o final de abril de 2020.

Apesar da importância acadêmica, tal instrumento nunca foi utilizado ou pesquisado no Brasil, o que reforça a relevância da presente pesquisa.

## 2.9 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Além desta Introdução, as próximas páginas desta dissertação estão estruturalmente divididas em mais cinco partes. Inicialmente apresentamos, de forma sucinta, quais as questões desta pesquisa e seus objetivos, buscando delinear o ambiente e o objeto sobre os quais este estudo se debruça. Em seguida, apresentamos os elementos que justificam a pertinência e a relevância desta investigação. No capítulo 4, detalhamos os procedimentos metodológicos utilizados, explicando de maneira informativa e descritiva como foi feito o levantamento bibliográfico sobre *eHL*, a formação e a realização dos grupos focais e a construção e aplicação do questionário de pesquisa, processo que teve como preocupação enfatizar a participação dos jovens na validação do instrumento.

Logo depois, sistematizamos e apresentamos os resultados referentes à coleta de dados, tanto na pesquisa bibliográfica quanto na pesquisa de campo, fazendo a análise e a discussão dos artigos lidos, dos grupos focais realizados e dos questionários respondidos, bem como das limitações desta investigação. Nosso intuito foi relacionar as informações levantadas durante o processo de pesquisa e os objetivos deste estudo, de modo a levantar hipóteses sobre possíveis influências das condições sociais e econômicas dos cidadãos em suas habilidades de *eHL*.

Por fim, concluímos esta dissertação com considerações finais que buscam sugerir questionamentos que possam instigar a realização de novos estudos brasileiros relacionados à apropriação das informações sobre saúde que circulam nas mídias digitais.

### 3 QUESTÃO E OBJETIVOS

O contexto sociocomunicacional e as evidências científicas comentadas até aqui parecem apontar para um cenário complexo caracterizado por: altos índices de conectividade à Internet e às redes sociais *on-line*; problemas relacionados à desinformação sobre saúde na Internet e baixa capacidade de julgamento crítico dos nativos digitais em relação aos conteúdos acessados ou recebidos pelas mídias digitais.

Diante deste cenário, pretendemos discutir como os jovens nativos digitais se apropriam das informações sobre saúde disponíveis na Internet e que habilidades eles devem ter para encontrar, avaliar e aplicar essas informações na solução de seus problemas de saúde.

#### 3.1 QUESTÃO DE PESQUISA

A questão apresentada acima nos conduziu por uma pesquisa bibliográfica preliminar que pudesse orientar alguns recortes de pesquisa. Inicialmente, nos deparamos com diferentes definições socioculturais relacionadas ao termo “literacia” em seu sentido mais descontextualizado e amplo, que foram agrupadas por Perry (2012) em três perspectivas principais: literacia como prática social, multiliteracias (*multiliteracies*) e literacia crítica. No artigo em que apresenta as diferentes perspectivas socioculturais envolvidas nos estudos de literacia, Perry defende a importância de se localizar as práticas de literacia não apenas no contexto educacional, mas também em relação às circunstâncias sociais e culturais da vida dos indivíduos.

(...) também é verdade que, para entender verdadeiramente a literacia e os aprendizes, os educadores devem ver a literacia e os aprendizes em todos os contextos, não apenas nos contextos de escolarização. Além disso, também deve haver um entendimento de que os processos cognitivos são moldados pelos contextos e práticas sociais em que ocorrem (PERRY, 2012, p. 66, tradução nossa)<sup>47</sup>.

Buckingham (2003) também propõe uma compreensão analítica mais ampla sobre as literacias a partir da denominada “teoria social das literacias” (*social theory of literacies*):

---

<sup>47</sup> No original: “(...) it is also true that in order to truly understand literacy and learners, educators must see literacy and learners in all contexts, not just in the contexts of schooling. Additionally, there also must be an understanding that cognitive processes are shaped by the social contexts and practices in which they occur” (PERRY, 2012, p. 66).

(...) a literacia não pode ser considerada separadamente das estruturas sociais e institucionais em que está situada. Essa é uma teoria social, que efetivamente dispensa uma noção singular de literacia e a substitui por uma noção de literacias plurais, definidas pelos significados que produzem e pelos interesses sociais a que servem (BUCKINGHAM, 2003, p. 38-39, tradução nossa)<sup>48</sup>.

Segundo o autor, a natureza inerentemente social da literacia reflete-se no fato de que diferentes grupos sociais se apropriam dela e a utilizam de maneiras muito diferentes. Não raramente, as consequências da literacia são formas particulares de ação social que dependem dos contextos sociais e propósitos sociais para os quais ela é utilizada.

Implica que os indivíduos não criam significados isoladamente, mas através de seu envolvimento em redes sociais, ou "comunidades interpretativas", que promovem e valorizam formas particulares de literacia. O estudo da literacia deveria, portanto, abordar questões sobre os contextos econômicos e institucionais da comunicação - por exemplo, como os diferentes grupos sociais têm diferentes tipos de acesso à literacia, e como o acesso e a distribuição estão relacionados a desigualdades mais amplas na sociedade. (BUCKINGHAM, 2003, p. 39, tradução nossa)<sup>49</sup>.

Apesar deste estudo não se apoiar em uma análise sobre as teorias socioculturais envolvidas nas pesquisas sobre literacias, concordamos que elas se referem não apenas a um conjunto de habilidade cognitivas, mas também a práticas relacionadas a diferentes domínios da vida que ocorrem em um determinado contexto social e que têm, como consequência, implicações sociais. Isso valeria não apenas na perspectiva da literacia funcional (ler e escrever) ou da literacia midiática, mas também nos domínios da saúde e da *eHealth*.

Essas reflexões acabaram por definir a questão que orienta esta investigação: em que medida as condições socioeconômicas influenciam nos níveis de *eHealth literacy* entre jovens?

### 3.2 OBJETIVO DA PESQUISA

Orientados pela pergunta de pesquisa, definimos como objetivo principal deste estudo analisar a influência do contexto socioeconômico nos níveis de *eHealth literacy* entre jovens.

---

<sup>48</sup> No original: "(...) literacy cannot be considered separately from the social and institutional structures in which it is situated. This is a social theory, which effectively dispenses with a singular notion of literacy and replaces it with a notion of plural literacies, that are defined by the meanings they produce and the social interests they serve" (BUCKINGHAM, 2003, p. 38-39).

<sup>49</sup> No original: "It implies that individuals do not create meanings in isolation, but through their involvement in social networks, or 'interpretive communities', which promote and value particular forms of literacy. The study of literacy should thus necessarily address questions about the economic and institutional contexts of communication - for example, how different social groups have different kinds of access to literacy, and how access and distribution are related to broader inequalities within society" (BUCKINGHAM, 2003, p. 39).

Dentro das limitações da base empírica, nosso intuito é apontar prováveis tendências e/ou hipóteses sobre esse tema a partir de uma observação exploratória focada no possível impacto que atributos como variáveis socioeconômicas e determinantes sociais podem exercer nos níveis de *eHL*.

Paralelamente, nos propomos mais especificamente a:

- a) mapear a *eHealth literacy* como área de conhecimento, de modo a compreender, de maneira ampla, suas principais convergências e divergências acadêmicas.
- b) identificar, na literatura produzida até aqui, os autores que destacam as perspectivas sociais e/ou econômicas na utilização do questionário *eHEALS*;
- c) identificar algumas representações sociais dos participantes em relação à informação sobre saúde na Internet;
- d) validar a versão traduzida do questionário *eHEALS* a partir da avaliação dos participantes;
- e) aplicar o questionário *eHEALS* nos grupos de jovens selecionados, analisar e comparar as respostas obtidas entre os grupos;
- f) verificar a repercussão das atividades realizadas entre os participantes e proceder à devolutiva dos resultados obtidos pela pesquisa junto às instituições envolvidas.

### 3.3 OBJETO DE PESQUISA

Estabelecidos a questão e os objetivos da pesquisa, torna-se necessário definir qual(is) grupo(s) de indivíduos participará deste estudo. De início, notamos a necessidade de que a amostra reúna pessoas incluídas digitalmente, ou seja, que tenham acesso a um dos dispositivos necessários para acessar a Internet (computadores, smartphones ou *tablets*) e possuam *expertise* para utilizar funcionalmente as tecnologias digitais (literacia digital). Que sejam, portanto, alfabetizadas digitalmente.

Por isso, realizamos primeiramente um recorte geracional: o grupo a ser analisado será composto por nativos digitais (PRENSKY, 2001), ou seja, jovens que são “falantes nativos” (*native speakers*) da linguagem digital dos computadores. Essa opção deu-se pelo fato de que novas tecnologias tendem a ser adotadas mais rapidamente entre grupos de pessoas mais jovens, que as consideram úteis e fáceis de usar (PAIGE et al., 2018a). Constituem, portanto, uma população interessante para o estudo do conjunto de habilidades necessárias para acessar e se envolver com a *eHealth*. Além disso, esse recorte etário se aproxima daquele feito por Norman e Skinner (2006b) quando, em 2006, elaboraram e validaram o próprio *eHEALS*. Naquela

ocasião, o questionário foi aplicado, pela primeira vez, em jovens canadenses entre 13 e 21 anos.

Um segundo recorte levou em consideração o mapa social que desejamos investigar e a situação de dominação e poder que envolvem os diferentes grupos sociais de nativos digitais. Caetano (2017) defende que métodos de literacia (em seu trabalho, a autora aborda principalmente as ações de literacia midiática) sejam utilizados em prol do fortalecimento da escola pública. Segundo ela, as boas práticas envolvendo jovens e mídias em projetos educacionais devem ser colocadas “à disposição das escolas públicas, de forma a que essas recuperem sua função de socialização e de empoderamento de sujeitos, como espaços privilegiados para difundir o respeito à diversidade, aos direitos humanos e ao exercício da cidadania que o conceito de Alfabetização Midiática e Informacional exige” (CAETANO, 2017, p.14). Concordando com a autora, optamos por adotar inicialmente, como sujeitos da pesquisa, alunos de escolas públicas em situação de vulnerabilidade social.

Em estudo publicado em 2019, Pereira Neto et al. (2019) analisaram os hábitos digitais de estudantes do Ensino Médio no Colégio Estadual Professor Clóvis Monteiro (CEPCM), escola pública de ensino secundário localizada na comunidade de Manguinhos, no Rio de Janeiro, que atende a 1.390 estudantes divididos em 48 turmas de 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio nos turnos da manhã, tarde e noite<sup>50</sup>. Manguinhos é uma comunidade de baixa renda na cidade do Rio de Janeiro formada por sete favelas onde vivem mais de 36 mil habitantes. Possui um dos piores Índices de Desenvolvimento Social (IDS) do município<sup>51</sup> e é marcada por um quadro de exclusão social, desemprego, analfabetismo, negligência governamental e frequentes conflitos armados entre traficantes de drogas, policiais e milícias. Em geral, a população local possui baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, com expectativa de vida menor que a média brasileira (PEREIRA NETO et al., 2019).

NO CEPCM estudam jovens que, apesar da condição socioeconômica vulnerável, podem ser considerados inseridos digitais, conforme demonstrou o estudo de Pereira Neto et al. (2019): 97% dos alunos entrevistados nesse colégio possuíam acesso à Internet, sendo que em 68% das vezes, o acesso era realizado via telefone celular. Além disso, mais da metade (51%) dos respondentes da pesquisa informaram ficar conectados diariamente por 5 horas ou mais, e 30% durante 3 ou 4 horas diárias. Outro dado importante desse estudo é que 90% dos alunos

---

<sup>50</sup> Dados informados pela direção do CEPCM em agosto de 2019.

<sup>51</sup> Baseado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado pela ONU, o IDS é baseado em indicadores que cobrem acesso a saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e renda. Em 2010, o bairro de Manguinhos apresentava IDS= 0,518. Fonte: <http://www.data.rio/app/bairros-cariocas>.

afirmaram que procuravam por informações sobre saúde na Internet. Este fato sugere que as mídias digitais são uma importante fonte de informação sobre saúde para os jovens (PEREIRA NETO et al., 2019). Os estudantes disseram confiar na informação sobre saúde que encontram na Internet sempre (2%), com frequência (16%), algumas vezes (58%), poucas vezes (21%) ou nunca (2%).

Diante da escolha por jovens “nativos digitais”, alunos da rede pública ensino, em situação de vulnerabilidade social, e de posse dos dados sobre a conectividade e o consumo de informação *on-line* pelos alunos do CEPCM, optamos por selecionar neste colégio o primeiro grupo de jovens participantes desta pesquisa, uma vez que o consumo prévio de informações por meio das mídias digitais é um importante critério para participação na pesquisa. Também pesou nessa escolha o fato deste colégio em Manginhos ser um tradicional campo de pesquisa, principalmente para investigadores da Fiocruz, já que está localizado em um território vulnerável situado no entorno do campus da fundação. O CEPCM já foi campo, por exemplo, para os estudos de Silva (2014), Barão (2016) e Pereira Neto et al. (2019). A instituição também foi conveniada ao Programa de Vocação Científica (Provoc), proposta educacional de iniciação científica da Fiocruz (FERREIRA, 2010; MOREIRA, 2015).

Esse último critério também orientou a escolha do segundo grupo de jovens participantes. Como nosso foco recai sobre variáveis socioeconômicas, tornou-se oportuno para os fins desta pesquisa que outro grupo de estudantes, oriundos de outro contexto socioeconômico, fosse incluído. Por sugestão do orientador desta pesquisa, entramos em contato com o Colégio Qi, instituição de ensino particular fundada em 1994 na cidade do Rio de Janeiro como curso pré-vestibular. Hoje essa instituição possui seis unidades na cidade, do ensino infantil ao pré-vestibular, com programa integral bilíngue no ensino fundamental.

Em uma primeira reunião, a proposta desta pesquisa foi bem recebida pela direção geral do Colégio Qi, que sugeriu a participação de alunos da unidade localizada no bairro da Tijuca - a mais antiga e uma das maiores da rede. Neste colégio, no 2º semestre de 2019, estudavam 219 alunos de Ensino Médio cujas famílias tinham condições de pagar uma mensalidade de cerca de R\$1.800,00<sup>52</sup>, por meio período (todas as turmas do Ensino Médio ocorrem na parte da manhã). Um dos bairros mais tradicionais do Rio de Janeiro, na Tijuca reside a população de maior poder aquisitivo da Zona Norte do município<sup>53</sup>. Na Tabela 2, podemos comparar alguns importantes indicadores socioeconômicos entre os bairros de Manginhos e da Tijuca.

---

<sup>52</sup> Informações fornecidas pela direção do Colégio Qi.

<sup>53</sup> Em 2010, o IDS do bairro da Tijuca era 0,706. Fonte: <http://www.data.rio/app/bairros-cariocas>.



**Tabela 2** – Indicadores socioeconômicos: Manguinhos e Tijuca

<b>Bairro/indicador</b>	<b>Expectativa de vida (anos)<sup>a</sup></b>	<b>Taxa de frequência escolar (%)<sup>a</sup></b>	<b>Renda per capita (R\$)<sup>b</sup></b>
Maguinhas	66,30	69,64	346,00
Tijuca	75,04	100	2.314,00

<sup>a</sup> Fonte: Instituto Pereira Passos (IPP)/Data Rio

<sup>b</sup> Fonte: FGV Social/CPS a partir dos microdados do Censo 2010

Apesar de não haver dados prévios sobre a utilização da Internet pelos alunos do Colégio Qi/Tijuca, algumas evidências nos levaram a considerar esses jovens também como inseridos digitais: a instituição conta com uma sala digital para pesquisa e apresenta os tópicos “habilidades para o século XXI” e “tecnologia” como sendo dois de seus “pilares pedagógicos”. Além disso, algumas atividades acadêmicas são realizadas por meio da plataforma de ensino digital, um aplicativo próprio do colégio que deve ser baixado e instalado nos *smartphones* dos estudantes.

Desta forma, nossa questão de pesquisa será investigada em dois ambientes escolares formais da cidade do Rio de Janeiro, frequentados por jovens com perfis socioeconômicos distintos: Colégio Qi (unidade Tijuca) e Colégio Estadual Professor Clóvis Monteiro (CEPCM).

## 4 JUSTIFICATIVA

As mídias digitais são uma realidade em nossas vidas. Como debatido na introdução deste trabalho, a popularização das novas tecnologias digitais e as possibilidades abertas pela portabilidade estão mudando o comportamento das pessoas em relação à saúde. Essas mudanças fomentaram, por exemplo, o compartilhamento de informações sobre a saúde individual, antes privativas, em comunidades virtuais formadas por pessoas desconhecidas e o alastramento de informações falsas relacionadas à saúde em alcances e velocidades jamais vistos. Trouxeram, também, desafios ao poder público e à comunidade acadêmica. Em uma sociedade cada vez mais orientada para (e dependente da) tecnologia, acreditamos que o tema desta pesquisa - a *eHealth literacy* - é de essencial importância.

Na atual conjuntura, na qual o fenômeno da desinformação (identificada pelo senso comum como *fake news*) vem ganhando considerável destaque em debates políticos, jornalísticos e acadêmicos - inclusive dentro do SUS<sup>54</sup> - e que tem os “nativos digitais” (PRENSKI, 2001) como grandes consumidores de informações pela Internet, torna-se imperativo e atual atentar para a capacidade de julgamento desses jovens sobre a confiabilidade e a credibilidade das fontes de informação disponíveis *on-line*. Sobre isso, Jenkins et al. (2009) alertam que

O novo cenário mediado das principais fontes de notícias, projetos colaborativos de blogs, sites de notícias sem fontes e técnicas de marketing cada vez mais sofisticadas voltadas para consumidores jovens exigem que os alunos aprendam como distinguir fato de ficção, argumento de documentação, real de falso e marketing de esclarecimento (JENKINS et al., 2009, p.44, tradução nossa)<sup>55</sup>.

Trata-se de uma preocupação compartilhada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Em relatório recente sobre a sociedade da informação, a entidade destaca a crescente necessidade de se investir em habilidades informacionais críticas que possam ir além das competências técnicas e de navegação nas mídias digitais. Mais que isso: seriam necessárias, com urgência, ações destinadas a medir esse tipo de habilidade:

<sup>54</sup> O já citado site “Saúde sem Fake News”, do Ministério da Saúde, e o seminário “*As relações da saúde pública com a imprensa: fake news e saúde*”, realizado pela Fiocruz Brasília em março de 2019, são exemplos de iniciativas sobre este tema dentro do SUS.

<sup>55</sup> No original: “*The new mediated landscape of mainstream news sources, collaborative blog projects, unsourced news sites, and increasingly sophisticated marketing techniques aimed at ever-younger consumers demand that students be taught how to distinguish fact from fiction, argument from documentation, real from fake, and marketing from enlightenment*” (JENKINS et al., 2009, p.44).

Há uma necessidade urgente de desenvolvimento de medições em toda a gama de habilidades operacionais, informacionais, sociais e de criação de conteúdo. (...) Além disso - para entender a lacuna de habilidades em relação a um potencial futuro em que as TICs estarão incorporadas e invisíveis - o desenvolvimento de medições das habilidades de gerenciamento crítico de informação, comunicação e dados e das habilidades de produção é extremamente necessário. (ITU, 2018, p.22, tradução nossa)<sup>56</sup>.

Dessa forma, a tríade formada por comunicação, educação e novas tecnologias passa a constituir uma das problemáticas mais importantes deste milênio (OROZCO-GÓMEZ, 2011). As mudanças tecnológicas estão propondo um desafio às escolas e demandando uma reordenação dos processos pedagógicos. Nesse contexto, os estudos localizados na convergência da comunicação e da educação (educomunicação) ganham destaque e importância, especialmente aqueles relacionados às diversas literacias.

Na área da saúde, já no início do novo século, a literacia para a saúde foi apontada pela OMS saúde como um dos grandes objetivos da saúde pública e, ao mesmo tempo, um dos maiores desafios para as estratégias de educação e comunicação em saúde no século XXI (NUTBEAM, 2000). A importância da literacia para a saúde para o estado de saúde dos indivíduos tem sido bastante debatida na literatura acadêmica. Cada vez mais, ela tem passado a ser vista como uma habilidade essencial na vida das pessoas e na promoção da saúde. Segundo a *Alliance for Health and the Future*, a literacia para a saúde é importante para a saúde pública, para os indivíduos e para a economia (KICKBUSCH; WAIT; MAAG, 2006). Já para o *US Institute of Medicine*,

a literacia para a saúde é motivo de preocupação para todos os envolvidos na promoção e proteção da saúde, na prevenção de doenças e diagnóstico precoce, na assistência médica e na elaboração de políticas públicas. Habilidades em literacia para a saúde são necessárias para diálogo e discussão, leitura de informações sobre saúde, interpretação de gráficos, tomada de decisões sobre participação em pesquisas, uso de ferramentas para assistência médica pessoal ou familiar - como um medidor de fluxo expiratório ou termômetro -, cálculo da frequência ou da dosagem do medicamento, ou votação em questões sobre meio-ambiente ou saúde (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004, p. 31, tradução nossa)<sup>57</sup>.

<sup>56</sup> No original: “*There is an urgent need for the development of measures across the range of operational, information management, social and content-creation skills. (...) Furthermore – to understand the skills gap in relation to a potential future in which ICTs are embedded and invisible – the development of critical information, communication and data management, and production skills measures is desperately needed.* (ITU, 2018, p.22).

<sup>57</sup> No original: “*Health literacy is of concern to everyone involved in health promotion and protection, disease prevention and early screening, health care and maintenance, and policy making. Health literacy skills are needed for dialogue and discussion, reading health information, interpreting charts, making decisions about participating in research studies, using medical tools for personal or familial health care—such as a peak flow meter or thermometer—calculating timing or dosage of medicine, or voting on health or environmental issues*” (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004, p. 31).

A literacia para a saúde é cada vez mais reconhecida como um dos principais determinantes da saúde. Segundo Bröder et al. (2018, p.9), estudos já constataram que indivíduos com menores níveis de literacia para a saúde têm piores resultados de saúde, usam menos os serviços de prevenção e mais os serviços médicos, e têm menos capacidade de gerenciar suas condições de saúde a longo prazo.

Para Saboga-Nunes et al. (2019), a literacia para a saúde (LS) é uma estratégia que pode contribuir para a eficiência e a eficácia do SUS, bem como para ampliar o controle social dos cidadãos sobre as políticas públicas do Estado:

A LS aponta para a importância do fortalecimento das ações no âmbito da educação para a saúde, bem como no contexto da comunicação em saúde, de modo a alcançar indicadores positivos de saúde e qualidade de vida da população. (...) O conceito de literacia para a saúde expressa hoje um campo complexo, ampliando as perspectivas para adoção de estratégias e políticas de saúde efetivas para a promoção da saúde. Sendo a sua utilização relativamente recente quer em Portugal, no Brasil ou Angola, mais estudos deverão aprofundar a temática nestas e noutras latitudes onde o Português é usado como língua de comunicação (SABOGA-NUNES et al., 2019, n.p.).

Um estudo de Peres et al. (2017) analisou a quantidade de produção científica sobre literacia para a saúde no Brasil. Segundo os autores, publicações desse tipo “surgiram efetivamente como tema de interesse dos pesquisadores brasileiros após a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde” (PERES et al., 2017, p. 1596). Eles sugerem que há uma tendência no aumento de estudos sobre literacia e saúde no país. A OMS aponta as pesquisas sobre esse tema como promissoras áreas de ação:

Dada a relativa falta de pesquisas de implementação no mundo real envolvendo populações representativas, agências de saúde pública deveriam desenvolver mutuamente parcerias benéficas com pesquisadores de literacia para a saúde para ajudar a desenvolver, identificar, implementar e avaliar intervenções de literacia para a saúde (OMS, 2013, p.17, tradução nossa)<sup>58</sup>.

Ao apontarem tendências sobre como os indivíduos buscam e utilizam a informação em prol da saúde, as pesquisas sobre literacia podem auxiliar também no aprimoramento da saúde pública e na diminuição das iniquidades em saúde. Segundo a OMS, as pesquisas que medem a capacidade de uma pessoa entender, acessar, avaliar e usar informações e serviços de saúde constituem um

---

<sup>58</sup> No original: “Given the relative lack of real-world implementation research involving representative populations, public health agencies should develop mutually beneficial partnerships with health literacy researchers to help develop, identify, implement and evaluate health literacy interventions” (OMS, 2013, p.17).

(...) campo que avança rapidamente. Novas escalas aplicadas a grupos ou populações podem fornecer informações para permitir que profissionais, organizações e gestores ofereçam melhores serviços para pessoas com literacia para a saúde limitada e orientem respostas políticas (OMS, 2013, p.18, tradução nossa)<sup>59</sup>.

Dada a sua relevância para a promoção da saúde, acreditamos que a literacia para a saúde seja uma questão com importantes implicações nas políticas públicas de saúde do país. Por isso, constitui tema oportuno e merecedor do nosso interesse acadêmico.

A dimensão mais jovem da literacia para a saúde, a *eHealth literacy* também parece ser um tema que merece ser explorado. Segundo estudos já publicados, o conjunto de habilidades em *eHealth* pode influenciar positivamente os comportamentos de busca de informações sobre saúde (MILNE et al., 2015) e a qualidade da vida (MILNE et al., 2015) dos cidadãos. Também há evidências, segundo Petrič, Atanasova e Kamin (2017), que a *eHL* têm impacto nas dinâmicas da relação entre médicos e pacientes.

A celeridade das inovações tecnológicas que acompanham este tema o torna especialmente desafiador aos pesquisadores. Segundo Griebel et al. (2018, p.1), trata-se de uma disciplina que interessa a cientistas sociais (curiosos sobre os fatores humanos e sociais associados à *eHL*), a profissionais de saúde (que lidam com pacientes cada vez mais informados) e também a programadores (que buscam entender como a *eHL* pode ser refletir no desenvolvimento de serviços de *eHealth*).

Importante ressaltar que a importância da presente pesquisa se apoia, ainda, no ineditismo deste tema em pesquisas acadêmicas no Brasil. Apesar de já existir considerável produção acadêmica brasileira sobre a literacia para a saúde – em revisão bibliográfica realizada em 2017, Rigolin et al. (2018) mapearam 59 teses e dissertações brasileiras sobre o tema – a *eHealth literacy* representa uma área de conhecimento inexplorada no país.

Ao pesquisarmos por qualquer combinação dos termos *ehealth* e *literacy* no maior portal brasileiro de publicações científicas em acesso aberto, o oasisbr<sup>60</sup>, obtivemos apenas 11 resultados, sendo dez publicações portuguesas e apenas uma brasileira: uma dissertação de mestrado da UNESP que aborda o design da informação em ambientes de *ehealth*. Ao repetir a busca utilizando os termos em português “literacia”, “digital” e “saúde”, combinados em

---

<sup>59</sup> No original: “This is a rapidly advancing field. New scales applied to groups or populations can provide information to enable practitioners, organizations and planners to provide better services for people with limited health literacy and inform policy responses” (OMS, 2013, p.18).

<sup>60</sup> <<http://oasisbr.ibict.br>>. Acesso em 15. de mai. de 2020.

qualquer campo, alcançamos 61 resultados, sendo apenas 11 trabalhos produzidos por pesquisadores brasileiros, e nenhum abordando diretamente esse tema. Já a busca por *eHEALS* apresentou apenas cinco resultados, todos referentes a dissertações produzidas em Portugal entre 2013 e 2017. Os resumos dos resultados dessas três buscas constam nos APÊNDICES A, B e C desta dissertação.

Desenvolvido no Canadá (NORMAN; SKINNER, 2006b), o *eHEALS* já foi utilizado em diversos países e aplicado em diferentes formatos a uma ampla variedade de grupos e amostras de indivíduos. No entanto, apesar da relevância acadêmica, tal instrumento nunca foi utilizado no Brasil, o que reforça a mérito da temática desta investigação. Além de introduzir tal temática, acreditamos que este estudo pode contribuir com a literatura produzida desde 2006 sobre a *eHL* e, ainda, trazer à luz evidências sobre os fatores que influenciam a *eHL* no Brasil.

Entender o que impacta a *eHealth* no contexto específico de um país é particularmente importante para embasar a elaboração de políticas públicas locais de saúde, pois fornece informações para que se desenvolvam intervenções sob medida e estratégias de capacitação adequadas a determinados segmentos da população. Nesta pesquisa, nosso propósito é contribuir para o incentivo à produção acadêmica sobre a *eHL* no Brasil. Trata-se de um tema contemporâneo, que tem requerido crescente atenção - tanto da comunidade acadêmica quanto de órgãos de imprensa, de organizações internacionais e da própria sociedade civil - e cujo debate mostra-se historicamente pertinente e socialmente relevante na atualidade.

## 5 METODOLOGIA

Esta dissertação compreende um estudo de caso comparativo. Segundo Minayo (2014, p. 164), os estudos de caso “utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”. Apesar de ser uma das metodologias mais utilizadas em pesquisa qualitativa, o estudo de caso é alvo de contestações graças à falta de consenso entre pesquisadores sobre sua concepção e sua realização (YAZAN, 2016).

Nesta investigação, adotaremos a perspectiva construtivista de Merriam (1998 apud YAZAN, 2016), segundo a qual o estudo de caso qualitativo é uma estratégia de pesquisa legítima que compreende “uma descrição intensa, holística, bem como uma análise de um fenômeno limitado, como um programa, uma instituição, uma pessoa, um processo ou uma unidade social” (MERRIAM, 1998, p. 13 apud YAZAN, 2016, p. 175). Esta autora afirma que o principal interesse dos pesquisadores qualitativos se refere à maneira como os indivíduos dão sentido ao seu mundo e às suas experiências. Por isso, os estudos de caso devem ser conduzidos de maneira particular (focalizar em determinado grupo/evento/fenômeno), descritiva (produzir rica e densa descrição do fenômeno estudado) e heurística (iluminar a compreensão do leitor sobre o fenômeno). Alinhando-nos a essa concepção, esta pesquisa pretende focar nos dois grupos de jovens selecionados, de modo a produzir um relato detalhado e comparativo sobre as situações e os discursos que vamos observar, no intuito de esclarecer os leitores sobre as realidades estudadas.

Esta dissertação também se configura como uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, que tem o intuito de construir hipóteses explicativas sobre o microcosmo investigado. Para Gil (2008, p. 27), o estudo exploratório tem como objetivo propiciar uma familiaridade maior entre o(a) pesquisador(a) e o problema, além de “proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”. Segundo Piovesan e Temporini (1995), esse tipo de estudo busca estabelecer um primeiro contato com um determinado comportamento humano no contexto social em que ele ocorre e, ao mesmo tempo, encontrar padrões, ideias ou hipóteses que viabilizem, futuramente, estudos mais aprofundados sobre esse assunto. Theodorson e Theodorson (1970 apud PIOVESAN; TEMPORINI, 1995) definem o estudo exploratório como

um estudo preliminar cujo principal objetivo é familiarizar-se com um fenômeno a ser investigado, para que o estudo principal a seguir possa ser

projetado com maior entendimento e precisão. O estudo exploratório (que pode usar qualquer uma de variadas técnicas, geralmente com uma pequena amostra) permite ao investigador definir seu problema de pesquisa e formular sua hipótese com mais precisão. Também lhe permite (...) decidir sobre as questões que mais precisam de ênfase e investigação detalhada, e pode alertá-lo para possíveis dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência (THEODORSON; THEODORSON, n.p., apud PIOVESAN; TEMPORINI, 1995 p. 319, tradução nossa)<sup>61</sup>.

Já Babbie (2010) afirma que “os estudos exploratórios são bastante valiosos na pesquisa em ciências sociais. Eles são essenciais sempre que um pesquisador abre novos caminhos, e quase sempre produzem novas ideias sobre um tópico para pesquisa” (BABBIE, 2010, p. 93, tradução nossa)<sup>62</sup>.

Nosso propósito alinha-se com essas definições. Nesta investigação, o fenômeno com o qual desejamos fazer uma primeira aproximação compreende a *eHL* em jovens e suas possíveis relações com as dimensões social e econômica desses sujeitos. Trata-se de um tema ainda inexplorado em populações brasileiras e que oferece algumas possibilidades de caminhos de investigação. A metodologia adotada neste estudo não nos permitirá fazer generalizações ou chegar a conclusões sobre esse tema. No entanto, buscaremos, durante nosso processo investigativo, encontrar padrões que possam apontar questões merecedoras de maior atenção em pesquisa futuras.

A prioridade desta investigação recai sobre a abordagem qualitativa, entendida como aquela capaz “de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2014, p. 22–23). Baseando-nos no método qualitativo, buscaremos compreender a lógica interna dos grupos estudados quanto a seus valores culturais, relações entre os indivíduos, processos históricos e sociais, e também quanto às suas representações sobre os temas saúde, Internet e informação.

---

<sup>61</sup> No original: “a preliminary study the major purpose of which is to become familiar with a phenomenon that is to investigate, so that the major study to follow may be designed with greater understanding and precision. The exploratory study (which may use any of a variety of techniques, usually with a small sample) permits the investigator to define his research problem and formulate his hypothesis more accurately. It also enables him (...) to decide on the questions most in need of emphasis and detailed investigation, and it may alert him to potential difficulties, sensitivities, and areas of resistance” (THEODORSON; THEODORSON, n.p. apud PIOVESAN; TEMPORINI, 1995 p. 319).

<sup>62</sup> No original: “Exploratory studies are quite valuable in social science research. They’re essential whenever a researcher is breaking new ground, and they almost always yield new insights into a topic for research” (BABBIE, 2010, p. 93).



No entanto, como a análise proposta neste estudo inclui sugerir caminhos de pesquisa relacionados aos níveis de *eHL* medidos a partir do *eHEALS*, tornou-se importante, para os fins do nosso estudo, avaliar o grau dessas habilidades entre os sujeitos de pesquisa – o que se deu por meio da aplicação de questionários estruturados. Em um determinado momento, portanto, dados quantitativos sobre os participantes da pesquisa serão incluídos em nossa análise, de forma complementar. Nesse sentido, concordamos com Minayo (2014) quando esta autora afirma que a interação dialógica entre os dados qualitativos e quantitativos pode conduzir a resultados importantes e mais ricos sobre a realidade social. É necessário pontuar, no entanto, que nosso objetivo nesta pesquisa não é quantificar a magnitude do fenômeno que investigamos nem validar o *eHEALS* como instrumento de medição na população investigada - até porque o tamanho limitado da nossa amostra não permitiria chegar a tais conclusões.

Nosso processo de produção de conhecimento dividiu-se em três etapas complementares: uma teórica, uma empírica e uma analítica. Metodologicamente, estruturamos nosso olhar sobre o tema partir de três técnicas de coletas de dados: levantamento bibliográfico (etapa teórica), grupos focais e questionários (etapa empírica/trabalho de campo).

## 5.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

O processo de investigação iniciou-se com uma leitura preliminar de caráter conceitual e teórico, dividida em três etapas.

Inicialmente, procedemos a uma leitura atenta dos dois artigos fundacionais sobre o tema - o que lançou o conceito de *eHealth literacy* (NORMAN; SKINNER, 2006a) e o que apresentou o questionário *eHEALS* (NORMAN; SKINNER, 2006b) – e também do editorial no qual um dos autores revisita o conceito, cinco anos depois, apontando problemas e oportunidades (NORMAN, 2011).

Em seguida, procedemos à leitura de duas revisões sistemáticas (GRIEBEL et al., 2018; KARNOE; KAYSER, 2015) que se propuseram a fazer um apanhado geral dos estudos realizados sobre *eHL*, identificando modelos, conceitos e instrumentos de mensuração já desenvolvidos. Nosso objetivo, nessa etapa, foi compreender as principais críticas e controvérsias em torno da *eHL* e do *eHEALS*, além de identificar os avanços realizados e as barreiras ainda a superar pelos estudos nessa área.

Na última fase deste levantamento, aprofundamos a pesquisa bibliográfica com o objetivo de recuperar os possíveis debates já existentes sobre as dimensões socioeconômicas da *eHL* e do *eHEALS*. O intuito foi mapear o campo para identificar se, na construção da ferramenta

*eHEALS* e na literatura produzida a partir da publicação desse instrumento, a variável condição socioeconômica do usuário da informação havia sido considerada pelos autores. Ou seja, buscamos entender como a literatura internacional (ou parte dela) já debateu a influência das questões socioeconômicas na aplicação e nos resultados dessa ferramenta.

Esta fase da pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2019. Como primeiro recorte, optamos por selecionar artigos acadêmicos publicados exclusivamente pela *JMIR Publications*. O *Journal of Medical Internet Research (JMIR)* é uma revista acadêmica de acesso aberto e revisão por pares criada em 1999 pelo pesquisador Gunther Eysenbach, especialista em *eHealth* e um dos autores-referência neste campo. Hoje editor-chefe do JMIR, Eysenbach liderou, entre 1999 e 2001, o primeiro grupo de pesquisa em cibermedicina e *eHealth* do mundo, na Universidade de Heidelberg (Alemanha), e em 2002 ajudou a estabelecer o *Center for Global eHealth Innovation*, em Toronto (Canadá).

Em seu *site*, o *JMIR* se define como “a principal revista revisada por pares para medicina digital e saúde e cuidados de saúde na era da Internet” (tradução nossa)<sup>63</sup>. A revista tem fator de impacto 4.945 segundo o *Journal Citations Report 2019*, índice que a coloca no topo do ranking entre 26 publicações sobre saúde digital de todo o mundo em termos de qualidade, visibilidade e tamanho (número de artigos publicados). Trata-se, portanto, do periódico pioneiro e líder em sua área. A *JMIR Publications* edita outras 32 publicações suplementares com foco em subtemas específicos dentro da *eHealth*, como: *mHealth*, games, saúde mental, câncer, bioinformática, engenharia biomédica, enfermagem, educação médica, saúde pública, entre outros.

Foi no *JMIR* – a principal e mais seletiva revista do grupo - que Norman e Skinner publicaram, em 2006, o artigo que lançou o conceito de *eHealth literacy* e, pouco depois, no mesmo ano, também o artigo que apresentou a escala *eHEALS*. Como já mencionado na introdução, esses artigos tiveram grande repercussão acadêmica, e boa parte dos debates posteriores concentraram-se, também, em publicações disponíveis nos periódicos da *JMIR Publications*.

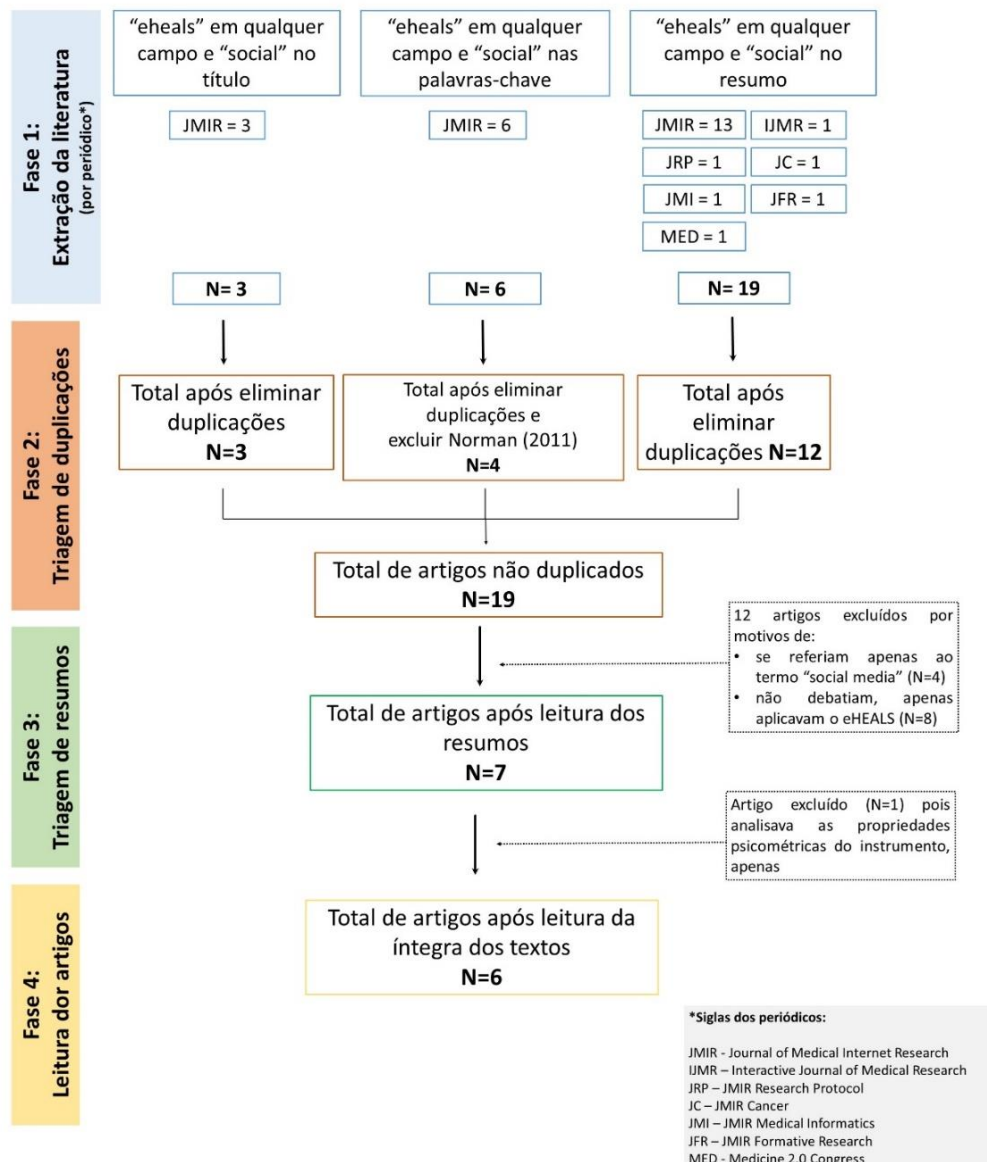
No âmbito desses periódicos, realizamos um procedimento de extração de literatura que teve como critério de busca a presença simultânea do termo *eHEALS* em qualquer campo e da palavra *social* em um dos seguintes campos: título, palavras-chave ou resumo, nessa ordem. Eliminados os retornos duplicados e o editorial autocrítico de Norman (2011) - que possuía a termo *social* nas palavras-chave, mas já havia sido lido na primeira etapa deste levantamento

---

<sup>63</sup> No original: “The leading peer-reviewed journal for digital medicine and health and health care in the internet age”. Disponível em: <<https://www.jmir.org/>>. Acesso em 24.04.2020.

bibliográfico - foram obtidos 19 resultados. Em seguida, realizamos a leitura dos resumos desses 19 artigos com o objetivo de identificar e separar o significado que cada texto atribuía ao termo *social*. Dentre a amostra inicial (n=19), quatro artigos (n=4) referiam-se a expressão *social media*. Ou seja, nestes estudos a dimensão social estava relacionada às redes sociais *on-line* como plataformas interativas de compartilhamento. Estes quatro artigos foram excluídos porque não se relacionavam com as condições sociais dos indivíduos envolvidos. Também foram excluídos da amostra outros oito (n=8) artigos que não se propunham a debater aspectos relacionados ao *eHEALS*, limitando-se apenas em utilizar esse questionário em alguma etapa do estudo para obter informações sobre os sujeitos de pesquisa.

**Figura 3** - Esquema de extração de literatura



A extração resultou em uma lista final de sete artigos (n=7) que foram lidos na íntegra. Após essa leitura, foi retirado um artigo que tinha como objetivo apenas examinar a validade fatorial, a estrutura e o grau de invariância do *eHEALS*. Os seis artigos (n=6)<sup>64</sup> que foram incluídos ao final da triagem buscavam, de alguma forma, relacionar fatores sociodemográficos ou determinantes sociais com os níveis de *eHL* e, por isso, receberam uma análise mais detalhada, que consta no próximo capítulo deste trabalho. A Figura 3 ilustra o passo-a-passo realizado neste levantamento bibliográfico.

## 5.2 REALIZAÇÃO DE GRUPOS FOCAIS

Optamos por realizar uma etapa empírica com trabalho de campo pois acreditamos que seria importante para os objetivos desta pesquisa uma aproximação da pesquisadora com a realidade sobre a qual a pergunta foi formulada, favorecendo uma interação com os atores sociais que fazem parte da realidade estudada (MINAYO, 2016). Sobre estes, Minayo (2016) afirma que

No campo, eles [os atores sociais] fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando num produto compreensivo que não é a realidade concreta e sim uma descoberta construída com todas as disposições em mãos do investigador: suas hipóteses e pressupostos teóricos, seu quadro conceitual e metodológico, suas interações, suas entrevistas e observações, suas inter-relações com os colegas de trabalho (MINAYO, 2016, p. 57).

Dessa forma, a partir de uma perspectiva interacionista, a etapa empírica desta pesquisa iniciou-se com realização de dois grupos focais, um em cada colégio participante.

Segundo Kind (2004), grupo focal é um “procedimento de coleta de dados no qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal” (KIND, 2004, p.126). Já Minayo (1992, p. 129) aponta que “o grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social”. Dessa forma, a opção por este recurso metodológico poderia locupletar a investigação com dados contextuais provenientes das dinâmicas interativas verbais e não verbais entre os participantes, surgidos da tendência natural de o indivíduo agir a partir da ação realizada pelo outro (SILVA, 2012).

---

<sup>64</sup> São eles: (NETER; BRAININ, 2012; TENNANT et al., 2015; XESFINGI; VOZIKIS, 2016; HAYAT; BRAININ; NETER, 2017; SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017; PAIGE et al., 2018).

Como forma privilegiada de interação social, os grupos focais integraram, assim, uma etapa de caráter qualitativo que teve como objetivos:

- a) promover a aproximação entre a pesquisadora e o universo da população-alvo (BORGES; SANTOS, 2005), de modo a criar familiaridade com os sujeitos da pesquisa (MARTINO, 2018);
- b) levantar informações preliminares sobre o comportamento dos jovens, de modo a mapear previamente suas maneiras peculiares de agir, sentir e pensar e o contexto cultural e social em que estão inseridos (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995), especialmente no que diz respeito às práticas sociais na Internet e percepções sobre as mídias digitais;
- c) colher informações que subsidiassem um planejamento mais preciso da próxima etapa da pesquisa, a aplicação do questionário;
- d) identificar explicações, crenças e ideias dos jovens sobre as práticas e os processos que envolvem informação sobre saúde na Internet; e
- e) subsidiar e validar a elaboração do questionário de pesquisa.

No que concerne a este último objetivo, os jovens participantes dos grupos focais realizaram um pré-teste do instrumento de coleta de dados que foi aplicado na etapa seguinte da pesquisa, no intuito de assegurar que ele estava bem elaborado no que se refere a: adequação da linguagem, forma, ordem e conteúdo de questões, clareza e precisão dos termos, construção das alternativas de resposta, introdução e apresentação gráfica do questionário (GIL, 2008, p. 134).

A realização dos dois grupos focais contou com a presença de um observador/relator. Quem atuou nesse papel foi um colega que é cientista social, pesquisador e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), ao qual esta pesquisa também se vincula.

### 5.3 APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

O segundo momento da etapa empírica da pesquisa compreendeu a aplicação de questionários estruturados à uma amostragem não-probabilística de conveniência formada pela maior quantidade possível de alunos de Ensino Médio nos dois colégios selecionados.

Pautando-se pela pergunta que guia a investigação, seria imprescindível que esses jovens respondessem ao *eHEALS*, uma ferramenta já amplamente testada e validada como técnica de coleta de dados. O foco desta investigação, no entanto, apoia-se na influência do contexto

socioeconômico no processo e nas práticas de *eHL*, e por isso que se tornou indispensável conhecer um pouco mais a realidade social e econômica dos respondentes.

Dessa forma, optamos por construir um questionário dividido em duas partes: a “Parte A”, relativa a informações pessoais, dividida em: identificação, informações socioeconômicas e familiares, acesso e uso da Internet e Internet e saúde; e a “Parte B”, referente às habilidades digitais em saúde dos respondentes, composta basicamente por uma versão do *eHEALS* traduzida para o português brasileiro.

É importante ressaltar que esta investigação não pretendeu avaliar o desempenho psicométrico do questionário ou realizar sua validação estatística. Nossa investigação qualitativa se propôs a analisar contextos específicos na elaboração do *eHEALS* e nos resultados obtidos por este. Dessa forma, nossa opção foi realizar uma adaptação da versão original do questionário em inglês para o português brasileiro a partir da participação dos atores sociais envolvidos na pesquisa. Após a tradução inglês-português realizada pela própria pesquisadora, os jovens participantes do grupo focal puderam realizar um pré-teste do instrumento. A eles coube ler, avaliar e opinar sobre a versão traduzida, inclusive destacando termos que lhes pareciam pouco claros, indefinidos ou confusos. Dessa forma, chegamos à versão final da Parte B do questionário, que corresponde ao *eHEALS* traduzido para o português e compreensível aos sujeitos da pesquisa.

A presença desses jovens na “co-construção” (*co-construction*) (CLAVIER et al., 2012) do instrumento de avaliação traduzido buscou reforçar o caráter coletivo e participativo da pesquisa por meio da aplicação da “Translação do Conhecimento”, ou seja, na interação entre o saber acadêmico formal e outros saberes fruto da experiência, propiciando uma compreensão compartilhada entre universos distintos. Trata-se de “método de pesquisa e ação que visa a incentivar a troca entre diferentes saberes, construindo um conhecimento comum voltado para a compreensão e transformação da realidade existente” (BARBOSA; PEREIRA NETO, 2017, p. 317).

A translação em pesquisa participativa (...) é, portanto, uma prática multifacetada e inovadora que permite intercâmbios multidirecionais e a co-construção de conhecimento entre acadêmicos, representantes da comunidade, profissionais e tomadores de decisões. (CLAVIER et al., 2012, p.4, tradução nossa)<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> No original: “*Translation in participatory research (...) is therefore a multifaceted, innovative practice that allows for multidirectional exchanges and the co-construction of knowledge among academics, community representatives, practitioners and decision-maker*” (CLAVIER et al., 2012, p. 4).

Desta forma, foi possível estabelecer uma relação mais dialógica, horizontal e, dentro do possível, menos hierárquica, de forma que os jovens participantes fossem não apenas objetos de estudo, mas também sujeitos ativos do processo de investigação.

A Parte A do questionário foi construída conjuntamente entre a pesquisadora e o orientador da pesquisa. Trata-se de um formulário estruturado que coletou dados sociodemográficos dos respondentes, no intuito de descrever as características da população pesquisada e também informações acerca de padrões de uso da Internet, atitudes em relação as dispositivos e plataformas digitais e disposição para buscar informações *on-line* sobre saúde. Julgamos que esses dados são importantes para os objetivos desta investigação e para a análise e correlação com o referencial teórico. Na elaboração do questionário, buscamos nos ater a alguns procedimentos técnicos que pudessem garantir sua eficácia na verificação dos objetivos da pesquisa (GIL, 2008).

Este questionário socioeconômico foi dividido em quatro blocos, cada um exaustivamente debatido durante as reuniões de orientação. Serviram como fonte para definição da cada pergunta os seguintes questionários, encontrados em pesquisa prévia, e que mantinham correlação com os propósitos desse estudo: Questionário Básico do Censo 2020<sup>66</sup>; Questionário do Estudante ENADE 2018<sup>67</sup>; e Questionário Sócio-econômico-educacional da Universidade Estadual de Londrina (UEL)<sup>68</sup>, todos disponíveis na Internet. Também foi usado como inspiração o questionário utilizado por Pereira Neto et. al (2019) em pesquisa anterior sobre “nativos digitais” e saúde.

O Bloco 1 do questionário refere-se à identificação do respondente. Optamos por incluir somente as três informações que poderiam ser essenciais às nossas análises: colégio (Estadual Professor Clóvis Monteiro ou Colégio Qi), idade (13 a 18 anos ou mais) e gênero (feminino, masculino, outro ou prefiro não declarar).

O Bloco 2 de perguntas dedicou-se a levantar importantes dados socioeconômicos pessoais e familiares dos jovens envolvidos na pesquisa. Nossa finalidade, aqui, foi reunir informações que pudessem guardar relação direta com nossa pergunta de pesquisa. Dessa forma, integram essa parte perguntas sobre renda mensal familiar (e quantidade de pessoas sustentadas por essa renda), escolaridade cursada na rede pública ou particular, acesso a

---

<sup>66</sup> Disponível em: <[https://censo2020.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/ba7ebcb8ad1eb3d4d1e103c9033d5404.pdf](https://censo2020.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/ba7ebcb8ad1eb3d4d1e103c9033d5404.pdf)>. Acesso em 12 de mai. de 2020.

<sup>67</sup> Disponível em: <[http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/enade/questionario\\_estudante/questionario\\_estudante\\_enade\\_2018.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/questionario_estudante/questionario_estudante_enade_2018.pdf)>. Acesso em 12 de mai. de 2020.

<sup>68</sup> Disponível em: <[http://www.uel.br/proplan/perfil-aluno/anexo\\_1.pdf](http://www.uel.br/proplan/perfil-aluno/anexo_1.pdf)>. Acesso em 12 de mai. de 2020.

serviços básicos (como coleta de lixo e tratamento de esgoto) e frequência a cursos extracurriculares, como idiomas, informática, esportes e musicais.

Já o Bloco 3 diz respeito a informações sobre acesso e uso da Internet, ou seja, aos hábitos de consumo de conteúdos digitais. Aqui, questionamos a frequência de acesso à Internet, o dispositivo e o tipo de conexão utilizados e a frequência de uso de diferentes tecnologias digitais, como *Whatsapp*, *Facebook*, *Instagram*, *e-mail*, *sites* de notícia, entre outros.

Por último, na Bloco 4, nosso esforço concentrou-se em descobrir como esses jovens consomem, pelas mídias digitais, conteúdos especificamente relacionados à saúde. As questões focam na reação dos respondentes quando confrontados com um problema de saúde, seus hábitos de busca por informações sobre saúde na Internet e a confiabilidade das fontes acessadas.

A íntegra do questionário aplicado, com as respectivas Partes A e B, encontra-se no APÊNDICE D.

#### 5.4 ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

O último ciclo metodológico desta pesquisa, de caráter analítico, engloba a organização, a análise e a interpretação dos dados empíricos coletados nas etapas anteriores, articulando-os com os conceitos e com a literatura que dão sustentação a esta pesquisa.

Nesta etapa analítica da pesquisa, nos ancoramos na perspectiva hermenêutico-dialética, técnica de análise de material qualitativo proposta por Minayo (2014). Essa abordagem busca apreender a natureza do mundo social pela experiência subjetiva do sujeito, utilizando-se dos conceitos de significado e intencionalidade para compreender os fenômenos sociais (MINAYO, 2014). Trata-se de uma perspectiva oriunda das correntes compreensivas das Ciências Sociais, que trabalha com sentidos mais amplos, em um movimento de síntese por meio da construção de possíveis significados a partir da compreensão dos textos (hermenêutica) e do estranhamento (dialética).

A hermenêutica busca compreender o fenômeno que está sendo investigado; a dialética, por sua vez, concebe o pensamento crítico:

Ao mostrar como a primeira realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, ressalta que suas limitações podem ser fortemente compensadas pelas propostas do método dialético. A dialética, por sua vez, ao sublinhar o dissenso, a mudanças e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade (MINAYO, 2014, p. 349).



Assim, a abordagem hermenêutica-dialética pretende apreender as práticas, a linguagem e as relações sociais em um constante movimento de contradição, ou seja, analisar os indivíduos pertencentes a grupos sociais em um determinado momento histórico, identificando interesses que os afastam e os aproximam, sempre referindo-se à prática e ciente de que não é possível existir imparcialidade no processo de observação. Dessa forma, esse método caminha para além dos conteúdos dos textos em direção aos seus contextos, revelando lógicas e explicações abrangentes presentes em uma determinada cultura acerca de um determinado tema, buscando apreender a prática social dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório (MINAYO, 2014; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

Seguindo a proposta operativa apresentada por Minayo (2014, p. 356-360), a trajetória analítico-interpretativa deste trabalho ocorreu em três fases:

a) *Ordenação dos Dados*: “engloba tanto as entrevistas como o conjunto de material de observação e dos documentos populares e institucionais” (MINAYO, 2014, p. 256). Compuseram nosso conjunto de dados: os diálogos dos grupos focais; as informações obtidas nas dinâmicas realizadas durante os grupos focais; as anotações de campo baseadas em observações participantes da pesquisadora; os relatórios do observador/relator dos grupos focais; e os dados provenientes dos questionários aplicados nos dois grupos de estudantes. Nessa etapa, os áudios dos grupos focais, que haviam sido registrados com dois gravadores profissionais, foram transcritos na íntegra, preservando-se as falas dos sujeitos da forma mais fiel possível. Já os dados quantitativos extraídos dos questionários foram tabulados eletronicamente no software *Microsoft Excel* e submetidos a uma análise descritiva por meio de tabelas e gráficos. Seguindo proposta operacional sugerida por Minayo (2014), todos os dados foram inicialmente ordenados em um único *corpus* e depois organizados em dois subconjuntos, cada qual representando um dos colégios envolvidos.

b) *Classificação dos Dados*: “nesse momento o processo de construção do conhecimento de complexifica. Proponho que o momento classificatório seja construído pelas seguintes etapas: (1) leitura horizontal e exaustiva dos textos, prolongando-se uma relação interrogativa com eles, (...) anotando-se as primeiras impressões do pesquisador, iniciando-se, assim, a busca da coerência interna das informações; (2) leitura transversal de cada subconjunto ou do conjunto em sua totalidade, (...) aqui se faz uma reflexão sucessiva, em que a relevância de algum tema, uma vez determinado (a partir da

elaboração teórica e da evidência dos dados de campo), permite refinar o movimento classificatório” (MINAYO, 2014, p. 357-358). Nesse momento de inflexão sobre o material empírico, procedemos a uma leitura compreensiva e exaustiva das transcrições, anotações e relatórios, na busca de apreender as particularidades dos textos. Esse momento foi especialmente importante para que pudéssemos montar uma estrutura de análise organizada em categorias analíticas e empíricas, que servirão de base para a interpretação, a partir da perspectiva dos sujeitos e do seu contexto;

c) *Análise Final*: “movimento circular que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral” (MINAYO, 2014, p. 358-359). Neste momento analítico, buscamos, a partir da estrutura de análise montada, reconhecer ideias subjacentes a partir de pontos em comum, contradições e divergências. Tratou-se do momento de ir além dos textos escritos e das falas, para identificar sentidos socioculturais mais amplos e reconhecer representações implícitas nos subtextos. Este trabalho ocorreu de forma não linear e não sucessiva ao longo das etapas descritas no capítulo 6;

d) *Relatório*: “o relatório final de uma pesquisa deve configurar-se como uma síntese, na qual o objeto de estudo reveste, impregna e entranha todo o texto. (...) Do ponto de vista operativo, relatório é o instrumento mais tradicional da apresentação dos resultados de uma pesquisa” (MINAYO, 2014, p. 359-360). Nesta fase, buscamos elaborar uma síntese interpretativa capaz de resumir e traduzir a lógica do conjunto do material a partir dos sentidos amplos elaborados na etapa anterior, com base na triangulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos. Esta etapa também compreendeu a redação desta dissertação.

Especialmente nas etapas da leitura transversal e da análise final, vamos recorrer ao conceito das “representações sociais” como suporte teórico:

Representações sociais é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais, são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. As percepções são consideradas consensualmente, por todas as correntes de pensamento, como parte da construção da realidade (MINAYO, 2014, p. 219).

As “representações sociais” constituem um conceito psicossocial com definições que abarcam uma “diversidade de entendimentos” (RANGEL, 1997), de acordo com a área de conhecimento e a investigação nas quais são utilizadas. Como não nos propomos a esclarecer a polissemia do termo, recorreremos às formulações originais do conceito. Desenvolvida por Moscovici (1978), a Teoria das Representações Sociais é uma das formas para se descrever e explicar os fenômenos sociais, já que elas reproduzem comportamentos, pensamentos, crenças e ideias comuns a um determinado grupo de indivíduos, em um determinado contexto. Resultados das interações e surgidas nos meios sociais, as representações sociais configurariam, assim, sistemas de valores e práticas com vida própria, que desaparecem e ressurgem na forma de novas representações. Constituiriam, segundo Moscovici (1978, p. 44), “uma das vias de apreensão do mundo concreto”:

No final das contas, ela produz e determina os comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, e o significado das respostas a dar-lhes. Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (...) elas possuem uma função constitutiva da realidade, da única realidade que conhecíamos por experiência e na qual a maioria das pessoas se movimenta (MOSCOVICI, 1978, p. 26-27).

Nossa escolha por esse conceito como perspectiva de análise se ancora no reconhecimento da importância das representações sociais para se entender como os jovens participantes da pesquisa interpretam e pensam sua própria realidade. A nosso ver, trata-se de um conceito central para alcançarmos quais significados os dois grupos atribuem aos diferentes usos da informação sobre saúde na Internet. Segundo Minayo (2014),

A categoria Representações Sociais é central para a prática da pesquisa qualitativa tanto para a realização de entrevistas como para a observação de campo. As Representações Sociais manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, portanto podem e devem ser analisadas (MINAYO, 2014, p. 236).

Particularmente na interpretação das informações obtidas nos grupos focais, o foco da nossa análise será a identificação de algumas representações que se destaquem no discurso dos jovens. Sendo fenômenos sociais que se expressam em um dado contexto social, vamos buscar analisar as representações sociais de forma paralela à realidade social dos jovens envolvidos.

A partir dessa trajetória analítico-interpretativa, acreditamos ser possível inferir tendências e/ou apontar hipóteses explicativas sobre o caso estudado.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, realizamos o detalhamento das etapas teórica e empírica desta pesquisa, bem como a análise das informações coletadas no levantamento bibliográfico (Seção 6.1), nos grupos focais (Seção 6.3) e nos questionários (Seção 6.4). Na Seção 6.2, explicamos como foi realizado o planejamento do trabalho empírico e comentamos as impressões provocadas pela entrada no campo. A Seção 6.5 representa nosso esforço de síntese interpretativa, última etapa proposta pelo método de interpretação dos sentidos (GOMES, 2016), no intuito de organizar nossas impressões e apontar possíveis hipóteses sobre o tema. Finalizando este capítulo, a Seção 6.6 apresenta os limites que concernem à esta pesquisa e aos seus resultados.

### 6.1 ANÁLISE DA BIBLIOGRAFIA

Um extenso debate acadêmico estabeleceu-se após a publicação dos artigos fundacionais de Norman e Skinner que, em 2006, lançaram a ferramenta *eHEALS* e inauguraram o campo da *eHealth literacy*, a partir de dois artigos (NORMAN; SKINNER, 2006a, 2006b) que já foram apresentados na introdução dessa dissertação.

Desde então, vários estudos foram publicados questionando os fundamentos teóricos da *eHL*. Outros testaram, validaram, adaptaram e/ou traduziram o *eHEALS*, analisando algumas propriedades psicométricas da ferramenta.

#### 6.1.1 Visão geral do campo

Em um primeiro momento da nossa análise bibliográfica, buscamos identificar as principais críticas - positivas e negativas - em torno da *eHL* e do *eHEALS*.

Para isso, nosso ponto de partida foram dois artigos que tentaram estabelecer um olhar mais amplo sobre o campo e suas ferramentas: Karnoe e Kayser (2015) em *How is eHealth literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review*<sup>69</sup>, buscaram identificar as medições de *eHL* existentes e descrever os modelos conceituais que as embasam nos 53 estudos identificados em revisão sistemática. Griebel et al. (2018), em *eHealth literacy*

---

<sup>69</sup> Disponível em: < <https://www.kmel-journal.org/ojs/index.php/online-publication/article/view/307>>. Acesso em 12 de mai. de 2020.

*research—Quo vadis?*<sup>70</sup>, forneceram um ponto de vista amplo sobre o conceito de *eHL*, pesquisas relacionadas e lacunas a serem preenchidas por estudos nesse campo. Destacaremos a seguir algumas das ideias expostas nestes dois trabalhos.

As ideias de Griebel et al. (2018) podem ser resumidas da seguinte forma:

- a) Muitas pesquisas sobre *eHL* usam outros termos, como *Internet health literacy*, *e-literacy*, *digital health literacy* ou *eHealth readiness*;
- b) Existem vários modelos e definições de *eHL*;
- c) O *eHEALS* é o principal instrumento utilizado, mas existem outros tipos de medição;
- d) A maioria dos artigos sobre *eHL* é voltada para o usuário/paciente/cidadão, e não coloca a *eHL* em um contexto mais amplo;
- e) Já existem intervenções que visam melhorar a *eHL* de potenciais usuários (focadas, principalmente, em grupos de idosos).

No mesmo estudo, Griebel et al. (2018) apontam alguns problemas que ainda não foram contemplados pela comunidade científica que se dedica a esse tema:

- a) A literatura sobre *eHL* concentra-se principalmente na medição da literacia e geralmente não leva em consideração os fundamentos teóricos nem as implicações das medições no desenvolvimento dos serviços de *eHealth*;
- b) Falta um “padrão-ouro” de medidas de *eHL*,
- c) Há uma fraca inclusão, apenas, de profissionais de saúde na medição e na definição da *eHL*;
- d) Os conceitos de serviços interativos e serviços móveis (*mobile*) de *eHealth* geralmente não são incluídos nas pesquisas de *eHL*;
- e) A *eHL* não é a única barreira no uso da *eHealth*.

A revisão bibliográfica realizada por Karnoe e Kayser (2015) também identificou estudos com o objetivo de aprimorar os níveis de *eHL* por meio de intervenções, algumas inclusive com sucesso. A maioria dos estudos elencados, no entanto, utilizou o *eHEALS* como medida de base e para estabelecer níveis de *eHL* em diferentes populações, enquanto outros usaram o *eHEALS* para estudar os efeitos e as consequências da *eHL* nos “resultados de saúde”, denominados pela literatura internacional de *health outcomes*. Os autores identificaram ainda que o *eHEALS* foi usado como questionário em 45 dos 53 estudos identificados, sendo a única ferramenta utilizada em mais de um estudo.

---

<sup>70</sup> Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17538157.2017.1364247?journalCode=imi>>. Acesso em 12 de mai. de 2020.

Esta grande predominância do *eHEALS* não impediu que Karnoe e Kayser (2015) identificassem outros sete tipos de medições de *eHL*. Cinco foram classificados como “ferramentas duplas” (*dual tools*), ou seja, usam uma combinação de instrumentos já existentes de literacia para a saúde e de literacia digital. Outros dois instrumentos, assim como o *eHEALS*, têm o objetivo específico de medir a *eHL*. São eles:

- a) Hsu, Chiang e Yang (2014) propuseram o *electronic Health Literacy Scale (eHLS)*. Segundo Karnoe e Kayser (2015), trata-se de um instrumento de 12 itens desenvolvido para medir a *eHL* funcional, interativa e crítica em estudantes universitários em Taiwan;
- b) Koopman et al. (2014) apresentaram o *Patient Readiness to Engage in Health Internet Technology (PRE-HIT)*. Segundo Karnoe e Kayser (2015), trata-se de um instrumento com 28 itens que se baseiam em um entendimento mais elaborado da *eHL*.

Ao expandirmos nosso levantamento bibliográfico, abarcando a produção disponibilizada depois de 2015 (ano da publicação da revisão bibliográfica de Karnoe e Kayser), identificamos outros três diferentes tipos de medição de *eHL* já publicados:

- c) O *electronic Health Literacy Scale (e-HLS)* proposto por Seçkin et al. (2016), contém 19 itens que avaliam três fatores: comunicação, confiança e ação;
- d) O *Digital Health Literacy Instrument (DHLI)*, de Van der Vaert e Drossaert (2017), combina 21 itens de autoavaliação com sete tarefas que medem o desempenho no uso de informações *on-line*; e
- e) O *eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)*, de Kayser et al. (2018), desenvolvido para capturar as sete dimensões da estrutura de *eHL* (*eHealth Literacy Framework – eHLF*)<sup>71</sup>.

A principal crítica a esses novos instrumentos reside no fato de que foram desenvolvidos de forma independente da literatura anterior, ou seja, não foram construídos com base no trabalho já estabelecido por outros pesquisadores. Assim, as tentativas recentes de avançar o conceito e a forma de medição acabaram, segundo Griebel et al. (2018), tornando a literatura de *eHL* “estática”.

Segundo Karnoe e Kayser (2015), houve pesquisadores, no entanto, que resolveram adaptar o *eHEALS*. Eles optaram por modificar itens do questionário (SUDBURY-RILEY, FITZPATRICK, SCHULZ, 2017), inverter a ordem de alguns enunciados (PETRIČ;

---

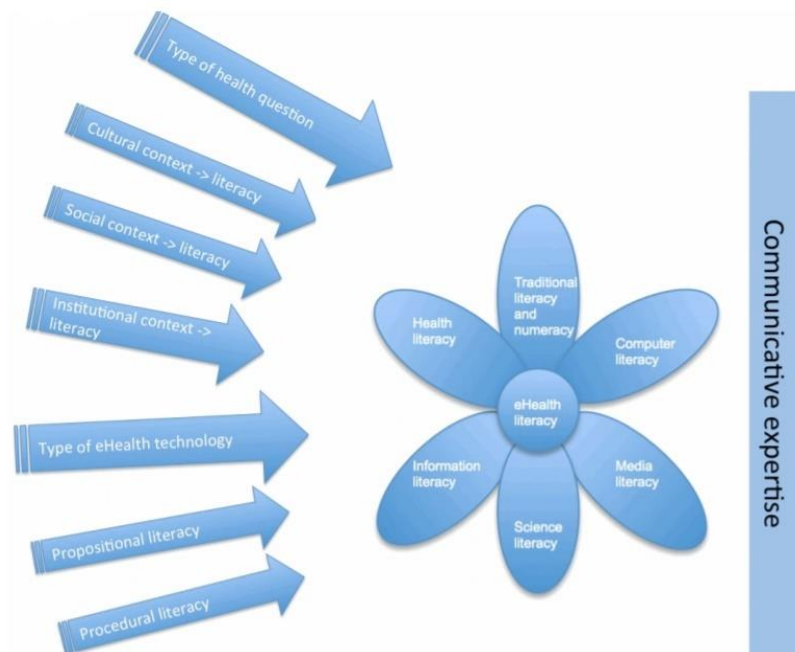
<sup>71</sup> Sobre o *eHealth Literacy Framework (eHLF)*, ver Norgaard et al. (2015).

ATANASOVA; KAMIN, 2017), excluir (NETER; BRAININ, 2012) ou mesmo incluir itens (muitas vezes recuperados de outros questionários) que abordassem, por exemplo, as redes sociais *on-line* (TENNANT et al., 2015). Outros decidiram administrar, junto ao *eHEALS*, questionários que medem a literacia para saúde.

### 6.1.2 Novos modelos e definições conceituais

Além das mudanças no questionário em si, foram propostos modelos alternativos ao modelo do Lírio (NORMAN; SKINNER, 2006a). Gilstad (2014), por exemplo, propôs um modelo de *eHL* expandido (Figura 4).

**Figura 4** - Modelo de *eHealth literacy* de Gilstad (2014)



Fonte: (GILSTAD, 2014)

Além das seis literacias presentes no modelo original, este modelo acrescenta outros elementos que também influenciariam na *eHL*, como a experiência comunicativa do indivíduo, o tipo de questão de saúde e de tecnologia utilizada, conhecimentos “processuais” e “proposicionais”, além dos contextos cultural, social e institucional.

Esta pesquisadora também propôs a ampliação do conceito original da *eHL*, definindo-o da seguinte forma:

*eHealth literacy* é a capacidade de identificar e definir um problema de saúde, de comunicar, buscar, entender, avaliar e aplicar as informações de *eHealth* e as tecnologias de bem-estar nos âmbitos cultural, social e situacional e de usar criticamente o conhecimento para resolver o problema de saúde. (GILSTAD, 2014, p. 69, tradução nossa)<sup>72</sup>.

Outro autor analisado por nós também realizou o mesmo esforço conceitual. Trata-se de Bautista (2015) que formulou este conceito da seguinte forma :

A *eHealth literacy* envolve a interação de fatores individuais e sociais no uso de tecnologias digitais para pesquisar, adquirir, compreender, avaliar, comunicar e aplicar informações de saúde em todos os contextos dos cuidados de saúde, com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo da vida (BAUTISTA, 2015, p. 43, tradução nossa)<sup>73</sup>.

Para além do conceito, também foram identificados autores que apresentaram propostas de estruturas (*frameworks*) que sistematizassem como a *eHL* poderia ser analisada, mensurada e quantificada por meio de conjuntos de habilidades (CHAN; KAUFMAN, 2011) ou que mapeassem conceitualmente seus domínios de conhecimentos e competências (NORGAARD et al., 2015).

Não é nossa proposta fazer aqui uma análise detida que inclua todos os questionários, modelos e conceitualizações desenvolvidas em torno da *eHL* com a gradativa popularização dessa área do conhecimento. No entanto, consideramos oportuno destacar alguns desses novos construtos pois sua elaboração revela mudanças e tendências importantes nessa área, derivadas principalmente de aspectos compreensivos não contemplados na concepção original de Norman e Skinner (2006a). Entre as contribuições apresentadas, destacamos: o reconhecimento da interação entre os contextos individuais, culturais, sociais e tecnológicos - e não apenas das habilidades intrapessoais - na configuração das aptidões necessárias para se lidar com os recursos de *eHealth*; a valorização dos fatores que emergem da experiência física e emocional do usuário na realização de tarefas com dispositivos e serviços de *eHealth*; a inclusão do processo da comunicação como parte importante da *eHL*; a substituição da expressão “fontes eletrônicas” por termos como “tecnologias atuais”, “tecnologias digitais” ou “serviços digitais”;

---

<sup>72</sup> No original: “*eHealth literacy is the ability to identify and define a health problem, to communicate, seek, understand, appraise and apply eHealth information and welfare technologies in the cultural, social and situational frame and to use the knowledge critically in order to solve the health problem*” (GILSTAD, 2014, p. 69)

<sup>73</sup> No original: “*eHealth literacy involves the interplay of individual and social factors in the use of digital technologies to search, acquire, comprehend, appraise, communicate and apply health information in all contexts of healthcare with the goal of maintaining or improving the quality of life throughout the lifespan*” (BAUTISTA, 2015, p. 43).



a importância de se julgar a qualidade e utilizar criticamente a informação sobre saúde; a constatação da *eHL* como um processo dinâmico e contínuo, que se desenvolve ao longo da vida; e a mudança de orientação acerca dos objetivos a serem atingidos, da “solução de um problema de saúde” para a “melhoria da qualidade de vida”, numa perspectiva mais voltada à promoção da saúde.

Segundo alguns autores, o surgimento de vários modelos, conceitos e instrumentos de medição paralelos poderia indicar que o *eHEALS* não foi considerado adequado para medir de forma eficiente a capacidade dos indivíduos de interagir com as tecnologias digitais de saúde (KARNOE; KAYSER, 2015). Afinal, eles surgiram na esteira de críticas tecidas ao *eHEALS* e no intuito de preencher lacunas que ele possivelmente teria deixado em branco.

### 6.1.3 Críticas ao *eHEALS*

A seguir, buscamos resumir as principais críticas recebidas pelo *eHEALS* - e também pelo conceito de *eHL* tal qual proposto por Norman e Skinner (2006a) - desde o seu lançamento.

Um primeiro e importante ponto diz respeito a questões levantadas sobre seus Segundo Griebel et al. (2018), alguns autores admitem que o embasamento teórico do modelo de *eHL* que cimentou a elaboração do *eHEALS* é frágil. Isso porque, em seu artigo pioneiro, Norman e Skinner (2006b) apenas citam que “os fundamentos do conceito de *eHealth literacy* são baseados em parte na teoria social cognitiva e na teoria da autoeficácia [de Albert Bandura], que promovem competências e confiança como precursores da mudança de comportamento e desenvolvimento de habilidades”<sup>74</sup> (NORMAN; SKINNER, 2006b, p. 2, tradução nossa), mas não indicam como os itens do *eHEALS* foram mapeados em função das principais categorias da teoria social cognitiva.

Existe, ainda, uma discussão estabelecida acerca da análise fatorial estatística do *eHEALS* e dos dados produzidos com a sua aplicação. No artigo em que foi lançado, a análise de componentes principais identificou o *eHEALS* como sendo um questionário de fator único (NORMAN; SKINNER, 2006b), ou seja, apto a medir apenas uma habilidade: a *eHealth literacy*. Alguns estudos subsequentes (incluindo muitos que realizaram traduções e validações do *eHEALS* para outros idiomas) também o identificaram como uma estrutura monofatorial

---

<sup>74</sup> No original: “The foundations of the *eHealth literacy* concept are based in part on social cognitive theory and self-efficacy theory [Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997] which promote competencies and confidence as precursors to behavior change and skill development” (NORMAN; SKINNER, 2006b, p. 2).

(VAN DER VAART et al., 2011, DIVIANI; DIMA; SCHULZ, 2017), mas outros destacaram que a estrutura fatorial e a variação das pontuações do *eHEALS* poderiam diferir, por exemplo, em função da idade (STELLEFSON et al., 2017).

Dois estudos (DIVIANI; DIMA; SCHULZ, 2017; SOELLNER; HUBER; REDER, 2014) identificaram no *eHEALS* uma estrutura de dois fatores, ou seja, os itens dos questionários mediriam aptidões distintas: as habilidades funcionais de *eHL* (referentes à busca de informações) e as habilidades críticas de *eHL* (referentes à avaliação de fontes de informação). Alguns artigos (PAIGE et al., 2018a; SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017) chegam a apontar que o *eHEALS* mediria até três tipos de habilidades diferentes.

Segundo Diviani, Dima e Schulz (2017), as conclusões bastante diversas sobre a estrutura fatorial do *eHEALS* poderiam ser motivadas pela diferença de dificuldade entre os oito itens que o compõem – o que se refletiria em diferentes probabilidades para que cada opção de resposta fosse marcada pelos respondentes.

Algumas investigações questionaram também a validade deste questionário, principalmente no que diz respeito à falta de correlações significativas entre as pontuações do *eHEALS* e os atributos dos indivíduos participantes, como gênero, estado civil, raça/etnia, renda e estado de saúde (TENNANT et. al, 2015). Van der Vaart et al. (2011), por exemplo, não encontraram correlações significativas entre os resultados do *eHEALS* e variáveis como uso da Internet, idade ou escolaridade. O estudo de Diviani, Dima e Schulz (2017) também não encontrou associações entre as características sociodemográficas dos participantes e as pontuações no *eHEALS*. Estes autores sugeriram que a ausência de uma associação com os determinantes tradicionais da literacia para a saúde (como a idade, por exemplo) poderia ser vista como uma indicação de que o *eHEALS* não é capaz de captar habilidades reais, mas somente medir a autoeficácia<sup>75</sup> no contexto de informações digitais sobre saúde. Seçkin et al. (2016) concordam, e afirmam que, apesar do *eHEALS* abordar uma combinação de aspectos técnicos relacionados ao uso da Internet e ao conteúdo fornecido, ele não mede efetivamente a capacidade crítica do usuário para avaliar informações sobre saúde. Cabe ressaltar, no entanto, que outros estudos já apontaram na direção oposta, confirmando a validade do *eHEALS*.

Utilizando essa ferramenta, pesquisadores conseguiram associar melhores níveis de *eHL* ao uso de mais dispositivos eletrônicos e de mais fontes de informação (NETER, BRAININ, 2012; TENNANT et. al, 2015); a mais acesso a computadores e uso mais frequente da Internet

---

<sup>75</sup> Segundo Sudbury-Riley, Fitzpatrick e Schulz (2017), a autoeficácia está relacionada à autoconfiança e, portanto, não tem a ver com as habilidades que uma pessoa possui, mas sim com o que essa pessoa acredita que pode alcançar com essas habilidades.

(NETER, BRAININ, 2012); à prática de exercício físico (XESFINGI, VOZIKIS, 2016); ao maior escrutínio e avaliação da informação na Internet (NETER, BRAININ, 2012); e a maiores níveis educacionais (TENNANT et. al, 2015; XESFINGI, VOZIKIS, 2016). Menores pontuações no *eHEALS*, por sua vez, foram correlacionadas a maior ocorrência de tabagismo (NEUFINGERL et al., 2014), de doenças crônicas (NETER, BRAININ, 2012) e de depressão (CHOI; DINITTO, 2013). Existem ainda fortes evidências empíricas sobre uma correlação inversa entre idade e *eHL*, ou seja, indivíduos mais jovens teriam melhores pontuações no questionário do que os mais idosos (NETER, BRAININ, 2012; TENNANT et. al, 2015; XESFINGI, VOZIKIS, 2016; PAIGE et al., 2018). O estudo de Neter e Brainin (2012) também afirmou haver uma relação direta entre melhores resultados no *eHEALS* e melhores status socioeconômicos.

Outra crítica importante aponta a desatualização tecnológica do *eHEALS*. Nos últimos 15 anos, a Web 2.0 transformou-se em uma plataforma dinâmica com alto grau de interatividade, colaboração e produção/uso/consumo de conteúdos pelos próprios usuários (MARTINO, 2015), alterando também as formas de interação entre as pessoas e a informação sobre saúde. Na época em que o conceito de *eHealth literacy* foi introduzido e o *eHEALS* desenvolvido, não existiam ainda as redes sociais *on-line* e o acesso era realizado muito mais pelos computadores de mesa do que por dispositivos portáteis, como o *smartphone*. Por isso, ele não capturaria habilidades relacionadas ao uso de plataformas populares tão utilizadas atualmente como *Whatsapp*, *Facebook* ou *Instagram*. O conceito e sua ferramenta também teriam ficado desatualizados em relação a questões importantes e atuais nos ambientes digitais, como a privacidade e a segurança dos dados pessoais.

Norman (2011) responde a algumas dessas críticas em editorial publicado cinco anos após a o primeiro artigo sobre *eHL*. Ele faz uma autocrítica sobre os problemas e as oportunidades do que chama de um “conceito em evolução” (*evolving concept*) admitindo que “o conjunto fundamental de habilidades que compõem a *eHL* provavelmente não mudou, mas os contextos em que elas são expressas no domínio dinâmico introduzido pelas mídias sociais mudaram” (NORMAN, 2011, p. 3, tradução nossa)<sup>76</sup>. Apesar de defender a validade, a coerência e a robustez psicométrica do *eHEALS*, Norman (2011) propõe que novos estudos revisitem o conceito de *eHealth literacy* à luz das mudanças impostas rapidamente pelas ferramentas e ambientes da Web 2.0 no cenário informacional. Para isso, ele sugere não a mudança nos itens

---

<sup>76</sup> No original: “The fundamental collection of skills that comprise *eHealth Literacy* have not likely changed, but the contexts in which they are expressed in the dynamic realm introduced by social media have” (NORMAN, 2011, p. 3).

já existentes do *eHEALS*, mas sim a adição de uma subescala específica para capturar as dimensões interativas das redes sociais *on-line*, com itens que considerassem habilidades como: “confiança em se expressar claramente nas interações sociais *on-line*, capacidade de sintetizar conselhos profissionais e não profissionais, conforto e habilidade em navegar pelas informações obtidas através de um dispositivo móvel e capacidade de usar apomediários para filtrar informações relevantes e confiáveis” (NORMAN, 2011, p. 2–3, tradução nossa)<sup>77</sup>.

Além de possivelmente não considerar o caráter dinâmico da *eHealth*, o *eHEALS* também teria, como desvantagem, não explicar nem se aprofundar na natureza social deste campo (PAIGE et al., 2018b). Gilstad (2014) aponta que uma solução ou um serviço de *eHealth* não é desenvolvido no que chama de “vácuo social” (*social vacuum*), pelo contrário: “deve ser adaptado às necessidades de informações de saúde do usuário em seu contexto contextual e cultural”<sup>78</sup> (GILSTAD, 2014, p. 68, tradução nossa). Já Bautista (2015) afirma que alguns fatores sociais como cultura, normas, crenças e valores de uma sociedade – que são inerentes ao indivíduo - podem desempenhar papéis significativos na *eHL*, mas não foram considerados na definição original de Norman e Skinner (2006a), nem na elaboração do *eHEALS*.

Nesse último cenário, insere-se um dos objetivos da nossa investigação, ou seja: identificar, na literatura produzida até aqui, os autores que destacam a perspectivas sociais e/ou econômicas na utilização do questionário *eHEALS*. Algumas pistas para o esclarecimento dessa questão surgiram na etapa anterior da nossa análise bibliográfica, mas decidimos ir além.

#### 6.1.4 Resumo dos artigos selecionados

Como mencionamos de forma detalhada no capítulo 4 desta dissertação, durante nosso processo de triagem da produção acadêmica sobre o tema chegamos a uma seleção final de seis artigos que se encaixaram nos nossos critérios de busca. São textos que abordam o *eHEALS* e se preocupam, de alguma maneira, com a questão social. A seguir, relacionamos cada um desses artigos e analisamos como a questão social está presente .

---

<sup>77</sup> No original: “*confidence in expressing oneself clearly in social interactions online/ ability to synthesize professional and non-professional advice/ comfort and skill in navigating through information obtained through a mobile device/ ability to use apomediaries to filter relevant and trustworthy information*” (NORMAN, 2011, p. 2–3).

<sup>78</sup> No original: “*has to be adapted to the user’s health information needs in the contextual and cultural context*” (GILSTAD, 2014, p. 68).

a) *eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information*  
(NETER; BRAININ, 2012)

Este artigo se propõe a explorar se as disparidades na literacia aumentam ou diminuem em relação à busca por informações sobre saúde na Internet, considerando, para isso, variáveis tradicionais de exclusão digital e características sociodemográficas. Uma das preocupações dos autores é confrontar fatores que atualmente conformam a exclusão digital.

Nos anos 90, a preocupação com as desigualdades relacionadas à exclusão digital se concentrou principalmente no acesso à infraestrutura: propriedade, disponibilidade e acessibilidade da infraestrutura. O discurso sobre a exclusão digital se expandiu para outras preocupações, mudando as ênfases para padrões de acesso, uso e habilidades *on-line*, em vez de mero acesso à tecnologia. A *eHealth literacy* pode constituir uma segunda divisão no domínio da saúde (NETER; BRAININ, 2012, p. 1–2, tradução nossa)<sup>79</sup>.

Segundo Neter e Brainin (2012), os resultados da aplicação do *eHEALS*, por telefone, em uma população israelita (árabes e judeus) adulta, apontaram que o status socioeconômico do grupo que possuiu maiores níveis de *eHL* era significativamente mais alto que o do grupo com baixos níveis de *eHL*. Estes autores descobriram que as pontuações no *eHEALS* foram associadas a vários atributos dos respondentes. Segundo eles, os participantes com maiores níveis de *eHL* tinham um significativo maior acesso a computadores e usavam a Internet com mais frequência, além de utilizarem um número maior de fontes de informação do que o outro grupo. O uso da Internet pelos participantes que pontuaram mais no *eHEALS* foi marcado por maior escrutínio, cautela e avaliação das informações que eles encontraram. A implicação desses e de outros achados do estudo é que pessoas com baixa *eHL* seriam limitadas no uso dos recursos disponíveis na Internet.

Este estudo conclui que a Internet reforça as diferenças sociais existentes, uma vez que o uso mais abrangente e sofisticado das tecnologias digitais gera crescentes ganhos para os indivíduos que têm alta *eHL*, criando novas desigualdades no domínio da informação digital em saúde:

---

<sup>79</sup> No original: “*In the 1990s, the concern over inequalities related to the digital divide focused mainly on infrastructural access: ownership, availability, and affordability of the infrastructure. The discourse on the digital divide has expanded to other concerns, shifting the emphases to patterns of access, usage, and online skills rather than mere access to technology. eHealth literacy may constitute a second divide in the health domain*” (NETER; BRAININ, 2012, p. 1–2).

A *eHealth literacy* não se baseia na exclusão digital, mas na lacuna de conhecimento, dando suporte à hipótese de que a tecnologia da informação está criando uma nova desigualdade social, ao invés de nivelar discrepâncias sociais (NETER; BRAININ, 2012, p. 2, tradução nossa)<sup>80</sup>.

**b) *eHealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomers and Older Adults* (TENNANT et al., 2015)**

Neste artigo, Tennant et al. (2015) exploram como as características sociodemográficas e os determinantes sociais (incluído o uso de dispositivos eletrônicos) podem afetar a *eHL* em pessoas acima de 50 anos<sup>81</sup>. Para tanto, realizam um *survey* por telefone nos Estados Unidos, usando o *eHEALS*. Para capturar dados referentes ao uso das redes sociais *on-line*, o estudo utilizou itens adaptados da *Health Information National Trends Survey (HINTS)*<sup>82</sup>, pesquisa norte-americana que coleta rotineiramente dados sobre o uso de informações relacionadas ao câncer. Esse artigo busca entender como e por que as populações mais velhas usam a Internet e os aplicativos *mobile* para localizar e avaliar informações sobre saúde.

Os autores defendem que a definição de *eHL* precisa ser atualizada para dar conta da evolução da tecnologia e do contexto participativo e social das informações de saúde na Internet. Também apoiam que as dimensões da literacia digital e da literacia midiática sejam priorizadas para apoiar populações mais velhas, que precisam de treinamento para se beneficiar das inovações de *eHealth*.

As conclusões deste artigo apontam que, no geral, os participantes sentiram-se bastante confiantes em sua capacidade de usar a Internet para responder a perguntas sobre sua saúde, mas estavam menos confiantes em sua capacidade de avaliar informações de saúde que existem na Web.

Ao final da pesquisa, a maioria das variáveis sociodemográficas (como gênero, raça/etnia e estado de saúde) e dos determinantes sociais (renda, emprego, estado civil) não foi significativamente associada à *eHL* nem ao uso da Web 2.0 para buscar informações sobre saúde. No entanto, melhores índices de *eHL* foram reportados entre pessoas que usam a Web 2.0, que usam dispositivos eletrônicos e também entre pessoas mais jovens e com maior nível educacional.

---

<sup>80</sup> No original: “*eHealth literacy hinges not on the digital divide but rather on the knowledge gap, thus lending support to the hypothesis that information technology is creating a new social inequality, rather than leveling out social discrepancies*” (NETER; BRAININ, 2012, p.2).

<sup>81</sup> A expressão *baby boomer* refere-se a pessoas nascidas entre 1946 e 1964.

<sup>82</sup> Disponível em: <<https://hints.cancer.gov>>. Acesso em 12 de mai. de 2020.

**c) *eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors* (XESFINGI; VOZIKIS, 2016)**

O objetivo do estudo de Xesfingi e Vozikis (2016) foi avaliar o nível de *eHL* dos cidadãos gregos utilizando o *eHEALS*. O diferencial desta pesquisa, segundo os autores, foi incluir na análise, além de características sociodemográficas, uma variedade de fatores relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, prática de exercícios físicos e consumo de álcool.

Em sua análise, os autores apontam a Internet como um fator disruptivo no relacionamento entre provedores e consumidores de saúde. Graças a isso, consideram que pesquisas para compreender os fatores - complexos e interdependentes - que influenciam a *eHealth* seriam particularmente importantes para que o poder público e o mercado de assistência médica desenvolvessem intervenções personalizadas para alguns segmentos de pacientes/consumidores. Eles afirmam ainda que a *eHL* não está relacionada apenas aos resultados dos cuidados de saúde, mas pode, também, ser uma ferramenta para disseminar desigualdades sociais.

Após a investigação, os autores detectaram que as literacias ditas “tecnológicas” – literacia digital e literacia/competência em informação – possuem grande impacto positivo no desempenho dos cidadãos ao lidar com a *eHealth*. Por outro lado, pessoas com pouca habilidade no uso da Internet tendem a apresentar baixos níveis de *eHL*.

Xesfingi e Vozikis (2016) concluem este artigo afirmando que a probabilidade de um indivíduo ter boa *eHL* diminui quando ele envelhece e aumenta quando ele adquire um nível superior de educação. A prática de exercícios físicos regulares também foi positivamente relacionada à *eHL*. Segundo eles, o tabagismo e o consumo de álcool não demonstraram afetar estatisticamente a *eHL*.

**d) *With Some Help From My Network: Supplementing eHealth Literacy With Social Ties* (HAYAT; BRAININ; NETER, 2017)**

Dois autores deste artigo, Neter e Brainin, são também autores do primeiro artigo analisado acima (NETER e BRAININ, 2012). Neste caso, Hayat, Brainin e Neter (2017) examinam o impacto dos laços sociais (*social ties*) na *eHL* entre grupos étnicos em Israel. Eles alegam que os laços sociais são um meio de troca de informações entre indivíduos e, portanto, quanto mais laços sociais os indivíduos têm, maior a probabilidade de serem expostos a informações que melhoram (ou pioram) a saúde.

Assim, as comunicações pessoais – *on-line* ou face a face – seriam um fator central no capital social dos indivíduos (ou seja, nas conexões sociais pelas quais se obtém acesso aos recursos). Este aspecto explicaria por que os usuários continuam confiando nas pessoas de suas redes interpessoais ao procurarem por informação, apesar da enorme (e crescente) quantidade de informações disponíveis na Internet:

A maioria das pessoas tende a confiar na avaliação subjetiva de amigos, familiares e outras pessoas de confiança, em vez de em evidências científicas, para formar uma opinião e tomar uma decisão sobre algo. Além disso, é mais provável que os indivíduos sejam receptivos a informações compartilhadas por outros semelhantes a eles (HAYAT; BRAININ; NETER, 2017, p. 4, tradução nossa)<sup>83</sup>.

Ao mesmo tempo, a comunicação mediada por computadores (CMC) estaria desempenhando um papel cada vez mais importante na formação e na preservação desses laços sociais, e também no compartilhamento de informações. A CMC poderia, portanto, contribuir para o aprimoramento da *eHL* por meio de fontes interpessoais de informações em saúde.

O *eHEALS* foi utilizado por Hayat, Brainin e Neter (2017) para avaliar a *eHL* percebida pelos participantes. Os autores concluíram que a disponibilidade de ajuda ao procurar informações *on-line* sobre saúde, e também a comunicação *on-line* com outras pessoas com problemas de saúde semelhantes, podem melhorar os resultados de saúde de indivíduos com baixa *eHL*.

***e) Exploring the Measurement Properties of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) Among Baby Boomers: A Multinational Test of Measurement Invariance (SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017)***

O objetivo deste estudo foi examinar algumas propriedades psicométricas do *eHEALS* entre *baby boomers* de três países diferentes (Estados Unidos, Reino Unido e Nova Zelândia). Os autores questionam se os oito itens do *eHEALS* refletem, de fato, as seis habilidades descritas no “modelo do lírio” (NORMAN; SKINNER, 2006a). Com base na análise da teoria social cognitiva e da teoria da autoeficácia - as mesmas citadas por Norman e Skinner (2006b) como fundamento teóricos -, o artigo sugere que o *eHEALS* compreende uma estrutura de três fatores,

---

<sup>83</sup> No original: “most people tend to rely on the subjective evaluation of friends, family, and trusted others rather than on scientific evidence to form an opinion and make a decision about something. Moreover, individuals are more likely to be receptive to information shared by others who are similar to them” (HAYAT; BRAININ; NETER, 2017, p. 4).



ou seja, que os oito itens do questionário medem aptidões diferentes, relacionadas à consciência, habilidade e avaliação. Segundo este artigo, a competência pode ser desenvolvida por meio de treinamento e orientação, que por sua vez podem aumentar a autoconfiança de um indivíduo em sua própria capacidade.

Este estudo é concluído com uma validação a invariância de medida do *eHEALS*, demonstrando que os resultados do questionário são medidos da mesma maneira em populações diferentes. Sudbury-Riley, Fitzpatrick e Schulz (2017, p. 15) concluem afirmando que o estudo “demonstrou que o *eHEALS* pode ser usado com confiança em várias nações e culturas”<sup>84</sup>. No entanto, as características socioeconômicas utilizadas no estudo (nível de escolaridade e situação profissional) não demonstraram grande variabilidade entre as amostras dos três países.

***f) Proposing a Transactional Model of eHealth Literacy: Concept Analysis (PAIGE et al., 2018)***

A pesquisa realizada por Paige e sua equipe (2018) busca desenvolver o papel da comunicação na *eHL*. Para isso, operacionaliza a *eHL* como um conjunto de habilidades intrapessoais orientadas para neutralizar o efeito de “ruídos” (*noise*) durante interações transacionais entre plataformas mediadas por computador. Assim como Hayat, Brainin e Neter (2017), esses pesquisadores entendem que o aspecto central da *eHealth* inclui não apenas o uso da tecnologia, mas também a transação de informações mediada por computadores entre seus usuários.

O novo modelo *eHL* proposto nesse estudo tem como base o modelo de comunicação transacional (*Transactional Model of Communication - TMC*), no qual os comunicadores - qualquer pessoa dentro de uma situação social - são simultaneamente emissores e receptores de um processo comunicacional dinâmico, orientado e adaptado de acordo com os contextos sociais, relacionais e culturais:

Nesse modelo, a comunicação se estende além de uma visão simplista da criação de mensagens; o modelo vê o processamento de informações como um veículo para a construção da comunidade, da identidade pessoal e para o gerenciamento de impressões dentro do contexto transacional (por exemplo, fonte, canal, mensagem, linguagem). O TMC funciona sob a premissa de que a comunicação interpessoal existe dentro de um estado fluido e que a transação

---

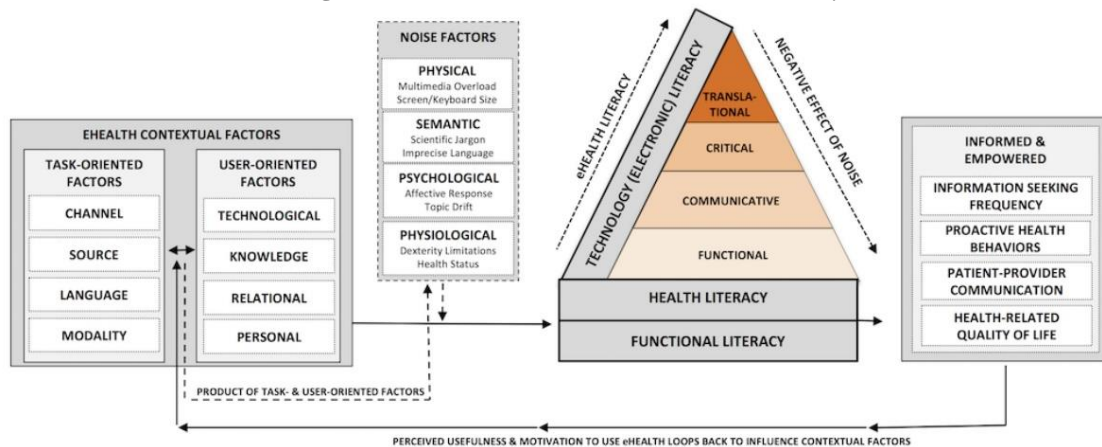
<sup>84</sup> No original: “has demonstrated that *eHEALS* can be used with confidence across a variety of nations and cultures” (SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017, p.15).

entre os comunicadores muda constantemente e é influenciada mutuamente (PAIGE et al., 2018, p. 2, tradução nossa)<sup>85</sup>.

Após fazer uma revisão bibliográfica, os pesquisadores concluem que as definições e os modelos existentes, incluindo o *eHEALS*, não capturam a natureza transacional da *eHL*, principalmente no que se refere à troca de informações, à aplicação de conhecimento e à geração de mensagens na comunicação com outros usuários. O “ruído”, nesse caso, seria qualquer obstáculo ao uso bem-sucedido da *eHealth*, ou seja, qualquer fator pessoal, relacional, social ou cultural que dificulte o processo da comunicação, como por exemplo dificuldades no uso de tecnologias digitais, estresse relacionado a um diagnóstico recente de doença ou exposição ao jargão médico científico.

Um novo conceito de *eHL* é proposto, considerando o contexto social da *eHealth* e o papel da comunicação: “capacidade de localizar, entender, trocar e avaliar informações de saúde de ambientes *on-line* na presença de fatores contextuais dinâmicos, e de aplicar o conhecimento adquirido em níveis ecológicos com o objetivo de manter ou melhorar a saúde” (PAIGE et al., 2018, p. 11, tradução nossa)<sup>86</sup>.

**Figura 5 - Modelo transacional de *eHealth literacy***



Fonte: (PAIGE et al., 2018b)

<sup>85</sup> No original: “In this model, communication extends beyond a simplistic view of message creation; the model views processing information as a vehicle for community and personal identity construction and impression management within the transactional context (eg, source, channel, message, language). The TMC functions under the assumption that interpersonal communication exists within a fluid state and that the transaction among communicators is constantly changing and mutually influenced” (PAIGE et al., 2018b, p. 2).

<sup>86</sup> No original: “The ability to locate, understand, exchange, and evaluate health information from online environments in the presence of dynamic contextual factors and to apply the knowledge gained across ecological levels for the purposes of maintaining or improving health” (PAIGE et al., 2018b, p. 11).

No modelo transacional proposto (Figura 5), a *eHL* é descrita como um conjunto de habilidades intrapessoais hipoteticamente dinâmicas, recíprocas e moldadas por contextos sociais, relacionais e culturais. O modelo compreende quatro subtipos de *eHealth literacies*, cada qual com um respectivo comportamento operacional, destacado em parênteses: literacia funcional (localizar e entender), literacia comunicativa (trocar), literacia crítica (avaliar) e literacia translacional (aplicar).

### **6.1.5 *eHealth Literacy* e *eHEALS*: potencialidades e desafios**

Após a leitura e a análise dos textos seminais do conceito de *eHealth literacy* e do questionário *eHEALS* (NORMAN; SKINNER, 2006a, 2006b; NORMAN, 2011), das duas revisões sistemáticas (GRIEBEL et al., 2018; KARNOE; KAYSER, 2015) que fizeram um mapeamento dos debates acadêmicos em torno desse campo e dos seis artigos selecionados (NETER; BRAININ, 2012; TENNANT et al., 2015; XESFINGI; VOZIKIS, 2016; HAYAT; BRAININ; NETER, 2017; SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017; PAIGE et al., 2018) em nossa pesquisa bibliográfica, iremos delinear as potencialidades e os desafios de um área de conhecimento que parece estar em plena evolução. Interessa-nos observar, principalmente, algumas convergências entre a literatura produzida até aqui e nossa pergunta de pesquisa, ou seja: em que medida as perspectivas sociais e/ou econômicas incidem sobre a avaliação dos níveis de *eHL*?

Uma primeira conclusão merece ser realizada: a nosso ver, o sentido de social adotado pelos artigos analisados possuiu grande variação. Foi possível constatar que, dentre os estudos que se dedicam a medir e avaliar os níveis de *eHL* em um determinado grupo populacional, é bastante comum o levantamento de informações socioeconômicas dos sujeitos da pesquisa. Com isso, estes estudos buscam estabelecer correlações entre esses fatores e as habilidades relacionadas à *eHealth*. Entre os autores analisados, há um consenso de que os fatores idade e nível educacional influenciam os resultados de *eHL* - o primeiro negativamente, o segundo positivamente. As conclusões relativas a fatores como renda ou empregabilidade, no entanto, variam. No estudo realizado por Neter e Brainin (2012), o status socioeconômico do grupo com alta *eHL* foi significativamente maior do que o do grupo com baixa *eHL*. Já em Tennant et al. (2015), a variável relativa à renda salarial dos participantes não foi associada a alterações nos níveis de *eHL*.

A dimensão social também aparece, de maneira mais rápida e artificial, entre os estudos que se dedicam a analisar as propriedades psicométricas do *eHEALS*. Em Sudbury-Riley,

Fitzpatrick e Schulz (2017), a “teoria social cognitiva” é resgatada como fundamento para a proposta de uma nova estrutura fatorial para o instrumento, mas não há qualquer abordagem relacionada aos contextos sociais e/ou econômicos dos indivíduos.

Mais profícuos, no entanto, são os estudos que, para além das medições, se propuseram a debater os conceitos e modelos existentes sobre a *eHL* no que concerne às suas dimensões sociais.

Críticas relativamente frequentes afirmam que os oito itens originais do *eHEALS* não representam totalmente os seis tipos diferentes de literacias que o instrumento pretende medir, nem consideram as características sociais pertinentes à *eHealth*. Alguns pesquisadores argumentam em seus artigos que os quadros contextuais sociais e culturais influenciam a *eHL*, mas poucos sustentam um conceito atualizado para uma “*eHealth literacy 2.0*” que considere o contexto social participativo da informação sobre saúde na Internet. Nesse sentido, merecem destaque as pesquisas de Gilstad (2014) e Bautista (2015), citadas acima.

Em relação aos artigos selecionados em nosso levantamento bibliográfico, três abordagens de perspectivas do social chamaram particularmente nossa atenção. Neter e Brainin (2012) expõem uma preocupação com as implicações sociais das formas de uso da informação sobre saúde na Internet, e afirmam que diferentes níveis de *eHL* podem reforçar as desigualdades sociais. Trata-se de uma reflexão interessante acerca das novas configurações da exclusão digital no domínio da saúde, uma vez que, superada a primeira barreira do acesso e da conectividade, ainda existem inúmeras diferenças relacionadas à maneira como as pessoas estão incorporando a Internet em suas vidas.

Paige et al. (2018), por sua vez, levantam a questão sobre a ausência da dimensão comunicativa nos modelos de *eHL*, perspectiva que nos parece pertinente. O processo de comunicação não se limita à transmissão de conteúdos prontos, mas é compreendido como processo de produção dos sentidos sociais. A Internet, ao mediar a transação de informações sobre saúde e promover a conexão entre indivíduos, torna-se um componente importante desse sistema, que é contextual e social. Dessa forma, propor novos conceitos e modelos que capturem a natureza social da *eHealth*, numa perspectiva transacional/interacional, pode ajudar a expandir o campo da *eHL* para um contexto mais amplo.

Essa mesma perspectiva aparece em Hayat, Brainin e Neter (2017), que abordam o poder dos laços sociais e das redes comunicativas pessoais no recebimento e compartilhamento de informações sobre saúde. Eles destacam o fato de que a maioria das pessoas tende a confiar na avaliação subjetiva de amigos, familiares e outras pessoas de confiança - e não em evidências científicas - para formar uma opinião e tomar uma decisão. Além disso, afirmam ser mais

provável que os indivíduos sejam receptivos a informações compartilhadas por outros semelhantes a eles. Assim, valoriza-se o papel da interação com outros usuários que tenham condições de saúde semelhantes e que compartilham informações baseadas em experiências.

A partir de um olhar mais amplo, parece-nos que os conceitos, modelos e instrumentos de *eHL* ainda carecem de estudos que discutam, ampliem e validem sua dimensão social, a exemplo do que já ocorreu nos debates que envolvem dois campos mais antigos já citados neste trabalho: a literacia midiática e a literacia para a saúde.

Os debates do campo de onde originou-se a *eHL* parecem já ter alcançado uma agenda mais permeável às condições sociais e econômicas dos sujeitos. Nielsen-Bohlman, Panzer e David (2005) definem que a literacia para a saúde “baseia-se na interação das habilidades dos indivíduos com os contextos de saúde, o sistema de assistência médica, o sistema educacional e fatores sociais e culturais amplos em casa, no trabalho e na comunidade (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; DAVID, 2005, p. 5, tradução nossa)<sup>87</sup>. Já Nutbeam (2008) aponta que diferentes ferramentas de medição devem levar em consideração os diferentes contextos sociais nos quais a literacia para a saúde é relevante. A definição de Nutbeam (2000) para a literacia crítica para a saúde, conforme colocada na introdução, prevê a união entre habilidade cognitivas e habilidade sociais. Para Saboga-Nunes et al. (2019), a literacia para a saúde pode servir para dar ao indivíduo o protagonismo sobre sua saúde, favorecendo assim a participação social e a conscientização da cidadania.

Em seus estudos sobre a literacia midiática, Kellner (2004) defende que, se utilizado e apropriado de forma acrítica, o ambiente digital pode servir como repetidor das desigualdades sociais da nossa sociedade. Por isso, ao defenderem a reconstrução democrática da educação e da sociedade, Kellner e Share (2007), dois teóricos da “Teoria Crítica da Literacia Midiática”, apostam em uma literacia que empodere a audiência por meio do estímulo à investigação crítica que aborde noções de ideologia, hegemonia, representações midiáticas e resistência. Hobbs e Jensen seguem a mesma linha, afirmando que a literacia midiática deve ser reconhecida como uma prática crítica essencial para a cidadania, ou seja, como parte integrante do exercício de direitos democráticos e responsabilidades civis. Desse modo, a literacia midiática deixaria de ser apenas uma ferramenta cognitiva funcional que habilita as pessoas a entenderem e usarem a mídia. Tornar-se-ia, segundo Kellner e Share (2007), uma “prática social” que propicia a formação de um ator capaz de realizar análises reflexivas.

---

<sup>87</sup> No original: “*is based on the interaction of individuals’ skills with health contexts, the health-care system, the education system, and broad social and cultural factors at home, at work, and in the Community*” (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; DAVID, 2005, p. 5).

Uma possibilidade de caminho para os estudos que estão por vir talvez esteja relacionada com a expansão da dimensão conceitual e da agenda da *eHL* em direção a uma problemática social que também considere os campos simbólico e afetivo como constituintes da realidade dos fatos. Nossa limitada análise bibliográfica deixa a impressão de que ampliar as bases conceituais da *eHL*, incluindo o social e o subjetivo como elementos constituintes, poderia iluminar melhor a compreensão sobre os fenômenos que este campo abarca.

De toda maneira, é importante ressaltar que, apesar das novas ferramentas, modelos e conceitos de *eHL* elencados neste capítulo – que, a nosso ver, sinalizam caminhos promissores sobre esse tema – o *eHEALS* continua sendo o instrumento mais utilizado, confiável e sucinto, e ainda goza de uma robustez psicométrica validada em vários estudos. Nesta perspectiva, ainda pode ser considerado uma ferramenta válida para avaliar as habilidades relacionadas às informações *on-line* sobre saúde.

Mais que apontar as fragilidades do *eHEALS*, as variâncias na abordagem de medição entre diferentes instrumentos refletem a visão de que a *eHL* é um conceito complexo e multifacetado que ainda está em evolução. Afinal, a comunicação mediada pela Internet é, conforme aponta Castells (2010, p. 440), “[...] um fenômeno social recente demais para que a pesquisa acadêmica tenha tido a oportunidade de chegar a conclusões sólidas sobre seu significado social”.

## 6.2 PLANEJAMENTO E PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

A etapa empírica desta pesquisa iniciou-se com o planejamento do trabalho de campo. Este momento incluiu a ambientação nos locais de pesquisa, a mobilização feita nos colégios visando o recrutamento de participantes, a elaboração do roteiro do grupo focal (GF) e a validação do questionário de pesquisa.

### 6.2.1 Aspectos Éticos

Por estar prevista a participação de jovens menores de idade na pesquisa, foi elaborado antecipadamente o “Registro de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido” (RCALE) – presente no Anexo 1 – documento que demonstrava a total e irrestrita concordância dos responsáveis, e também do próprio aluno, à participação voluntária deste último na pesquisa. Esse documento foi oferecido após ter sido realizada uma explicação completa e detalhada sobre a natureza da investigação (objetivos, métodos, procedimentos para a coleta dos dados,

benefícios e riscos que poderiam acarretar). Além do RCALE destinado aos estudantes menores de idade, foi elaborado o “Registro de Consentimento Livre e Esclarecido” (RCLE) – presente no Anexo 2 - para estudantes que porventura já tivessem 18 anos completos e pudessem, portanto, autorizar sua própria participação na pesquisa. O uso desses termos visou garantir o respeito à dignidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, sua autonomia e defesa de sua vulnerabilidade. Somente puderam participar da pesquisa, em qualquer uma das etapas, os estudantes que tivessem entregado uma das vias destes documentos devidamente assinada. Cabe salientar que, seguindo determinação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram elaboradas duas vias de cada documento: uma ficou conosco e a outra com o/a participante.

Do ponto de vista ético, este estudo cumpriu de modo criterioso todas as etapas exigidas às investigações que envolvem seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada em 26 de agosto de 2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob o parecer número 3.531.524 e CAAE 16798819.1.0000.5241 e também foi autorizada formalmente pelas direções dos dois colégios envolvidos (Anexos 3 e 4).

### **6.2.2 Aproximação com o campo: momento de observação**

O primeiro contato a respeito da etapa empírica foi estabelecido por e-mail com o diretor geral do Colégio Qi e por *Whatsapp* com a diretora do Colégio Estadual Professor Clóvis Monteiro (CEPCM). Em seguida, foram enviados e-mails aos diretores com cópias dos seguintes documentos: projeto de pesquisa, questionário a ser aplicado nos alunos (primeira versão), Declaração de Anuência (a ser assinada pelos diretores) e Registro de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido (RCALE) - a ser assinado pelos responsáveis e pelos alunos.

Após os contatos virtuais, me encontrei presencialmente com os diretores, nos respectivos colégios, para esclarecer possíveis dúvidas sobre a pesquisa e recolher as autorizações das instituições de ensino. Em seguida, em reunião com os coordenadores pedagógicos de cada colégio – profissionais mais próximos aos alunos que os diretores – foram construídos, conjuntamente, os cronogramas de atividades.

Essas primeiras idas aos ambientes de pesquisa constituíram um momento importante para a investigação que não havia sido planejado anteriormente: foi inevitável não realizar uma observação participante do campo, que propiciou uma rica coleta de dados complementares sobre a realidade vivida pelos sujeitos da pesquisa em um dos espaços de socialização em que

eles atuam. Segundo Minayo (2014, p. 353), esse momento exploratório da investigação diz respeito ao “campo das determinações fundamentais”, no qual o(a) pesquisador(a) busca compreender o “contexto sócio-histórico do grupo social em questão, e que constitui o marco teórico fundamental para a análise”.

Nessas primeiras aproximações com o campo, pude circular pelos colégios, conversar informalmente com alunos, professores e funcionários da limpeza, ler cartazes e murais e ir aos banheiros, observando e lendo de forma direta, aspectos verbais e não verbais (signos, gestos e mensagens) presentes naqueles dois ambientes que me eram completamente estranhos. Foi possível constatar dinâmicas próprias sobre a chegada e saída dos estudantes, suas condutas e códigos de comportamento fora de sala de aula, condições da estrutura física dos prédios e das salas, e outras especificidades que ajudaram a conhecer melhor a realidade em que cada grupo de estudantes se encontra. Nos próximos parágrafos, tento fazer uma descrição densa das nossas impressões sobre o campo, como é pertinente a um estudo de caso.

Os dois colégios participantes da pesquisa funcionam em prédios, mas as instalações físicas são contrastantes. O prédio do CEPCM (Foto 1) está localizado em um terreno amplo, cercado de árvores. Possui 2 andares de acesso exclusivo por rampas e foi construído na década de 1950. Desde então, segundo Moreira (2015), não passou por grandes reformas, apenas melhorias físicas pontuais. Entre as instalações, destacam-se a biblioteca, cujo acervo é considerado muito bom pelos alunos (MOREIRA, 2015), um refeitório e uma quadra esportiva. A entrada se dá por um beco quase escondido que começa na Avenida dos Democráticos, uma das principais da região, que contorna as favelas de Manguinhos e Jacarezinho.

**Foto 1** – Fachada do Colégio Estadual Prof. Clóvis Monteiro (CEPCM)



Fonte: (MOREIRA, 2015)



O prédio do Colégio Qi (Foto 2) possui 4 andares com acesso por escadas e um elevador de uso exclusivo de professores e funcionários. Localiza-se em uma rua movimentada, servida por farto comércio, próximo a outros colégios particulares, prédios residenciais e cursos de idiomas. Apesar de o bairro da Tijuca ser território de algumas favelas, o Qi não está próximo a nenhuma delas. As instalações contam com uma cantina, enfermaria, quadra esportiva e espaço de recreação equipado com tênis de mesa e futebol de mesa.

**Foto 2** - Fachada do Colégio Qi (Tijuca)



Fonte: *Google Street View*

No Colégio Qi, os banheiros têm boas instalações e são compartilhados entre alunos e professores; no CEPCM, há um banheiro, trancado a chave, para uso exclusivo dos professores e funcionários. A diferença na disponibilidade de insumos – como sabonete e papel higiênico – é visível entre os banheiros dos funcionários e os dos alunos.

As diferenças também são perceptíveis dentro das salas de aula: cadeiras e quadros novos e todas as salas equipadas com ar-condicionado, no Colégio Qi (Foto 3); algumas cadeiras e mesas quebradas, salas com ventiladores sujos e janelas com grades, no CEPCM (Foto 4). Os livros que servem de material didático, fornecidos de forma gratuita apenas no colégio público, fica empilhados em uma mesa no canto das salas, no CEPCM.

O controle de acesso dos alunos também difere entre as duas instituições. No Colégio Qi, a portaria é controlada por funcionários que fiscalizam a entrada e saída dos alunos. Pelo que

pudemos perceber, a maioria dos estudantes é levada até o colégio de carro pelos pais, vans escolares ou motoristas de aplicativo. O quarto andar do prédio é exclusivo das turmas de Ensino Médio, e uma inspetora permanece durante o horário das aulas em uma mesa localizada no meio do corredor. Sua função é principalmente orientar os alunos quanto a trabalhos e provas e auxiliá-los com quaisquer dificuldades, mas também inspecionar a presença dos estudantes dentro das salas de aula. No CEPCM, não há qualquer controle de acesso (a entrada e a saída do colégio são livres), não há a presença de inspetores e os estudantes podem transitar livremente pelos ambientes do colégio. Quase todos os alunos entram e saem do colégio a pé, a caminho de casa ou do ponto de ônibus.

**Foto 3** - Sala de aula no Colégio Qi (Tijuca)



Fonte: *site* do Colégio Qi ([colegioqi.com.br](http://colegioqi.com.br))

**Foto 4** - Sala de aula no Colégio Estadual Prof. Clóvis Monteiro (CEPCM)



Fonte: *Facebook* ([www.facebook.com/CEPCMOficial](https://www.facebook.com/CEPCMOficial))

Em uma determinada visita prévia de planejamento ao CEPCM, fui convidada a almoçar com parte da equipe pedagógica (incluindo o coordenador e alguns professores) no refeitório do colégio. Esse almoço foi particularmente profícuo, pois propiciou um diálogo no qual pude capturar alguns aspectos da realidade social dos alunos que ali estudam: “Tem aluno que só vem almoçar e vai embora, não fica pra aula”, comentou um funcionário. “Às vezes um ou outro fica ali no pátio passando o tempo só pra pegar duas merendas. E a gente deixa, né, porque sabe que não tem comida em casa”, completou uma professora. Esse relato deixa clara a situação de vulnerabilidade social de alguns alunos do CEPCM, sendo que alguns têm como refeição principal – e talvez única – a merenda servida no colégio. No Colégio Qi, não são servidas refeições; a única opção de alimentação é uma cantina com lanches pagos.

Durante o planejamento do campo, por duas vezes precisei adiar a ida ao CEPCM por conta de operações policiais que estavam sendo realizadas na comunidade de Manguinhos – o que tornava insegura a visita ao local. Numa determinada reunião com a coordenação do CEPCM, dentro do colégio, ouvi barulhos de tiro. “Está tendo operação?”, indaguei. “Não, é a Cidade da Polícia que fica aqui ao lado. Quando é dia de treino de tiro é esse inferno de barulho”, respondeu uma das professoras que estava na sala. Em outro momento, os alunos foram liberados mais cedo das aulas graças à notícia de que incursões policiais começariam em breve nas redondezas. “Vão direto pra casa, nada de ficar dando mole na rua!”, gritou uma professora, enquanto os alunos passavam calmamente, de saída, pelos corredores. Esses episódios revelam um pouco do contexto social daqueles jovens, no qual a violência, muito presente, acaba afetando a rotina escolar e gerando uma espécie de naturalização dos episódios violentos.

Nas visitas prévias ao campo, minha presença foi mais notada por alunos e professores do CEPCM. Os olhares em minha direção começavam assim que eu estacionava meu carro, um veículo diferente por ali, ao lado do pátio do colégio. Nessa instituição, por mais de uma vez, fui abordada por estudantes que questionavam: “Você é professora nova?”. Isso demonstra que fui rapidamente reconhecida como alguém quem não pertencia a um conjunto de rostos conhecidos do cotidiano da instituição e enfatizou meu papel como pessoa de fora daquela comunidade escolar. Dois professores, ao me verem circulando pelos corredores, também puxaram conversa e, ao serem informados sobre a pesquisa, foram solícitos e cooperativos, oferecendo ajuda.

O trabalho de campo foi realizado em um período que compreendeu os meses de novembro e dezembro e, portanto, em final do ano letivo. Em função do período realizado, optamos, em consenso com a direção de ambos os colégios, por excluir da amostra de pesquisa

os alunos do 3º ano do Ensino Médio, que se encontravam, naquele momento, em fase final de preparação para exames vestibulares para diversas universidades.

### 6.2.3 Recrutamento de participantes

Os primeiros contatos com o campo possibilitaram iniciar uma rede de relações que foi de grande importância para a etapa de divulgação da pesquisa entre os alunos e, principalmente, para a formação dos grupos focais (GFs). A forma de recrutamento foi definida após consulta aos coordenadores dos colégios que, conhecedores das particularidades das turmas e dos alunos, serviram de informantes-chave e subsidiaram o processo de identificação de possíveis participantes (TRAD, 2009).

No Colégio Qi, a inspetora do Ensino Médio possuía uma relação próxima com os alunos, conhecia bem os nomes e as características de cada um. Atuando como mediadora, ela foi fundamental para indicar aqueles que, segundo ela, teriam mais chances de aceitar o convite para participar do GF. Ela me apresentou individualmente para esses estudantes, e anotei o contato telefônico daqueles que concordaram em participar. A partir daí, a formação do grupo se deu pela técnica de amostragem não probabilística em bola de neve (*snowball sampling*) (BABBIE, 2010, p. 193): alguns alunos indicaram outros, que indicaram outros, e assim por diante. A formação do GF no CEPCM se deu de forma semelhante, com a diferença de que o próprio coordenador pedagógico me apresentou a um grupo de alunos que, segundo ele, seriam mais participativos e, portanto, mais interessados na ideia de participar da pesquisa.

Nessas conversas iniciais, entreguei cópias do RCALE, em duas vias, aos alunos interessados. Esclareci que a participação era voluntária e não remunerada, que os grupos teriam duração máxima de uma hora e meia, conforme proposto por BORGES e SANTOS (2005), e informei que seria servido um lanche ao final do encontro. Sem dúvida, esse foi o grande chamativo para a participação dos jovens, principalmente no CEPCM, onde os alunos demonstraram grande empolgação com o fato de ser fornecido um lanche.

No dia seguinte, estabeleci contato com os alunos interessados via *Whatsapp*<sup>88</sup>, para confirmar o interesse, esclarecer dúvidas adicionais sobre a pesquisa e agendar a realização dos grupos focais. Todos os jovens que participaram dos GFs entregaram previamente as

---

<sup>88</sup> Um dos alunos dos CEPCM que se interessou em participar não possuía aparelho celular (era o único nesta condição). Apesar de não ter confirmado presença, chegou ao local no horário previsto para a realização da atividade. Neste colégio, duas alunas interessadas foram levadas por amigos ao GF mesmo sem terem sido recrutadas anteriormente, e foram aceitas.

autorizações assinadas pelos pais e por eles para os coordenadores ou para a inspetora (no caso do Qi). Apesar de terem ocorrido em momentos diferentes, o processo de recrutamento para os GFs seguiu as mesmas etapas nos dois colégios.

O recrutamento de respondentes para o questionário foi um pouco mais problemático que o de participantes para os GFs. O processo envolveu duas visitas prévias a cada um dos colégios: com a autorização dos respectivos diretores e a anuência dos professores, percorri todas as turmas de 1º e 2º anos nos dois colégios. Em cada turma, me apresentei e expliquei resumidamente os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário, não-obrigatório, sigiloso e anônimo da participação e a necessidade da autorização dos responsáveis para os estudantes com menos de 18 anos. Em seguida, cada aluno recebeu duas cópias idênticas do RCALE. O recolhimento da via assinada deste documento foi realizado inicialmente pelos coordenadores pedagógicos das instituições. A mesma situação se repetiu nos dois colégios: alguns dias depois dessa conversa nas salas de aula e da distribuição do RCALE em cada uma delas, poucos alunos haviam devolvido os termos de consentimento preenchidos e assinados pelos responsáveis, dentro do prazo estabelecido. Com isso, decidi estender o prazo e realizar um segundo momento de mobilização, passando novamente de sala em sala para reforçar pessoalmente o convite à participação e a exigência do consentimento dos responsáveis. Além disso, com a devida autorização dos diretores, espalhei pelos dois colégios anúncios sobre realização da pesquisa, com a data, horário e local da aplicação dos questionários (no CEPCM, na ausência de murais, os avisos foram espalhados nas paredes dos corredores que dão acesso às salas). Na tentativa de conseguir uma maior adesão, também foi comunicado que seria servido um lanche a quem respondesse o questionário, o que provocou uma situação inusitada.

Durante o período matutino de aplicação dos questionários no CEPCM, um grupo de três alunos compareceu à sala de pesquisa declarando interesse em responder ao questionário. Solicitei, então, que eles apresentassem o RCALE devidamente preenchido e assinado pelos responsáveis. Eles alegaram terem mais de 18 anos (e nessa condição, portanto, poderiam eles mesmos assinarem o termo de autorização), informação da qual desconfiei. Pedi, então, que me apresentassem o documento de identidade. Eles se recusaram e admitiram ser menores de idade. Gentilmente, expliquei que o consentimento dos responsáveis era critério para participação na pesquisa - informação, aliás, que havia sido amplamente divulgada nas turmas nos dias anteriores. Eles, então, informaram que moravam próximo ao colégio, e pediram cópias do RCALE para que pudessem “ir em casa buscar a assinatura dos pais”. Cerca de 15 minutos depois, esses jovens retornaram com os termos preenchidos e com assinaturas que, a meu ver, pareciam falsificadas. Diante da suspeita de tentativa de fraude, não permiti a participação

desses alunos na pesquisa. O maior interesse deles era desfrutar do lanche que estava sendo servido na sala de pesquisa. Apesar da recusa de participação, tomei a iniciativa de servir, a cada um deles, uma porção dos salgados e dos refrigerantes que estavam à disposição dos participantes.

#### **6.2.4 Preparação dos Grupos Focais**

De antemão, sabíamos que os GFs deveriam ocorrer em horário extraclasse em uma sala do próprio colégio, local já familiar aos estudantes. Como apontam Borges e Santos (2005, p. 76), o local ideal para realizar um GF deve ser “idealmente neutro, acessível e silencioso”. Trad (2009, p. 782) complementa, sugerindo a escolha por uma sala que “abrigue confortavelmente o número previsto de participantes e moderadores e que esteja protegida de ruídos e interrupções externas”. A reserva de uma sala exclusiva para nossos GFs foi solicitada antecipadamente e atendida pelas coordenações, o que garantiu a privacidade dos encontros.

A preparação para os GFs envolveu a elaboração de um roteiro semiestruturado flexível, conforme mostrado abaixo, pensado para operacionalizar o encontro, mas, ao mesmo tempo, deixar os participantes à vontade para discorrer sobre tópicos do seu interesse. Compuseram o roteiro: sequência de 11 momentos-chave (Tabela 3) que deveriam ser seguidos, não linearmente, incluindo: uma dinâmica de apresentação e três dinâmicas grupais pensadas para potencializar a discussão participativa; um guia de temas que ajudaria a direcionar os debates; e um momento dedicado à avaliação do questionário de pesquisa pelos participantes. De acordo com o tema, a pergunta e os objetivos dessa pesquisa, as atividades previstas para o GF foram definidas em torno de três eixos temáticos/orientadores: Informação, Saúde e Internet. Optamos por incluir no roteiro três dinâmicas estimuladoras com o objetivo de provocar (e manter aceso) um debate marcado pelo entusiasmo, abertura e participação (MINAYO, 2014). Em seguida, a discussão seria direcionada a partir de nossas perguntas e intervenções, de acordo com as falas dos participantes e de tópicos de que pudessem emergir durante o diálogo. As dinâmicas e as perguntas temáticas foram pensadas de forma fluida e não-consecutiva, de modo que pudessem ser alocadas nos momentos mais oportunos, de acordo com a nossa percepção.

Tabela 3 - Roteiro de grupo focal

Momentos-chave	Descrição e Ações
1. <b>Abertura</b>	Apresentação da pesquisadora/moderadora (formação acadêmica e profissional); Apresentação da pesquisa e dos objetivos do GF; Apresentação do observador.
2. <b>Apresentação dos participantes</b>	Dinâmicas das duplas (para descontrair): alunos trocam de lugar e sentam-se ao lado de quem não conhecem. Conversam por três minutos, em duplas, contando aspectos básicos da vida. Em seguida cada aluno, em vez de se apresentar, apresenta o colega com quem conversou.
3. <b>Contrato grupal</b>	Avisos sobre: - Celulares no silencioso; - Liberdade de se expressar e incentivo ao debate (“não há opinião certa ou errada”); - Respeito à fala do outro, evitar conversas em paralelo; - Regras de confidencialidade, anonimato e sigilo das informações; - Registro de Consentimento e Assentimento; - Permissão para a gravação dos diálogos em áudio; - Dinâmica da discussão e horário de término.
4. <b>Dinâmica A: Áudio sobre Fake News em Saúde</b>	Reprodução, em uma caixa de som, de um áudio, bastante difundido nas plataformas <i>Youtube</i> e <i>Whatsapp</i> , no qual uma mulher não-identificada afirma com veemência que as “cebolas são venenosas após cortadas pois possuem grande potencial de absorção de vírus e bactérias”.
5. <b>Dinâmica B: Gerador de Fake News em Saúde</b>	Momento de descontração. Alunos recebem por <i>Whatsapp</i> imagem de meme (Figura 6) para que os alunos criem suas próprias <i>fake news</i> em saúde, de acordo com o nome, sobrenome e mês de aniversário. Cada aluno escreve sua <i>fake news</i> no papel. Os papéis são recolhidos, lidos e o grupo escolhe junto a mais factível.
6. <b>Guia de Temas para debate: Internet Saúde Informação</b>	Possíveis perguntas: - A Internet é boa ou má? Por quê? - A Internet é um lugar confiável para buscar informações sobre saúde? - Você se preocupa com sua saúde? - Você já teve algum problema de saúde mais preocupante? Como e onde buscou ajuda? - Como você se informa? - O que vira notícia? Toda informação vira notícia?
7. <b>Dinâmica C: O que é Saúde, Informação e Internet?</b>	Cada estudante recebe um papel e precisa escrever, em até três linhas, uma definição para cada um dos termos: “saúde”, “informação” e “Internet”.
8. <b>Avaliação do Questionário de Pesquisa</b>	Os alunos recebem o questionário da pesquisa e são convidados a responder e a avaliar a ferramenta, tecendo críticas sobre linguagem, legibilidade, formatação, enunciado das perguntas, ordem das questões e respostas possíveis.

Tabela 3 - Roteiro de grupo focal (continuação)

Momentos-chave	Descrição e Ações
9. <b>Síntese do debate</b>	Validação coletiva das falas: - Resumo dos principais tópicos debatidos; - Alguém quer acrescentar, esclarecer, mudar alguma ideia?
10. <b>Encerramento</b>	Agradecimento pela participação.
11. <b>Lanche</b>	Confraternização e recolhimento de <i>feedback</i> dos participantes sobre os grupos.

Fonte: elaborado pela autora

Figura 6 - Meme “Gerador de Fake News em Saúde”



Fonte: grupo da família no *Whatsapp* da autora

## 6.2.5 Validação do questionário

A preparação para o segundo momento do trabalho de campo – a aplicação dos questionários – envolveu, além do processo de recrutamento de participantes, a validação do questionário já elaborado a partir das contribuições dadas pelos jovens durante os GFs. Na parte



final dos debates, eles foram instruídos a preencher e avaliar a primeira versão do questionário de pesquisa, sendo incentivados a destacar possíveis pontos problemáticos, na visão deles. Do modo geral, não foram apresentadas grandes dificuldades. O diálogo abaixo ocorreu durante o GF realizado no CEPCM (as nossas falas estão destacadas em itálico):

*Nicole: “Alguém teve alguma dificuldade pra responder alguma questão?”*

“Não.”

“Tá de boa. Tá simplificado.”

“Parece até aquelas questões de quando fazia prova do ensino fundamental.”

No entanto, essa etapa da validação do questionário resultou em modificações pontuais na primeira versão do questionário de pesquisa, elaborado pela pesquisadora e pelo orientador, de modo que os enunciados das questões e as opções respostas estivessem mais adaptados à linguagem e à realidade dos jovens respondentes. Alguns alunos, nos dois colégios, declararam dificuldades para compreender e responder às seguintes perguntas: “Você ou algum membro da sua família é/são beneficiário(s) de programas sociais?” e “Você trabalha ou já trabalhou recebendo remuneração?”. Uma aluna do Colégio Qi, por exemplo, declarou que há três anos vendia doces para os colegas da escola, e ficou em dúvida sobre o responder nesta última questão. Diante dessa dificuldade, e ao constatar que a condição socioeconômica dos respondentes já estaria contemplada em outras questões, optamos por retirar essas duas perguntas do questionário final.

Contemplamos ainda outras quatro sugestões dos alunos recolhidas durante os GFs. A primeira diz respeito à dificuldade que alguns alunos disseram ter para informar qual a renda mensal aproximada de família, mesmo as opções estando elencadas em faixas de renda mais amplas, representativas das classes sociais pelo critério por faixas de salário mínimo, do IBGE<sup>89</sup>. Ao lado dessa questão, os alunos escreveram comentários como: “Complicado de ter uma ideia”, “Meio complicado, muitos não sabem” e “Não sei. É muito difícil, considerando a faixa de idade, saber isso”. O diálogo abaixo, ocorrido no GF do Colégio Qi, expressou a mesma dificuldade:

“A [questão] 2.3 achei bem desnecessária, na verdade.”

---

<sup>89</sup> O classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divide a população em cinco classes sociais de acordo com o rendimento familiar mensal: classe A (acima de 20 salários mínimos), classe B (de 10 a 20 salários mínimos); classe C (de 4 a 10 salários mínimos), classe D (de 2 a 4 salários mínimos); e classe E (até 2 salários mínimos). Fonte: (ROSA, 2015).

*Nicole: “Desnecessária ou difícil de saber?”*

“Não entendi muito bem qual seria a importância disso na pesquisa.”

“Renda é difícil de saber.”

“Eu não acho. Eu acho importante todo mundo ter a ciência, pra poder ter a consciência dos seus gastos e do que tá acontecendo.”

“Eu não faço a mínima ideia.”

“Eu sei que minha mãe ganha, meu pai eu já não sei... Ele é autônomo.”

*Nicole: “Ficaria melhor se colocar ‘estimativa’?”*

“Só não sei se sempre as respostas vão ser certas. Realmente é muito difícil. Porque tem gente que discute isso em casa, tem gente que não discute. Se você perguntar dos meus pais... Eu não respondi, porque eu não faço a mínima ideia”.

“Eu fui pelo ENEM<sup>90</sup>, porque quando eu preenchi o ENEM eu tive que botar.”

“Eu nunca soube o que botar. Eu chutava a primeira coisa que eu via na frente.”

Apesar dessa dificuldade, por considerarmos a variável renda como bastante significativa da condição socioeconômica dos respondentes, optamos por não retirar essa pergunta e incluir a opção de resposta “não sei informar”.

A segunda sugestão que acolhemos refere-se à pergunta “Onde você fez seus estudos do ensino fundamental?”, que tinha como opções de resposta: “só em escola pública”, “só em escola particular”, “maior parte em escola pública” e “maior parte em escola particular”. Um aluno do Colégio Qi, beneficiário de bolsa de estudos, sugeriu que essa variável também fosse incluída. Durante o GF, ele disse:

“Porque aqui não tem ninguém além de mim, mas tem muita gente que frequenta escola particular com bolsa, parcial ou integral. Isso é uma coisa bem complicada porque quando pessoas falam pra mim ‘Nossa! Você estudou em escola particular a vida inteira!’... De bolsa!”

Assim, decidimos incluir outras duas opções de resposta nessa pergunta: “só em escola particular, com bolsa (integral ou parcial)” e “maior parte em escola particular, com bolsa (integral ou parcial)”.

A terceira alteração ocorreu em uma questão que buscava trazer pistas sobre as atividades extracurriculares, perguntando aos jovens quais cursos eles frequentam fora da escola, com as seguintes opções de resposta: “curso de língua estrangeira”, “curso de computação ou

---

<sup>90</sup> O Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) é o maior exame educacional do Brasil. Além de medir o desempenho dos alunos do Ensino Médio, os resultados da avaliação são usados na seleção de estudantes para ingresso nas universidades públicas e particulares, e para programas de financiamento do ensino superior do Governo Federal.

informática”, “curso de música ou instrumento musical”, “curso ou escolinha de esporte e/ou dança” e “outro(s)”. Durante o GF no CEPCM, um aluno sugeriu que inseríssemos a opção de resposta “nenhum”, caso alguém não realizasse nenhuma das atividades citadas. Outro participante sugeriu que adicionássemos uma pergunta sobre o tempo que cada jovem dispndia nesses cursos. Acatamos a primeira sugestão, mas a segunda não se mostrou viável pois acarretaria dificuldades adicionais de análise dos dados no momento da tabulação das respostas.

Fizemos ainda uma mudança no enunciado de uma pergunta que questionava: “Qual seria sua primeira atitude se tivesse um problema de saúde?”. Nos dois grupos, os participantes criticaram a imprecisão gerada pelo enunciado, uma vez que, segundo eles, a atitude poderia variar de acordo com a questão de saúde envolvida, e sua gravidade. Dessa forma, na tentativa de uniformizar o entendimento do enunciado, optamos por propor aos participantes uma situação hipotética: “Imagine que você acorde com dor de cabeça e manchas pelo corpo”.

A respeito das perguntas relacionadas às habilidades digitais em saúde (Parte B, o *eHEALS* traduzido para português), os alunos não relataram grandes dificuldades. Dois comentários sobre essa parte do questionário, colhidas durante os GFs foram:

“Você deixou algumas palavras em negrito, facilitou.” (aluna do Qi).

“As perguntas são confusas, mas é só uma interpretação mais aprofundada.” (aluno do CEPCM).

As questões traduzidas, então, ficaram da seguinte forma informada na Tabela 4. O questionário de pesquisa completo, em sua versão final, está disponível APÊNDICE D deste trabalho.

**Tabela 4** - Versão em português (BR) do *eHealth Literacy Scale (eHEALS)*

Item	Versão original (NORMAN, SKINNER, 2006b)	Versão em português (BR) <sup>91</sup>
B.1	<i>I know <b>what</b> health resources are available on the Internet</i>	Eu sei <b>quais são as</b> fontes de informação sobre saúde que estão disponíveis na Internet
B.2	<i>I know <b>where</b> to find helpful health resources on the Internet</i>	Eu sei <b>onde</b> encontrar as fontes de informação sobre saúde úteis na Internet
B.3	<i>I know <b>how</b> to find helpful health resources on the Internet</i>	Eu sei <b>como</b> encontrar as fontes de informação sobre saúde úteis na Internet.
B.4	<i>I know <b>how to use</b> the Internet to answer my questions about health</i>	Eu sei <b>como usar</b> a Internet para responder os meus problemas de saúde.
B.5	<i>I know how to use <b>the health information</b> I find on the Internet to help me</i>	Eu sei como usar as <b>informações sobre saúde</b> que encontro na Internet para me ajudar.

<sup>91</sup> Assim como na versão em inglês, as opções de respostas estão em uma escala *Likert* de cinco níveis, variando de 1=discordo totalmente (*strongly disagree*) a 5 = concordo totalmente (*strongly agree*).

<b>B.6</b>	<i>I have the skills I need to <b>evaluate</b> the health resources I find on the Internet</i>	Eu tenho as habilidades que preciso para <b>avaliar</b> as fontes de informação sobre saúde que encontro na Internet.
<b>B.7</b>	<i>I can tell <b>high quality</b> health resources from <b>low quality</b> health resources on the Internet</i>	Eu posso diferenciar as fontes de informação sobre saúde de <b>alta qualidade</b> e as de <b>baixa qualidade</b> na Internet.
<b>B.8</b>	<i>I feel <b>confident</b> in using information from the Internet to make health decisions</i>	Eu me sinto <b>seguro</b> em usar informações da Internet para tomar decisões de saúde.

Fonte: elaborada pela autora

Por último, cabe destacar o caso específico de um aluno do CEPCM, de 15 anos, que fez comentários por escrito, ao lado de cada um dos oito itens do *eHEALS*, justificando porque discordava da maioria deles:

**Questão B.1. Respondeu “Discordo totalmente”.**

“Quase não tenho acesso a internet e não fico doente com frequência”

**Questão B.2. Respondeu “Discordo totalmente”**

“Quase não tenho acesso a internet”

**Questão B.4 Respondeu “Não tenho certeza”**

“Não faço ideia de como achar informações sobre saúde na internet”

**Questão B.7. Respondeu “Discordo totalmente”.**

“Não uso internet para obter informações sobre saúde”

**Questão B.8. Respondeu “Discordo”.**

"Por que nem tudo pode ser verdade"

Nossa suposição é que o aluno que escreveu as observações acima seja o mesmo que afirmou não ter smartphone nem usar o *Whatsapp*. Seria, portanto, o único jovem, dentre todos os participantes dos GFs, que, apesar de ser “nativo digital”, é um “excluído digital” (SORJ; GUEDES, 2005).

### 6.3 ANÁLISE DOS GRUPOS FOCALIS

A realização dos grupos focais (GFs) nos permitiu observar as opiniões e os diversos pontos de vista criados nas interações entre os jovens, de modo a apreender certos aspectos do fenômeno investigado e mapear a maneira com que esses jovens lidam com a informação em ambientes digitais – em específico, a informação sobre saúde. O contato direto com os sujeitos da pesquisa, em seu próprio contexto (o ambiente escolar), propiciou um encontro intersubjetivo que enfatizou a empatia entre nós e os participantes. As falas registradas foram

reveladoras das condições de vida, crenças e valores dos sujeitos da pesquisa, que atuaram como interlocutores e porta-vozes dos pensamentos de outros indivíduos nas mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que eles (MINAYO, 2014, p. 204). Conforme já detalhado no capítulo 2, nossos objetivos com os GFs eram: identificar o que os jovens pensam sobre e como se apropriam das informações sobre saúde na Internet; aumentar a familiaridade com os sujeitos da pesquisa e o universo deles; levantar a opinião dos participantes sobre o tema desta investigação; e testar e validar o questionário de pesquisa.

Nesta etapa realizamos uma leitura transversal, de maneira a analisar, de forma articulada: conteúdo obtido por meio dos debates (registrado em áudio e transcrito), informações por escrito derivadas das dinâmicas de grupo, dos relatórios feitos pelo observador, das nossas anotações de campo sobre os contextos escolares e sociais percebidos e dos comentários feitos pelos estudantes durante a avaliação do questionário de pesquisa. As informações colhidas foram analisadas qualitativamente com base nos autores e nos referenciais teóricos que embasam esta investigação.

Nossa aproximação analítica se inspirou em Minayo (2014), quando ela afirma que “uma boa análise interpreta o conteúdo ou o discurso dentro de um quadro de referências e que a ação e a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes” (MINAYO, 2014, p. 353).

Seguindo a proposta hermenêutica-dialética desta autora, elaboramos “categorias analíticas” e “categorias empíricas”. As primeiras seriam “categorias capazes de desvendar relações abstratas e mediadoras para a parte contextual” (MINAYO, 2014, p. 355), servindo de balizas para a investigação. Já as “categorias empíricas”, segundo Minayo (2014, p. 355), devem ser “criadas a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas e específicas do grupo em questão”. A estrutura analítica que elaboramos é apresentada no Tabela 5.

Este quadro serviu de referência para o trabalho de análise e interpretação das falas dos jovens, que faremos a partir da próxima seção. As três categorias analíticas - representações sociais da saúde, representações sociais da Internet e representações sociais da informação – alinham-se com os eixos temáticos que embasaram a elaboração do roteiro dos grupos focais. São, a nosso ver, as principais dimensões de análise que perpassam este estudo desde o início.

Já as 22 categorias empíricas referem-se às principais categorias de pensamento surgidas durante os GFs, a partir dos principais significados camuflados nos discursos dos participantes que conseguimos identificar. São ideias centrais que emergiram nos diálogos, às quais tentaremos atribuir sentidos mais amplos.

Tabela 5 - Categorias da análise interpretativa

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS	CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS
<b>Representações Sociais da Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é saúde?</li> <li>- Modelo biomédico x promoção da saúde</li> <li>- Saúde como responsabilidade individual/autocuidado</li> <li>- Medicina curativa x preventiva</li> <li>- Valorização da opinião médica</li> <li>- Representações do discurso médico</li> <li>- Automedicação</li> <li>- Medo da morte</li> </ul>	
<b>Representações Sociais da Internet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é Internet?</li> <li>- Redes sociais <i>on-line</i> não são Internet</li> <li>- Responsabilização individual</li> <li>- Uso instrumental</li> </ul>	
<b>Representações Sociais da Informação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é informação?</li> <li>- Individualização da responsabilidade</li> <li>- Prossumidores</li> <li>- Fatores de noticiabilidade (poder, audiência, alcance)</li> <li>- Centralidade da fonte</li> <li>- Critérios de credibilidade (saber do especialista, avaliações por terceiros, cientificidade)</li> <li>- Conflito geracional</li> <li>- Modos de acessar a informação (passividade, redes sociais <i>on-line</i>, Dr. Google)</li> <li>- Reações diante de informações duvidosas (descrença, investigação, mudança de hábitos)</li> <li>- Fatores pessoais que afetam a habilidade de julgamento (escolaridade, sagacidade, experiência x expertise)</li> </ul>	

Fonte: elaborada pela autora

A última coluna à direita representa o eixo que atravessou nossa análise em todas as categorias, guiando nosso olhar : a condições socioeconômicas dos jovens.

Acreditamos que, a partir da perspectiva hermenêutica, as representações sociais podem nos ajudar a compreender quais são as crenças (conscientes ou não) mais enraizadas sobre nosso tema de pesquisa, em cada grupo. Nesse sentido, a pergunta que no guiou foi: quais visões de mundo estariam naturalizadas nos modos de falar, pensar e sentir daqueles jovens?

Partimos da compreensão de que cada indivíduo participante é representativo daquele grupo de jovens que compartilha o mesmo *habitus*, ou seja, o mesmo “sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma *matriz de percepções, de apreciações e de ações*” (BOURDIEU, 1983, p. 65, grifo do autor). Acreditamos que “a representatividade do grupo na fala do indivíduo ocorre porque tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais

interiorizados, ainda que as expressões pessoais apresentem sempre variações em conflito com as tradições” (MINAYO, 2014, p. 208).

Do ponto de vista dialético, buscamos reconhecer como os mesmos temas foram tratados de forma diferente por dois grupos de jovens. Pretendemos ainda identificar os consensos e as divergências que se formaram dentro dos grupos e, principalmente, entre eles. Nos interessa entender, especificamente, quais visões expressam as contradições entre os grupos e de que forma as representações correspondem à realidade social daqueles jovens. Nesse sentido, o questionamento que nos guia é: quais concepções desses jovens refletem as ideias dominantes ou subalternas?

Durante nossa análise, notamos que as categorias empíricas que identificamos se inter-relacionam e aparecem de maneira sobreposta e não-sequencial em meio aos diálogos. Por isso, e para possibilitar uma maior fluidez de leitura do texto, não vamos separá-las por seções. Elas aparecerão destacadas em negrito no decorrer do texto, dentro das seções que dividem as categorias analíticas: saúde, Internet e informação.

### **6.3.1 Visão geral dos Grupos Focais**

Durante a fase de planejamento, cogitamos a realização de mais grupos subsequentes, de acordo com o rendimento do primeiro GF em cada colégio. No entanto, após a primeira leitura horizontal das informações coletadas nos dois primeiros grupos, consideramos que estes já seriam suficientes para atender às finalidades desta investigação.

O GF do Colégio Qi/unidade Tijuca foi realizado na parte da manhã, após a realização de uma prova. No Colégio Estadual Professor Clóvis Monteiro (CEPCM), ocorreu à tarde, ao final das aulas. No papel de animadora, tive a função de “focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016, p. 62). Cada sessão contou ainda com a presença do pesquisador que colaborou com esta pesquisa exercendo o papel de observador/relator, responsável por captar reações e fazer anotações sobre a rede de interações do processo grupal, de modo a viabilizar a discussão com a moderadora após o término do grupo (KIND, 2004).

Os grupos contaram com a participação de 11 alunos, no Colégio Qi, e 13 alunos, no CEPCM, de forma mista (feminino e masculino), com alunos dos 1º e 2º anos do Ensino Médio. As cadeiras foram organizadas em formato circular, o que possibilitou uma interação face-a-face entre os participantes. Cada jovem foi identificado com um crachá com o primeiro nome. O GF do Colégio Qi teve duração de uma hora e 20 minutos; o do CEPCM, uma hora e 23

minutos. Os diálogos foram registrados na íntegra por dois gravadores de voz profissionais, posicionados em direções diametralmente opostas (um cuidado técnico necessário uma vez que as discussões em grupo constituíram o principal material de análise da pesquisa). Para assegurar o anonimato, optamos por identificar as falas dos participantes informando apenas a qual colégio aquele(a) aluno(a) pertence, já que este é o nosso recorte principal.

O GF realizado no Colégio Qi foi responsável por trazer as representações sociais relacionadas ao estrato com maior poder aquisitivo. Tendo em vista a necessidade de comparação dos diferentes achados, dos dois grupos que compõem a pesquisa, o realizado no Qi, representa o que estaria em um patamar de superioridade ao classificar os dois grupos por padrões socioeconômicos. Dessa mesma perspectiva, o GF realizado CEPCM foi responsável por trazer representações relacionadas ao estrato com menor poder aquisitivo, o que estaria em um patamar de inferioridade ao classificar os dois grupos por padrões socioeconômicos.

A realização de um GF geralmente demanda uma atenção redobrada do(a) mediador(a), “ora para conter aqueles que querem dominar a cena e podem monopolizar a palavra, ora para estimular que os mais tímidos também se expressem” (DESLANDES, 2005, p. 170–171). De uma maneira geral, o grupo de alunos do CEPCM demonstrou mais dificuldade para manter o foco no debate. Por algumas vezes, precisamos chamar a atenção dos jovens, pedindo silêncio para que pudessem ouvir a fala de algum colega. Os estudantes desse colégio também demonstraram maior extroversão e intimidade entre si, interagindo bastante uns com os outros, às vezes de forma desrespeitosa: “Cala a boca!”, “Que ódio da tua cara!” foram algumas das frases proferidas entre os alunos.

Já o grupo do Colégio Qi, mais introvertido e focado no debate, demonstrou ter opiniões mais consensuais. Mais atentos às perguntas, em alguns momentos os jovens nem mesmo esperavam a conclusão da questão e já respondiam “sim”, “não”, “ahan”. Foi comum que uma pergunta direcionada pela moderadora para um aluno específico fosse respondida por outro jovem que se antecipava ao destinatário da questão. Mas, em geral, o interlocutor original da pergunta aceitava e concordava com a intervenção.

### **6.3.2 Apresentação dos participantes**

Logo no início dos grupos, no intuito de integrar o grupo e descontrair o encontro, foi realizada uma dinâmica de apresentação em duplas, que funcionou da seguinte forma: os alunos trocaram de lugar e sentaram-se ao lado de quem não conheciam (ou com quem não tinham tanta intimidade). Em seguida, eles conversaram por cerca de três minutos, em duplas ou trios,



contando para o colega aspectos básicos da vida. Ao final, cada aluno, em vez de apresentar a si próprio, apresentou o colega com quem conversou. A orientação da moderadora foi para que eles conversassem sobre o que gostavam de fazer fora da escola, o que pensavam em fazer profissionalmente, e qualquer outro aspecto que considerassem interessante da própria personalidade. Também foi pedido que apresentassem o nome, série e idade do colega. A média de idade foi muito próxima nos dois grupos: 15,8 anos no Colégio Qi e 16 anos no CEPCM.

Esse momento da apresentação dos participantes nos forneceu indícios sobre algumas importantes convergências e divergências relacionadas às características dos participantes, especialmente no que diz respeito às condições socioeconômicas de cada grupo.

Uma diferença que nos pareceu bastante perceptível entre os dois grupos diz respeito às perspectivas acadêmicas e profissionais demonstradas pelos jovens. Quase todos os alunos do Qi apresentaram o(a) colega revelando seus planos futuros (na maioria das vezes bem definidos) para cursar o Ensino Superior:

“Essa daqui é a F. [...] Ela gosta muito de Direito e viajar. E ela disse que quando crescer quer ser uma promotora de justiça. Mas ela não quer ser uma advogada, porque se você for uma advogada, você tem que acusar alguém. E ela tá com a carreira inteira planejada.”

“O nome dele é P. [...] O que ele mais gosta de fazer é estudar. Ele quer fazer Engenharia Agrônoma na faculdade.”

“O nome dela é C. Então, ela vai fazer Física na faculdade. Vai fazer UFRJ ou UERJ ou estudar fora.”

“Ela queria fazer Química, só que pelo visto é difícil pra caramba. E agora ela quer fazer Biologia, que também é difícil.”

“Então, essa é a M. [...] Ela quer fazer faculdade de Matemática, Cálculo, enfim...”

“Ela é a A. Ela quer fazer Medicina, não sei em que faculdade, mas provavelmente em faculdade pública. Se nada der certo, ela falou que vai vender bolo”.

“Essa aqui é a A. Ela quer fazer ou Astronomia ou Biologia. E se ela não conseguir ir para a faculdade, ela falou que vai competir no Jiu-Jitsu”.

As apresentações no CEPCM, ao contrário, demonstraram uma carga de indefinição bem maior com relação ao futuro acadêmico e profissional. Muitos estudantes optaram por não comentar sobre uma possível profissão, enquanto outros não detalharam preferência por cursar uma faculdade específica:

“Ele tem 16 anos. [...] Ele trabalha. Ele gosta de andar de moto. Vai fazer faculdade. Só isso.”

“A L. tem 15 anos [...] ainda não sabe o que pretende fazer no futuro. E não gosta de fazer nada.”  
[risos]

“A B. tem 16 anos. Ela faz o 1º ano. Ela falou que não sabe o que vai fazer da vida.”

“A B. tem 16 anos. Quer ser... ela já falou três mil profissões: dentista, aeromoça, veterinária... Além de que secretamente ela gosta de fazer desenhos de plantas de casa.”

“O D. tem 16 anos e quer realizar o sonho dele”.

“Que sonho?” - pergunta um colega

“Ele não sabe”. [risos]

As indefinições com relação ao futuro profissional poderiam sinalizar uma maior falta de perspectiva acadêmica dos jovens do CEPCM, em relação ao outro grupo. Essas diferenças de expectativas podem talvez expressar o temor de uma geração (e, especificamente, de um grupo social) que, segundo Novaes (2006, p. 110), se defronta com um mercado de trabalho restritivo e mutante: “O medo do futuro é quase um sinônimo do ‘medo de sobrar’ e está muito relacionado à inserção no mercado de trabalho. (...) Enquanto a geração anterior pensava ‘eu vou me aposentar assim ou assado’, esta geração diz palavras vagas sobre o futuro”.

Outro ponto que merece destaque foi o fato de que, apenas no grupo do CEPCM, os estudantes se referiram a nós por mais de uma vez, como “professora”. Isso poderia demonstrar a dificuldade desses jovens em estabelecer nossa identidade e nosso papel enquanto pesquisadora, e não como docente. Da mesma forma, pode representar o respeito e o distanciamento da autoridade docente em relação aos alunos, nesse colégio.

Na primeira dinâmica realizada no grupo do Colégio Qi, reproduzimos em uma caixa de som um áudio, bastante difundido no *Youtube* e no *Whatsapp*, no qual uma mulher não-identificada afirma com veemência que cebolas são venenosas após cortadas pois possuem grande potencial de absorção de vírus e bactérias. A transcrição completa desse áudio encontra-se no Anexo 5 desta dissertação<sup>92</sup>. Essa dinâmica, inicialmente prevista para também ocorrer no GF do CEPCM, foi alterada em função das circunstâncias do debate neste colégio, conforme explicamos a seguir.

No CEPCM, logo no início das conversas, uma jovem relatou que recentemente um áudio mentiroso havia sido compartilhado no grupo de *Whatsapp* de uma das turmas representadas ali, e explicou que esse áudio associava o consumo de um pirulito à morte de uma menina:

“Ela mandou um áudio pra gente de uma mulher falando que uma garota morreu, porque deram um pirulito para ela. Só que era *fake news*.”

---

<sup>92</sup> Áudio da cebola pode ser ouvido em: <<https://soundcloud.com/buzzfeedbrasil/cebola-e-veneno>>. Acesso em 13. mai. de 2020.

A aluna que havia compartilhado o áudio estava presente no GF. Nesse momento, iniciou-se o debate sobre quem teria acreditado na veracidade do áudio. Aproveitando esse gancho, optamos por substituir, neste grupo, o áudio da cebola pelo áudio do pirulito, de modo a utilizar, como instrumento disparador do debate, um conteúdo que recentemente já havia feito parte da realidade daqueles jovens. A transcrição completa desse áudio<sup>93</sup> consta no Anexo 6.

Durante os debates, tratamos ambos os áudios como situações hipotéticas. Iniciamos as dinâmicas apresentando a seguinte questão: “imagine se você tivesse recebido o seguinte áudio no *Whatsapp*”. Nosso intuito foi despertar nos alunos uma possível reflexão crítica sobre suas reações diante daquela situação. Ambos os áudios suscitaram um debate frutífero sobre as causas que levariam as pessoas a acreditar na veracidade de determinado conteúdo.

Também foi reveladora a dinâmica “O Que é?”, na qual cada estudante recebeu um papel e escreveu, em até três linhas, uma definição para os termos “saúde”, “informação” e “Internet”.

### 6.3.3 Representações Sociais da Saúde

As representações sociais da saúde que apareceram durante os GFs foram bastante diferenciadas, inclusive dentro dos grupos. Isso ficou claro nas respostas dadas pelos jovens quando foram questionados, por escrito, sobre “**O que é saúde?**”. Seleccionamos algumas respostas obtidas no grupo do Colégio Qi:

1. “não ter nenhuma doença.”
2. “Saúde do ser humano são as condições físicas ou psicológicas dele, seja positivo ou negativo, quando ocorre esse último caso, consideramos a pessoa doente.”
3. “bem estar e vida saudável.”
4. “quando seu organismo está fazendo todas suas reações metabólicas bem, pelo menos em um nível normal. A higiene também se relaciona à saúde.” [sic]
5. “tudo que gira em torno do corpo humano e seu funcionamento normal.”
6. “condições físicas e biológicas que garantem o bom funcionamento do metabolismo dos seres vivos.”
7. “um ponto importante para se manter vivo e saudável. Pode ser conquistado com uma boa alimentação e exercícios frequentes.”
8. “essencial. Não é algo que você deve confiar à qualquer um.” [sic]
9. “complexa e algo que a maioria não tem acesso.”

---

<sup>93</sup> Áudio do pirulito pode ser ouvido em: < <https://soundcloud.com/nileao/audio-do-pirulito-whatsapp-fake-news>>. Acesso em 13. mai. de 2020

Já as respostas seguintes vieram de alunos do CEPCM:

10. “tudo para todos. Saúde e muito bom ninguém quer ficar doente”.
11. “nosso bem-estar corporal e mental.”
12. “é a forma que nos sentimos bem ou mal.”
13. “o bem estar, é movimento e boa alimentação.”
14. “é um meio de ficarmos bem com nos mesmos.” [sic]
15. “o que determina se estamos bem ou não.”
16. “tudo que é bom para o ser humano, aquilo que faz você ficar bem.”
17. “o ato de fazer o organismo continuar funcionando de maneira correta.”
18. “muito importante. Temos que sempre nos preocupar com as coisas que acontece com nosso com o nosso corpo – pois é bem importante.”

É possível perceber, pelas respostas acima, que as definições dos jovens para a saúde percorrem várias representações sociais: saúde como ausência de doenças (respostas 1, 2 e 10), saúde como estado de bem-estar físico e/ou emocional (respostas 3, 11 a 16), saúde como condição biológica e metabólica (respostas 4 a 6 e 17), saúde como uma conquista individual (respostas 7, 8, 13 e 18) e saúde como um bem coletivo (resposta 9). Essa diversidade de respostas já era esperada, na medida em que “os conceitos de saúde diferenciam-se de acordo com a condições de vida e de trabalho dos sujeitos. As formas de se pensar, sentir e agir com relação à saúde também são qualificadas de acordo com as classes, as etnias e os gêneros” (MINAYO, 2014, p. 30).

Cabe destacar que, no grupo do Colégio Qi, predominaram as definições que se baseiam no binômio saúde/doença e, principalmente, aquelas relacionadas ao caráter biologicista e individualizante do “estar saudável”. Trata-se de uma representação que não se preocupa com o contexto social ou emocional em que a situação de doença ou agravo pode ocorrer (CUTOLO, 2006).

Em contraste, várias concepções de saúde recolhidas no CEPCM correlacionam-se com o conceito ampliado de saúde preconizado pela OMS, ou seja, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”<sup>94</sup>. Esses contrastes se justificam pois, conforme aponta Minayo (2014),

---

<sup>94</sup> Disponível em: <[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)>. Acesso em 12 de mai. de 2020.

As concepções de saúde e doença são frutos e manifestações de condicionamentos sócio-históricos que se vinculam a acesso a serviços, tradições culturais, concepções dominantes sobre o assunto e da inter-relação de tudo isso. Portanto, saúde e doença são fenômenos sociais não apenas porque expressam certo nível de vida ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas porque são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo (MINAYO, 2014, p.355).

Pensando as diferenciações nas definições de saúde dentro da historicidade dos fatos sociais de cada grupo estudado, podemos imaginar que a representação da saúde que prevaleceu entre os alunos do Qi, de maior poder aquisitivo, tem raiz na lógica do **modelo biomédico** que caracteriza grande parte da assistência à saúde no Brasil. Segundo Cutolo (2006):

o Modelo Biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização. (...) O biologicismo pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças; se justifica na compreensão que a doença é causada por agentes biológicos (químicos e físicos estão incluídos), em corpos biológicos, com repercussões biológicas. (...) confere dimensão estritamente biológica ao ser humano, descontextualizando sua posição biográfica, familiar e social. (CUTOLO, 2006, p. 16)

Por outro lado, a representação dominante no CEPCM, relacionada à **promoção da saúde** e à sensação de bem-estar, pode estar vinculada a uma manifestação de carência do grupo de menor poder aquisitivo, condicionado historicamente a uma limitação no acesso a serviços de saúde de qualidade por diversos motivos inerentes à sua situação social. Como aponta Minayo (2014):

O modo próprio de se relacionar com a medicina oficial, particularmente por meio das estratégias religiosas e tradicionais, pode ser considerado um esquema de resistência próprio das classes populares, em delegar à biomedicina o sentido de sua vida e de sua morte. Enquanto procuram e reivindicam tratamento adequado e digno no sistema oficial, e ao mesmo tempo, recriam alternativas de representação do corpo e de sua relação com o mundo, reafirmam sua identidade e seu saber específico que também contém sabedoria (MINAYO, 2014, p. 255)

As percepções dominantes sobre saúde no CEPCM parecem aproximar-se do paradigma salutogênico, que prioriza as origens e causas da saúde, não da doença. Saboga-Nunes et al. (2019) defendem a superação do modelo biomédico a partir da salutogênese:

O modelo Biomédico não inclui normalmente os determinantes sociais em saúde e as determinações sociais, como elementos que podem interferir no processo saúde e doença da população. Estabelece antes, uma proposta de assistência à saúde desconectada da realidade social. Assim a complementaridade do paradigma salutogênico revela-se pertinente no contexto da promoção da saúde das populações (SABOGA-NUNES et al., 2019).

Mais próxima da orientação biomédica, a representação da **saúde como uma responsabilidade individual**, no entanto, foi detectada nos dois grupos de jovens. Durante o debate, alguns alunos do CEPCM compartilharam falas que continham preocupações sobre comportamentos entendidos como saudáveis:

*Nicole: “Vocês se preocupam com a saúde de alguma forma?”<sup>95</sup>*

“Eu só me preocupo. Porque eu não faço nada...”

“Essa é a vida de todo mundo. Todo mundo se preocupa, mas não faz nada.”

“É, verdade.”

“A gente tem vontade de fazer, mas sei lá...”

“Dá preguiça.”

“Dá preguicinha.”

“Eu antes não me preocupava. Agora eu me alimento bem e faço bastante caminhada. (...) Eu percebi que eu estava muito parado, sem fazer nada. Aí eu pensei: eu estou muito fora de forma. Comecei.”

Trata-se de uma representação que pressupõe uma condição de saúde passível de ser controlada pela vontade pessoal, ou seja, vinculada à ideia do **autocuidado**. Acerca da saúde como responsabilidade do indivíduo, Minayo (2014, p.245) afirma que “do ponto de vista das representações dominantes, saúde é um bem pessoal preciosíssimo e um negócio voltado para atingir a subjetividade do indivíduo e movimentar sua ação. Essa representação é antiga”.

Em outros momentos do debate, os jovens deixaram transparecer representações sobre a medicina e sobre os profissionais médicos, ora aproximando-se, ora afastando-se dos preceitos biomédicos. No Colégio Qi, uma discussão acerca da medicina oficial e da dicotomia entre a **medicina curativa e a preventiva** surgiu espontaneamente na conversa quando questionamos os alunos sobre como as pessoas cuidavam da saúde antes da Internet existir:

---

<sup>95</sup> A partir deste ponto do texto, nossa fala estará identificada como “Nicole” e destacada em itálico, no intuito de facilitar o entendimento dos diálogos.

“Sempre tinha aquela que dizia que você tomava a erva tal e ia melhorar, aquela que tinha a casa cheia de ervas.”

“Arnica! Arnica serve para tudo.”

*Nicole: “O que aconteceu com essas ervas? Elas pararam de ter o poder curativo que tinham?”*

“Continuam, na Amazônia tem várias. Acabamos de estudar o bioma amazônico, lá tem várias plantas medicinais”

“Continua, mas com a tecnologia, e com o avanço da medicina, as pessoas foram parando de usar as ervas e foram preferindo o médico, porque aí passava um remédio e tal. Se você for na Amazônia, tem lugares lá que os médicos vêm uma vez por mês de barco e ficam um tempo. E quando não tem [médico], a pessoa passa mal e fica com ervas medicinais.”

“Porque a medicina ocidental se preocupa muito com resolver o problema e não precaver. Então a gente não tem tantos botânicos como antigamente.”

*Nicole: “E essa medicina mais tradicional, ela perdeu um pouco de credibilidade e espaço? Ou não?”*

“Eu acho que ela perdeu sim, um pouco de credibilidade. Porque, por exemplo, se a sua avó vai lá e fala: bota uma erva. Minha avó não tem faculdade de medicina, por exemplo. Então vão preferir acreditar na palavra da pessoa que esteja cursando uma faculdade de medicina ou no médico mesmo.”

Neste momento, o discurso dos jovens do Qi segue no sentido de reconhecer um tipo específico de interpretação da vida e da morte que é recortado por crenças, tradições, terapêuticas tradicionais populares e práticas religiosas e fitoterápicas da medicina. Trata-se, segundo Minayo (2014), de um senso comum e popular que existe e resiste, à parte da visão totalizante do fenômeno do adoecer imposta pelo poder médico e pelo processo de medicalização. No entanto, apesar de reconhecerem a existência e a importância da medicina preventiva e da medicina não-oficial, os jovens parecem admitir e aceitar a subordinação dessas ao discurso dominante da medicina oficial. Conforme aponta Minayo (2014):

As representações dominantes são particularmente elaboradas e veiculadas pela corporação médica, que faz, de seus profissionais, intelectuais orgânicos, tanto da elaboração do conhecimento erudito, como da imposição de normas e atitudes a respeito do corpo e da definição social do doente e da doença (MINAYO, 2014, p. 259).

No mesmo diálogo, também podemos perceber a visão crítica de um aluno que afirmou que “a medicina ocidental se preocupa muito com resolver o problema e não precaver”. Assim, suas palavras se aproximam bastante das contradições já bastante difundidas entre a medicina curativa e a medicina preventiva.

A **valorização da opinião médica** especializada parece ser uma representação social dominante entre o grupo de alunos do Qi. Quando confrontados com uma situação hipotética

relacionada à saúde (“Qual a primeira coisa que você faz quando tem alguma dúvida ou problema de saúde?”), os jovens desse colégio responderam da seguinte forma:

“Eu pergunto pra minha mãe. Ela é médica”.

“E se ela não souber?” – questiona um colega.

“Se ela não souber, ela pergunta pra uma amiga dela, que também é médica”.

Esse discursos alinha-se aos resultados de algumas pesquisas que analisaram a relação entre médicos e pacientes no contexto da Internet. Esses estudos sugeriram que, apesar de a relação médico-paciente ter sido modificada pelas mídias digitais, o médico ainda é a fonte mais importante de informação sobre saúde, sendo a Internet um recurso adicional (COELHO; COELHO; CARDOSO, 2013; PEREIRA NETO et al., 2015).

Uma aluna do CEPCM, no entanto, revelou outra representação relacionada ao **discurso médico**. Ela relatou que estava com vontade incontrolável de urinar por seguidas vezes e apresentava outros sintomas, como boca seca e emagrecimento. Por isso, preferiu buscar ajuda em vídeos do Youtube a se consultar com um profissional da saúde. E justificou:

“Eu falei com a minha mãe o que estava acontecendo. Mas eu sei que eu deveria ir ao médico. Mas o que acontece? Eu sei que se eu chegasse lá, eu ia levar uma bronquinha. Por quê? Porque o médico ia falar: você não está se alimentando direito. Por mais que eu *estava* me alimentando bem, eu estava comendo besteira... Eu estava comendo muito doce, diariamente. Eu sei que eu ia levar essa bronca. E ele ia me falar o que ela exatamente o que ela [a moça do Youtube] falou, para mim beber bastante água.” [sic]

A narrativa da aluna revela como o discurso médico pode atuar como um obstáculo entre o profissional de saúde e o paciente, seja por causa do inacessível “código de linguagem fechado e específico próprio da biomedicina” (MINAYO, 2014, p. 248), seja por causa de uma possível arrogância médica proveniente da posição de autoridade e poder conferida pelo modelo hegemônico. Para essa jovem, o medo de receber uma bronca representa uma dificuldade na comunicação intrapessoal com o médico. Segundo Hayat, Brainin e Neter (2017), essa dificuldade pode formar uma barreira para a consulta presencial que acaba influenciando na preferência pelo aconselhamento sobre saúde com amigos e familiares (neste caso, com uma *youtuber*).

A estudante relatou que tinha todos os sintomas descritos no vídeo e, por isso, decidiu mudar hábitos e seguir as orientações da “moça do Youtube”: beber muita água e reduzir o consumo de açúcar. Em pouco tempo, ela disse que melhorou e parou de sentir tonturas:



“Eu fui melhorando com o tempo.”

*Nicole: “E quem é essa pessoa desse vídeo? Você sabe falar quem era ela?”*

“Sim. Eu pesquisei. Ela era profissional [da área da saúde]. Eu não vejo vídeo assim... de blogueirinhas.”

*Nicole: “E isso, na sua opinião, deu uma credibilidade para ela?”*

“Sim. Ela era uma mulher que era boa mesmo. Aí eu falei: ‘Ah mãe, vou seguir esse vídeo. Se eu não melhorar eu vou no médico’.”

Algumas representações sociais sobre **automedicação** também apareceram nos debates – em menor escala no Colégio Qi, mas com presença forte no grupo do CEPCM. No Qi, uma aluna explicou que tomar medicamentos por conta própria é uma imposição da irmã, o que se tornou hábito após várias consultas com o médico. Esse seria, inclusive, um dos motivos para ela não se informar sobre um problema de saúde pela Internet:

“Vou ser sincera: quando eu fico doente eu não vou pra internet não”.

*Nicole: “Quando você fica doente, você faz o quê?”*

“Minha irmã me obriga a tomar Naldecon.”

*Nicole: “Pra qualquer coisa?”*

“É... porque quando geralmente eu fico doente, é tosse, a mesma coisa de sempre. Então eu já sei o que é, porque eu já fui ao pediatra mil vezes”.

Já no CEPCM, a referência à automedicação foi feita pelos alunos mesmo sem essa palavra ter sido citada antes. Nesse colégio, vários relatos confirmam que tomar medicamentos sem prescrição médica é um comportamento recorrente e naturalizado por eles mesmos e, principalmente, pelos pais:

*Nicole: “Vamos supor o seguinte: você está caminhando e sente uma dor muito estranha. O que você faz?”*

“Dorflex.”

“Tomo um remédio.”

“Quando eu tive dor de estômago, a minha mãe me automedicou. Qualquer coisa, não passava. Só passou quando eu fiz exame de sangue. Aí fomos para o hospital. Aí sim eu soube o que era de verdade.”

Podemos supor que a tendência à automedicação – praticada ora pelos pais, ora pelos próprios jovens - corrobora novamente o modelo biomédico, aqui impulsionado pela indústria

farmacêutica, que privilegia a medicalização dos problemas de saúde e a distribuição irracional de medicamentos industrializados:

O conhecimento dos adolescentes sobre medicamento e suas implicações na saúde mostrou-se incipiente e desprovido de qualquer noção básica sobre o uso racional de medicamento. Sua concepção sobre medicamento tem sido influenciada pelo modelo biomédico: “combater sintomas” e “prevenir doenças”, reflexo da visão descontextualizada do tema saúde nos espaços educacionais (SILVA et al., 2011, p. 1659).

Sob outra perspectiva de análise, a automedicação seria uma prática simplificada para os nativos digitais, uma vez que “pode ser facilitada pelo ambiente virtual, onde há informações sobre sintomas e tratamentos amplamente disponibilizadas, assim como pela facilidade da aquisição de medicamentos sem prescrição médica e por preços mais baixos” (PEREIRA NETO; BARBOSA; MUCI, 2016, p. 29). Sendo uma representação que apareceu com muito mais força no grupo do CEPCM, a automedicação também poderia ser compreendida dentro do contexto social desse grupo. Sobre esse cenário, Silva et al. (2011) indicam que o custo elevado da medicação prescrita pelos médicos e a dificuldade de atendimento em postos de saúde podem ser alguns dos fatores que impulsionam a automedicação, em especial entre os estudantes de escolas públicas. Entre os alunos do CEPCM, o uso de medicamentos recomendados pelos pais também foi associado a sentimentos de receio e hesitação:

“Qualquer caso de dor que apareça assim em mim, minha mãe supõe o que eu tenha, meu pai também, e procuram pomadas ou qualquer remédio assim de dor. E eu morro de medo de tomar remédio por mim mesmo. Medo mesmo. Prefiro sentir dor do que tomar.”

O medo confessado pela aluna parece vir de um possível **medo da morte** que, segundo Minayo (2014, p.240), tendo “origem puramente social e sem nenhuma mistura de fatores mórbidos individuais, é capaz de criar manifestações mentais e físicas de adoecimento”. Logo que a colega expôs o medo de se medicar, a ideia de morte revelou ser uma representação social peculiar dentro do grupo do CEPCM:

“Eu tenho muito medo de morrer.”

“Eu tenho medo de morrer também, às vezes. Então qualquer coisa da saúde, eu realmente tento procurar.”

“É uma coisa boba... Tenho medo de morrer de falta de ar, qualquer coisinha que me dá, eu fico com medo de morrer... afogada, queimada... Eu tenho pavor! Tipo: eu vivo sem pensar que um dia eu vou morrer, ou que a minha família, alguém que eu amo, vai morrer. Porque senão eu fico desesperada. Teve um dia que eu cheguei a pensar que a minha avó poderia morrer um dia. Eu comecei a chorar no ônibus, porque eu fiquei apavorada. É coisa boba, mas é minha.”

“Eu também [tenho medo de morrer]. Nunca se sabe né? Eu moro na favela, todo dia tem tiroteio, bala perdida! Todo dia criança morre...”

Importante notar que nessa última fala a ideia de morte é atravessada pela dimensão da violência, que faz parte da rotina e do imaginário social dos estudantes em situação de vulnerabilidade social. No grupo focal do colégio Qi, não houve citações às categorias medo da morte ou violência.

### 6.3.4 Representações Sociais da Internet

Dentre as representações sociais a respeito da Internet que emergiram durante os debates nos GFs, uma nos chamou atenção: a **dissociação** que os jovens fazem **entre redes sociais *on-line* e Internet**.

No grupo do Colégio Qi, quando questionados sobre a rotina de uso da Internet, uma aluna nos interrompeu com uma dúvida: “Internet *Google*?”. No grupo do CEPCM, por um momento, também foi preciso explicar que, ao falar em Internet, estávamos nos referindo ao uso de quaisquer sites ou plataformas que fizessem uso da rede mundial de computadores, o que compreendia, além de *websites*, blogs e do Google, também as redes sociais *on-line*, como *Facebook*, *Twitter*, *Instagram* e *Whatsapp*<sup>96</sup>. Durante os GFs, pareceu-nos claro que os jovens não percebem o acesso às redes sociais como uma das formas de uso da Internet.

Talvez o fato de serem nativos digitais, e, como tal, não terem presenciado o início da Internet, possa ter influenciado essa percepção dissociada, na medida que não entendem as redes sociais *on-line* como um subproduto (ou recurso) derivado do advento da Internet.

Superada essa dúvida, quando perguntados sobre “**O que é Internet?**”, as opiniões escritas pelos jovens divergiram. Um grupo majoritário demonstrou entender a Internet como uma ferramenta de comunicação e informação. Algumas das respostas recebidas, nesse sentido, informavam que Internet é:

---

<sup>96</sup> Há um longo debate, que não nos cabe aprofundar aqui, sobre o que são (e o que diferenciam) as mídias sociais e as redes sociais na Internet – essas últimas, também já chamadas por alguns autores de “redes sociais digitais” (SANTAELLA; LEMOS, 2010), “sites de redes sociais (SRSs)” ou “redes sociais *online*” (RECUERO, 2012). Para alguns autores oriundos da administração e do marketing (CIRIBELI; PAIVA, 2011; TELLES, 2011), as redes sociais (antigamente chamadas de sites de relacionamento) são uma categoria dentro das mídias sociais (antigamente chamadas de novas mídias). Em estudos das áreas da Comunicação e da Sociologia, no entanto, essa diferenciação não é tão clara, ao ponto de Primo (2012) afirmar, após analisar o termo à luz da Teoria Ator-Rede, que não há nada de social nas mídias sociais. Para efeito de padronização, neste estudo adotamos o termo “redes sociais *on-line*” para todas as plataformas que permitem o compartilhamento de conteúdo por meio da criação de redes interativas entre pessoas.

“uma ferramenta global para a disseminação de informações.”

“um meio para obter informação, além de servir para comunicação.”

“um lugar onde você pode se informar, conhecer pessoas e compartilhar momentos.”

“um meio fácil de ser comunicar com as pessoas e sobre outras coisas.”

“um meio enorme de comunicação.”

Outros alunos demonstraram perceber a Internet como um instrumento à serviço do conhecimento e da pesquisa:

“é um meio de comunicação atual que permite saber o que acontece e conhecer coisas novas através de pesquisas conscientes.”

“[a Internet] é bom para quem quer se aprimorar em algum assunto que interesse.” [sic]

Outras representações sociais que surgiram a respeito da Internet a colocaram como ferramenta de lazer e trabalho ou como plataforma de conexão com o mundo:

“[Internet é] para ver fotos, vídeos, também memes várias coisas.”

“um sistema onde você se conecta com o mundo.”

“uma forma de comunicação de alcance global, não só de uso familiar ou amigos. É usado também p/ entretenimento e/ou notícias e/ou estudo, pois contém muita informação rápida.” [sic]

“um espaço, assim como o mundo físico, um local que as pessoas falam e fazem o que querem, se divertir ou até conversar.”

As representações da Internet reproduzidas acima surgiram de forma misturada entre os grupos dos dois colégios. Um único aluno do CEPCM demonstrou ter uma visão bastante negativa sobre a Internet, definindo-a da seguinte forma: “[Internet é] notícias falsa” [sic]. Outro, do Colégio Qi, apresentou uma visão dicotômica:

“[Internet é] um recurso que pode ser utilizado para procurar informações, contudo, nos dias de hoje, a internet tem sido muito usada como instrumento de ataques a outras pessoas.”

Essa visão, que coloca a Internet ora como algo bom, ora como algo ruim, foi a predominante durante os debates nos dois GFs. Via de regra, os dois grupos concordaram que a Internet pode ser boa ou má, a depender de quem a está utilizando e do uso que se faz dela. Ou seja, há uma certa **individualização da responsabilidade** sobre seus efeitos positivos ou negativos. O diálogo abaixo, registrado no Colégio Qi, reforça essa representação:

*Nicole: “A Internet é boa ou ruim? Ou as duas coisas ao mesmo tempo? Ou nem uma nem outra?”*

“Boa e má ao mesmo tempo.”

“Tem suas vantagens, mas...”

“Depende de quem usa.”

“Depende da forma que você usar.”

*Nicole: “Por que depende?”*

“Porque ela é muito boa porque ligou o mundo inteiro, mas tem gente que prefere usar pra fazer outras coisas.”

“Eu acho que além de quem usa, depende do uso. Por exemplo, tem gente com boas intenções, mas que usa de forma indevida. Tipo o áudio que a gente acabou de ouvir.”

(...)

*Nicole: Como que ela é usada para o bem e como que ela é usada para o mal, por exemplo?*

“Pro bem, pra procurar saber das coisas.”

“Para o bem, para o nosso próprio proveito. E para o mal...”

“Pra *fake news!*”

Além da responsabilização individual pela uso da Internet, essas falas, no geral, revelam uma consciência, por parte dos dois grupos de alunos, de que a Internet em si não produz informações, mas atua como um aparato tecnológico que conecta os indivíduos com o conteúdo produzido por outras pessoas. Percebe-se aqui, e também nas definições dos jovens para “O que é Internet?”, que o entendimento deles é balizado por uma **concepção instrumental** do processo comunicativo, no qual as mídias digitais atuariam apenas como ferramenta para a transmissão de informações de um polo emissor (as pessoas que usam a Internet, de forma devida ou indevida) para um polo receptor (os próprios jovens), por meio de um canal transmissor (a Internet).

Não aparece, em nenhum dos dois grupos, falas que possam remeter a uma reflexão acerca das mediações técnicas e sociais das práticas pós-massivas de comunicação – ou, como chamaria Scolari (2008), das hipermediações (*hipermediaciones*). A não percepção das mídias digitais enquanto mediadoras de sentidos e agentes transformadoras de contextos poderia ser explicada pelo fato desses jovens serem nativos de uma sociedade já amplamente midiaticizada, que tem a tecnologia como dimensão estruturante desde quando nasceram.

De toda forma, os jovens deram a entender que consideram que as informações divulgadas pela Internet são mais propícias a distorções. Nos dias que antecederam a realização dos GFs, a morte do apresentador de televisão Gugu Liberato dominou as manchetes dos principais meios de comunicação do Brasil, e liderou os assuntos mais comentados nas redes

sociais *on-line*. O apresentador havia sofrido um acidente em casa e, por alguns dias, houve muita especulação sobre seu real estado de saúde: ele já estaria morto ou ainda internado no hospital? Por se tratar de um fato recente, popular e que se articulava naturalmente com o debate sobre Internet e informação, esse assunto apareceu nos dois GFs realizados. Conforme o seguinte relato de uma aluna do CEPCM:

“Tipo igual o Gugu. Ele morrr... [hesita em confirmar a morte e muda o que ia falar] ... caiu do prédio! Um exemplo... Aí na televisão tava explicando, não explicou assim exatamente o que aconteceu. Mas tava falando que ele caiu, que ele foi viajar. Mas na Internet já estava falando outras coisas entendeu? Já botou a mulher dele no meio, falou que eles estavam brigados. E na televisão estava falando só que ele foi viajar e caiu lá...”

“É, e o cara tava internado e já tavam falando [nas redes sociais *on-line*] que ele tinha morrido.”

“É. Eu acredito mais assim, vendo reportagem.”

O discurso dos jovens acerca do conteúdo recebido ou acessado pelas mídias digitais instigou o debate sobre a confiabilidade das informações e a credibilidade das fontes.

### 6.3.5 Representações Sociais da Informação

Para os jovens do Colégio Qi e do CEPCM, informação pode representar muitas coisas. De modo geral, eles têm uma visão positiva sobre a informação, e costumam relacioná-la a dados, fatos e histórias que geram conhecimento e aprendizado, como nas seguintes definições que escreveram para “**Informação é...**”:

“qualquer fato e/ou história que gere conhecimento sobre algo.”

“qualquer conhecimento compartilhado a outras pessoas, seja por família e amigos ou por fontes maiores, que alcançam mais gente.”

“todos os dados, opiniões e fatos que você tem à disposição para usar para formar um conhecimento.”

“é o conhecimento sobre certas coisas, eventos, pessoas, etc.”

“um conjunto de ideias relacionadas, as quais podem servir para o entendimento sobre tudo.”

Para alguns dos jovens participantes, a informação está diretamente relacionada ao conceito de notícia:

“todo tipo de notícia que chega às pessoas.”

“a informação é para saber das notícias jornais esportes.”

“tudo aquilo que informar, que aparece em jornais, internet, televisão.” [sic]

Dois alunos do Qi demonstraram ter uma visão dicotômica sobre a informação, destacando seu lado positivo, mas admitindo que ela também pode ter um lado negativo:

“algo utilizado para gerar conhecimento. Entretanto em alguns casos a disseminação da informação é feita de forma errada e precipitada.”

“algo extremamente importante, mas que também pode ser facilmente falsificada.”

Dois alunos do CEPCM seguiram o mesmo raciocínio ao definir a informação:

“importante demais, temos informações sobre lugares sobre pessoas e coisas e temos sempre que presta atenção no que se fala no que se passa nas informações, porque nem todas são certas.” [sic]

“é algo bom porem dependendo de qual for a notícia.”

Um(a) aluno(a) do Qi manifestou uma visão bastante pessimista, e definiu a informação como “facilmente manipulada e de difícil acesso”. Outro(a) aluno(a) da mesma instituição escreveu a seguinte definição:

“notícias, reportagem, tudo que informe algo importante para algumas pessoas é informação, e é feita por especialistas, jornalistas, mas hoje em dia pode ser qualquer pessoa.”

O trecho acima demonstra uma consciência acerca das mudanças no papel do consumidor da informação na sociedade pós-moderna. Não mais apenas um receptor passivo de conteúdo, o consumidor inserido no ambiente digital participativo pode assumir o protagonismo da narrativa, participando ativamente da elaboração de conteúdos midiático. Torna-se, assim, um **prosumidor** (*prosumer*), que atua simultaneamente como produtor e consumidor da informação (TOFFLER, 1980) dentro de uma nova concepção do processo de comunicação, como aponta Martino (2015):

O receptor se torna, na cultura de convergência, alguém produtivo, que não apenas vai reinterpretar as mensagens de mídia conforme seus códigos culturais, mas também vai reconstruir essas mensagens e lançá-las de volta ao espaço público pela via dos meios digitais (MARTINO, 2015, p. 37).

Do ponto de vista do labor jornalístico, no entanto, essa expansão do papel do receptor pode representar algo preocupante, uma vez que divulgar uma notícia deixou de ser atribuição

exclusiva dos jornalistas profissionais. A definição proposta pelo(a) aluno(a) acima parece aproximar-se mais dessa representação pessimista quando ele(a) afirma que agora “qualquer pessoa” pode “fazer informação”. Um(a) outro(a) jovem, também do Qi, mostra-se alinhado(a) a uma das representações mais fortes do papel da informação na sociedade contemporânea ao afirmar que “informação é poder”. Esta frase, dotada de maior noção crítica que as outras definições, denota a consciência do(a) aluno(a) sobre as alterações estruturais e econômicas da sociedade informacional, na qual a informação e o conhecimento tornaram-se pilares fundamentais das dinâmicas sociais, da produtividade e do exercício de poder (CASTELLS, 2000).

Para se aprofundar na representação social da informação como notícia – uma das mais presentes nas definições dos jovens – questiono-os sobre os motivos que poderiam levar uma informação a virar notícia. Para os alunos do Qi, o processo de **noticiabilidade** está relacionado a fatores como poder, audiência e alcance:

*Nicole: “Tudo que é informação vira notícia?”*

*[silêncio]*

“Hmmm. Não. Tem que ser alguma coisa que dê... mídia pro jornal.”

“Que dê Ibope!”

*Nicole: “E quem seleciona o que vira notícia?”*

“O pessoal lá de cima, o sistema.” *[risos]*

“O sistema capitalista.”

*Nicole: “O que é o sistema?”*

“São eles!” *[risos]*

“Os poderosos, que manipulam as pessoas pra conseguir o que querem, é isso.”

“Tipo, se alguém famoso compartilha algo falso. As pessoas que seguem ela vão compartilhar também. E vai indo, vai indo...”

A última fala acima é reveladora da importância daquilo que Recuero (2008) chama de “processos de construção de capital social nas redes sociais na Internet”. Segundo a autora, a popularidade (característica de pessoas famosas) é um valor relacionado à audiência que diz respeito à posição de um ator dentro de sua rede social. Para os jovens do Qi, a popularidade de alguém na Internet pode ser reconhecida como um dos fatores que interferem na noticiabilidade de determinada informação. No grupo focal do CEPCM, as formas de divulgação e compartilhamento também foram apontadas como critérios que dominam as lógicas midiáticas do que é noticiável:



*Nicole: “O que faz uma informação virar notícia?”*

“Ser muito divulgada. A pessoa gostou, ela vai divulgar e vai chegar em todo mundo.”

“Um grupo que acredite e divulgue pra as outras pessoas. Aí vai aumentando...”

*Nicole: “E como a notícia vai se espalhar depende de como esse grupo é grande ou influente? É isso?”*

“Não. Depende de quantas pessoas eles vão conseguir atingir.”

“Quanto mais ela passa, vai passando, vai passando, vai chegando em todo mundo.”

Podemos perceber, portanto, que nos dois colégios a lógica da informação que se torna notícia está relacionada à cultura do compartilhamento, amplificada pelas infinitas possibilidades de conexão de uma sociedade em rede (CASTELLS, 2000). Assim, as características do conteúdo em si passam a ser menos importantes do que sua fonte e suas formas de circulação:

O capital social relacionado à circulação de informações está também relacionado às formas através das quais essa informação se difunde nas redes e, portanto, com as ações dos indivíduos que podem repassar determinadas informações e outras não. Assim, a informação em si não é o valor, mas o acesso à mesma e ao seu conteúdo o são. (RECUERO; ZAGO, 2012, p. 24)

A **centralidade da fonte** nos processos informativos representou uma ideia central nos dois grupos focais em vários momentos do debate. Os comportamentos relatados pelos jovens no uso e na apropriação das informações na Internet eram moldados, muitas vezes, pelo escrutínio sobre as origens daquela informação. A representação dos alunos em relação à importância das fontes vai de encontro a alguns estudos que apontaram que, no julgamento da **credibilidade da informação**. Sobre isso, Savolainen (2011) afirma que os principais critérios de confiabilidade da informação estão relacionados à autoria da mensagem, incluindo a reputação, a experiência e a honestidade do autor.

No Colégio Qi, após a reprodução do áudio mentiroso no qual uma mulher fala da “cebola descascada que vira veneno”, um dos alunos alertou:

“Ela não se apresentou, né? Não falou da onde ela é, o que ela faz...”

A observação sobre a não identificação da fonte foi seguida por um debate acerca da autoridade da fonte. Na defesa de um argumento consensual, os alunos do Qi afirmaram não

aceitar facilmente a narrativa de uma *fake news* que não tenha sido divulgada por um especialista:

“Eu acho que ela não teria tanto voz pra falar sobre isso porque não é especialista. Eu não acreditaria tanto, mas procuraria saber mais, porque é uma coisa preocupante [o fato da cebola descascada poder contaminar uma pessoa]”

A defesa do **saber do especialista** como o saber dominante já havia ficado clara quando analisamos a confiança demonstrada por esses jovens no discurso médico. Nesse sentido, há uma evidência de que, para os alunos do Colégio Qi, a fala daqueles que não possuem chancela para falar sobre um determinado assunto pode ser desprezada. Para eles, a figura do(a) professor(a) também é representativa de autoridade e confiança, o que demonstra que eles possivelmente se ancoram mais nas informações que vêm do ambiente escolar e acadêmico. Ainda no debate sobre o áudio da cebola, uma aluna do Qi comenta:

“Eu acho que eu tentaria procurar uma explicação de porque a cebola em teoria absorve bactéria.”

Nicole: “Onde você procuraria isso?”

“No *Google Acadêmico*, que a professora falou que é confiável.”

Importante ressaltar que, segundo Recuero (2008, 2012), apesar de ser um valor individual, a autoridade não é inerente ao sujeito. Segundo a autora, a autoridade é concedida pela rede social (*on-line* ou não) de um indivíduo em reconhecimento às suas ações. Ou seja, apesar de referir-se ao poder de influência de uma pessoa, a autoridade é medida de acordo com a percepção dos outros indivíduos em relação à reputação daquela pessoa (RECUERO, 2008, 2012). Assim, ela constrói-se nos processos de difusão de informações e na interlocução dos jovens com os valores contidos nas informações repassadas pelos especialistas.

Ainda no que se refere às fontes, um ponto de convergência entre os grupos do Colégio Qi e do CEPCM diz respeito à assimetria da credibilidade da fonte quando são comparados amigos e familiares. Os jovens foram unânimes em afirmar que não confiam, e até desprezam, as informações que chegam pelo grupo da família no *Whatsapp*. Sobre o áudio da cebola, os jovens do Qi disseram:

“Eu nem vejo as coisas que a família manda.”

“Eu nem tô em grupo de família.”

“Se for pelo grupo de família, eu nem ouço.”

“Nem eu.”

“Eu nem abro.”

*Nicole: “Mas e se chegar por um amigo?”*

“Depende. Se for no privado, aí perco meu tempo.”

“Aí eu vou ver o que é.”

“Eu escuto as primeiras palavras e depois não mais.”

No grupo focal do CEPCM, repetiu-se a mesma desconfiança. Quando questionados sobre como aquele áudio da cebola provavelmente chegaria até eles, responderam, com certo tom de ironia:

“Pela Internet.”

“*Whatsapp*. As tiazinha do *WhatsApp*.” [sic]

“Grupo da família, é o que mais tem *fake news*.”

A descrença generalizada no conteúdo que é compartilhado nos grupos de família é um dos aspectos de um **conflito geracional** que aparece por algumas vezes durante os debates, com mais força no Colégio Qi. No momento em que conversavam sobre os padrões de uso da Internet, foram feitas as seguintes considerações:

*Nicole: “Alguém fica sem acessar [a Internet] algum dia?”*

“Só quando eu tô na casa dos meus avós.”

“Casa de avó nunca tem *wi-fi*.”

*Nicole: “Vocês acham que sabem lidar melhor com a Internet do que os avós de vocês?”*

“Sim.” [risos motivados pela obviedade com que responderam à pergunta]

“Com certeza.”

“A gente sabe achar o que a gente quer com mais facilidade do que eles – o que procurar, onde procurar...”

“Quais fontes...”

“Eu não tenho um celular da Apple. Mas se alguém me der eu vou saber mexer. Sem ninguém me ensinar.”

“A gente parece que já nasceu sabendo mexer nessas coisas.”

Nesse momento, mesmo sem usarem este termo, os nativos digitais (PRENSKY, 2001) percebem a si mesmo como tais, imersos no ambiente digital e com habilidade quase instintiva para lidar com os mais variados dispositivos eletrônicos. A noção que esses jovens têm, de que são tecnologicamente mais bem adaptados que as gerações anteriores, se reflete em números: a

última pesquisa *TIC Kids Online Brasil* apontou que 73% das crianças e adolescentes brasileiros entre 11 e 17 anos acreditam que sabem mais sobre a Internet do que seus pais (CGI.br, 2019b).

É importante ressaltarmos que, apesar das várias possibilidades de interatividade e participação propiciadas pela Internet, existe um caráter de inatividade desses jovens no que diz respeito aos **modos de acessar a informação**. Duas alunas do CEPCM admitiram não ir atrás da informação, pois uma hora a informação chega até elas:

*Nicole: “L., como você se informa?”*

“Tipo, aparece, sabe?”

“Tudo que acontece uma hora vai chegar na rede social, não tem jeito. Ou vai aparecer no *Instagram* ou no *Twitter* ou vai aparecer nas mensagens, na televisão, em qualquer lugar. Pode ter certeza que vai aparecer.”

*Nicole: “Não precisa ir até um meio de comunicação buscar. Vai chegar para você?”*

“Vai chegar, com certeza.”

“Alguém manda.”

“Sempre tem alguém que manda.”

O diálogo acima é revelador da passividade como uma das possibilidades de “manter-se informado”. Esse comportamento poderia estar baseado no que Savolainen (2008) aponta como um dos preceitos de busca de informações (*information seeking*): o princípio do menor esforço, segundo o qual as pessoas tendem a procurar as informações mais acessíveis. Além de ser uma conduta aparentemente bem aceita no grupo, não há uma problematização sobre essa atitude. Ao agirem assim, podemos imaginar que o quadro de representações de mundo a que esses jovens têm acesso acaba por ser formatado pelos (e limitado aos) conteúdos escolares e informações recebidas pelas redes sociais *on-line* por intermédio dos amigos.

Quando em contato com a mídia massiva, as representações dos alunos variam entre a credibilidade e a suspeita, com destaque para a primeira. Em diversos momentos, os alunos dos dois colégios admitem confiar mais na informação divulgada por um veículo tradicional de comunicação. No Qi, uma aluna respondeu da seguinte maneira:

*Nicole: “O que te faz confiar numa matéria e não confiar na outra?”*

“Às vezes as pessoas acreditam mais em jorn...” [para de falar no meio, como se estivesse em dúvida sobre o próprio argumento]

“Jornal...” - *uma colega completa.*

“É.”

“Ah, eu confio mais na coisa que aparece na televisão, em vez de *Twitter*, *Facebook*, *Instagram*... ou em jornais mesmo no celular.”

Ainda no debate sobre a mídia massiva, um aluno do Qi, que claramente possui um posicionamento mais crítico, alerta, com desconfiança, sobre os riscos de estes manipularem e divulgarem informações difusas:

“Aí também tem o fato de eles poderem forjar as informações pra querer vender pra gente. Porque eles sabem que são grandes veículos que entregam informação pro povo e eles podem tentar se aproveitar disso pra ganhar alguma coisa em cima disso. Também tem isso.”

No entanto, apesar de aparentemente confiarem mais na mídia massiva, os jovens demonstram ter um comportamento talvez incoerente no que diz respeito aos modos de se informarem. Conforme mostram as respostas no Qi:

*Nicole: “As coisas que vocês sabem do mundo, vocês ficam sabendo como?”*  
 “Ou pelo chat do *Whatsapp* ou pela *Globo*”  
 “Ah, *Instagram*, essas coisas... *Twitter*.”  
 “No *Twitter* tem bastante notícia.”  
 “*Twitter. Facebook. Whatsapp.*”

E também as respostas do CEPCM:

“Pelo *G1*.”  
 “Pelo *Instagram*.”

Entre os alunos do CEPCM, há uma grande preferência pela utilização do *Google*, principalmente quando se trata de informações sobre saúde:

*Nicole: “Onde vocês buscam... você tem um problema de saúde...”*  
 “No *Google!*” [vários alunos respondem ao mesmo tempo, interrompendo a pesquisadora antes mesmo do final da pergunta]  
 “Estou com dor de cabeça: vou no *Google*.”

Ou seja, apesar de confiarem mais nos meios massivos tradicionais, de reconhecerem a importância da autoridade da fonte e de admitirem a maior vulnerabilidade do *Google* e das redes sociais *on-line* para a distorção das informações, a maioria dos jovens admite se informar prioritariamente por essas últimas. Essa situação aparentemente contraditória entre os critérios de credibilidade e os modos de se informar (“eu confio mais naquele, mas uso mais este para me informar”) pode ser a causa das **reações** divergentes que os alunos afirmaram ter quando confrontados com uma notícia de caráter duvidoso.

Poderíamos dividir essas reações em três grupos distintos: os alunos que afirmaram que não acreditariam; os que iriam buscar uma verificação da informação, e os que mudariam sua

percepção sobre o tema em questão. Ainda como consequência da dinâmica que envolveu o áudio da cebola, a reação dos alunos do Qi foi diversa. Alguns mostraram-se confiantes pra decifrar possíveis informações inverídicas:

*Nicole:* “Alguém ficaria levemente desconfiado [sobre o fato da cebola descascada ser venenosa]?”

“Acho que não.”

“Poderia chegar até o final, por pura curiosidade”

“Eu brigaria com quem mandou por tá ocupando memória no meu celular.”

Houve também quem ficou instigado a investigar melhor sobre o assunto:

“Eu não acreditaria tanto, mas procuraria saber mais, porque é uma coisa preocupante.”

“Eu acho que eu tentaria procurar uma explicação de porque a cebola em teoria absorve bactéria.”

“Ela citou a fonte. Achou um artigo, acho, sobre isso. Eu ia primeiro procurar esse artigo pra ver se realmente ele existe. Ela quer que eu acredite nela apenas pela voz. Por isso fiquei meio a meio.”

Um terceiro grupo, porém, revelou que ficaria na dúvida sobre a veracidade da informação, e isso talvez se refletisse em uma mudança de hábitos de consumo da cebola:

“Sei lá, acho que é mentira, mas não sei.”

*Nicole:* “Vocês ficariam indecisos?”

“Ahan! Não de comer cebola. Mas de guardar cebola sim.”

“É. Mas acho que continuaria fazendo a mesma coisa”

“Ah sei lá. Mesmo assim eu ficaria com receio de comer cebola, né gente. Vai que... né? Tipo assim, não é que eu nunca mais comeria cebola. Mas toda vez que eu pegasse uma cebola eu falaria: pô, será que sim? Será que não? Ia ficar naquela duvidazinha.”

O ceticismo dos alunos de CEPCM, no entanto, ficou mais evidente. Quando questionados sobre qual reação teriam diante de uma informação duvidosa (como o áudio da garota que teria morrido envenenada por um pirulito), eles responderam:

*Nicole:* Vocês recebem esse áudio, escutam. Qual é a primeira coisa que vocês pensam?

“A gente tem que parar e ouvir bem o áudio pra entender. A maioria desse pessoal não escuta bem e aí vai falar [mentira]... Tipo: é como se eu tivesse escutado o áudio e falado outra coisa para ele: ‘não compra mais pirulito’. Aí vai se espalhando outra notícia.”

“Mas dá para saber [que é mentira]. Tem coisa que dá. Se você pesquisar direito... você consegue.”

“Se vc prestar atenção...”

“Tem umas notícias que são absurdas.”

*Nicole:* “Prestar atenção em quê?”

“Na fala da pessoa.”

“No jeito dela falar.”

Nenhum dos alunos do CEPCM participantes do grupo focal admitiu ter acreditado na história sobre o pirulito. A única exceção foi a própria aluna que compartilhou o áudio com os colegas e que ficou encabulada em admitir que havia sido enganada pela história. Quando questionada sobre isso, ela deu respostas evasivas e demonstrou não querer comentar o assunto, posição que respeitamos.

A confiança demonstrada pelos jovens do CEPCM na própria capacidade de julgamento das informações condiz com o que apontam algumas pesquisas recentes. Segundo o levantamento TIC Kids Online Brasil, houve um crescimento na quantidade de crianças e adolescentes, entre 11 e 17 anos, que afirmam saber verificar se uma informação encontrada na Internet está correta: eram 42% em 2013, número que subiu para 69% em 2018 (CGI.br, 2010b).

Por mais de uma vez durante o grupo do CEPCM, a **sagacidade** é apontada como fator pessoal que afeta a habilidade de julgamento do indivíduo, principalmente no que concerne à capacidade de distinção entre conteúdos inverídicos ou distorcidos. Essa noção de sagacidade é referida pelos alunos do CEPCM como o ato de estar atento ou, na linguagem deles, “ter a malandragem” para distinguir a verdade da mentira. A habilidade do ser esperto ou sagaz estaria relacionada, segundo eles, a alguns outros fatores pessoais, como a idade e a vivência digital, ou seja, a experiência de uso da Internet. Conforme os relatos seguintes, de alunos do CEPCM:

“Eu não ia acreditar [no áudio sobre a cebola que supostamente absorve bactérias], mas a minha avó ia acreditar. Pensar que é verdade e ia sair botando cebola [pela casa]. Eu acho é que porque eu tenho mais contato com Internet, e ela não. Mais conhecimento. A gente já sabe que esse perigo das *fake news* existem. Eles não. Eles ainda têm aquele pensamento meio rudimentar, de que tudo que está na Internet é verdade.”

“Eu acho que o que influencia nisso é o contato e o fato de você realmente saber sobre... sobre esse assunto em geral. Se você tem o conhecimento das *fake news* e você já teve bastante contato com elas e bastante contato com... ‘eu sei que isso aqui é *fake news*. Eu sei que isso aqui não é uma *fake news*’ - isso vai meio que treinando. Então não necessariamente a gente precisa ter uma boa escolaridade. Uma pessoa que simplesmente tem um contato maior, não é um leigo nesse assunto, consegue discernir, talvez, melhor o que é uma *fake news*.”

A sagacidade comentada pelos alunos do CEPCM seria uma habilidade essencial para desvendar algumas qualidades implícitas na mensagem e que, segundo eles, podem favorecer a credibilidade da informação. Sobre isso, apontam que o elemento da **emotividade**, contido no jeito de falar e no tom de voz do áudio reproduzido, é fundamental para que as pessoas

acreditem na veracidade de um conteúdo. Sobre o áudio do pirulito, duas alunas do CEPCM comentaram:

*Nicole: “O que te fez acreditar que aquilo era verdade?”*

“O jeito que estava falando. Era uma voz de choro.”

“Era uma voz bem preocupada. Parecia uma parente da vítima, ou alguém próximo. Estava ali na situação e simplesmente não sabia realmente o que teria acontecido.”

*Nicole: “Então a carga emotiva da voz da pessoa influenciou vocês a acreditarem que realmente alguém morreu?”*

“Sim.”

O relato dessas alunas converge com os achados de alguns pesquisadores que apontaram que a carga emocional presente na mensagem pode influenciar as maneiras como ela é interpretada:

emoções e sentimentos são importantes, porque eles - juntamente com fatores cognitivos e situacionais - influenciam a maneira como as informações são fornecidas aos outros e como os destinatários as interpretam. No compartilhamento de informações, fatores afetivos também afetam o tom da discussão; além disso, esses fatores podem fortalecer o poder dos argumentos (SAVOLAINEN, 2015, *on-line*, tradução nossa)<sup>97</sup>.

Podemos sugerir que o fator sagacidade que emana do discurso dos alunos do CEPCM seria um paralelo da literacia em seu sentido não instrumental, ou seja, das habilidades desenvolvidas pelos sujeitos para lidar com a informação no saturado ambiente informacional de hoje. Para eles, no entanto, essa habilidade/sagacidade não é conquistada a partir das práticas da educação formal e não-formal, ou seja, não é passível de ser desenvolvida dentro dos ambientes escolares ou em capacitações complementares fora do sistema formal de ensino. Ao contrário, seria, em primeiro lugar, uma qualidade condicionada a fatores inerentes ao indivíduo que afetam sua capacidade de julgamento, como a idade. Em segundo lugar, seria algo adquirido em processos não-institucionalizados da educação informal, propiciados, portanto, por um conhecimento acumulado espontaneamente em experiências de vida.

Essa última percepção alinha-se aos resultados de alguns estudos empíricos na área da informação em saúde, nos quais os pacientes consideraram a informação baseada em

---

<sup>97</sup> No original: “*emotions and feelings are important, because they – together with cognitive and situational factors – influence the ways in which information is provided to others and how the recipients interpret it. In information sharing, affective factors also affect the tone of the discussion; in addition, these factors may strengthen the power of arguments*” (SAVOLAINEN, 2015, *on-line*).



experiência mais relevante do que a informação baseada em evidências. Eysenbach (2007) aponta que, nesses investigações, os indivíduos valorizaram o conhecimento transmitido não apenas por credenciais como diplomas e qualificações profissionais, mas também por experiências vivenciadas, sendo que o fator semelhança entre os interlocutores aumenta a percepção de credibilidade da informação.

No Colégio Qi, no entanto, parece haver uma percepção um pouco diferenciada sobre esse tema. Para eles, mais do que a **experiência** - que, para os alunos do CEPCM, é um dos fatores da sagacidade – parecem ser mais valorizados elementos como a *expertise* da fala especializada e a evidência. Há, por trás das falas dos alunos do Qi, um endosso à ideia da **comprovação científica**. A representação do método científico como fator de credibilidade da informação é algo que parece estar por trás das lógicas desse grupo de alunos, balizadas pela percepção da ciência como forma hegemônica de construção do conhecimento (Minayo, 2014):

*Nicole: “Quem define o que é verdade e o que é mentira?”*

“Eu acho que, tipo, a ciência .... comprovando.”

“Método científico!” - *duas alunas respondem juntas* [risos]

“Newton!” [risos]

*Nicole: “E sobre aquelas coisas que ainda não foram analisadas cientificamente?”*

“Devem ser!”

Os níveis de **escolaridade** também aparecem no Qi como um valor fundamental para um bom uso da informação. Durante o debate sobre como diferentes gerações lidam com a Internet, a questão educacional aparece naturalmente entre os alunos:

“Depende do nível de conhecimento da pessoa também.”

“Exato. Da educação.”

“Minha vó ela é bem, tipo... é... tem estudo não muito... tipo... não muito alto. Não fez faculdade, e tudo mais...” [o aluno parece não encontrar as palavras por sentir-se envergonhado]

“Minha vó também não estudou não.” [uma aluna parece demonstrar solidariedade à fala do colega]

*Nicole: “Então vocês que estão cursando o ensino médio saberiam distinguir melhor uma fake news do que quem não estudou ou não concluiu o ensino fundamental?”*

“Sim.”

“É.”

“Uhum.”

*Nicole: “Por quê?”*

“A gente consegue observar as coisas, por exemplo.”

“A gente também discute mais sobre essas coisas. A gente tem esse assunto meio que diariamente.”

“A gente tem um histórico de conhecimento mais amplo do que eles. Aí com a nossa bagagem a gente consegue interpretar e descobrir.”

“Sim, e com o passar do tempo o conhecimento vai aumentando.”

“E tem outras crianças que não tem educação, e crescem ignorantes.”

O conhecimento para os alunos do Qi, portanto, estaria mais atrelado aos níveis de educação formal. Outro tópico importante para compreensão do ponto de vista dos alunos diz respeito aos métodos de classificação que os fariam confiar mais ou menos em uma determinada informação. Um aluno do Qi aponta a importância das ferramentas de verificação disponibilizadas pelas próprias plataformas *on-line*:

*Nicole: “O que te faz confiar numa página [do Twitter] e não confiar na outra?”*

“Um ‘certinho’ azul do lado”. [risos]

Neste caso, o aluno referia-se ao selo azul de verificação que informa quando uma conta de interesse público no *Twitter* é autêntica – o que demonstra certa destreza, por parte desse jovem, na análise da fonte da informação. No estudo realizado por Gray et al. (2005), os jovens de comportaram da mesma forma: “muitos de nossos participantes do estudo mostraram sofisticadas habilidades de avaliação crítica. Esses jovens reconhecem que a informação na Internet pode não ser credível e alguns desenvolveram estratégias para testar a confiabilidade” (GRAY et al., 2005, p. 1467, tradução nossa)<sup>98</sup>.

No grupo do CEPCM, os alunos apontaram outro um recurso que também confere status de credibilidade a um determinado: as **avaliações feitas por terceiros**. O tema surgiu quando os jovens comentaram sobre o *Brainly*, um site bastante conhecido entre os estudantes e que os ajuda a realizar tarefas escolares. Eles me explicaram o funcionamento do site:

“Você faz uma pergunta e outra pessoa que está respondendo para você.”

“É um *site*, onde que toda vez que você não sabe a pergunta da matéria, você pergunta e ela te responde.”

“É uma pessoa que responde. Tem os comentários...”

---

<sup>98</sup> No original: “many of our study participants showed sophisticated critical appraisal skills. These youth recognise that internet information may not be credible, and some have developed strategies to test reliability: many also advocated the use of quality marks from well-known institutions” (GRAY et al., 2005, p. 1467).

*Nicole: “E aí o que vocês recebem de resposta ali vocês acreditam?”*

“Eu acredito se tiver com muito ‘obrigado’.”

“Com muita estrelinha... Tem estrelas pra classificar.”

Com esses comentários, os jovens do CEPCM evocam a ideia de favoritismo por aquilo que já foi recebido avaliações positivas de outras pessoas. A escolha sobre quais conteúdos vão ou não vão consumir é, portanto, apoiada pela opinião de terceiros, mesmo que eles não conheçam os fiadores da qualidade daquela informação. Segundo os alunos, a mesma lógica funcionaria, por exemplo, para a opção por um ou outro site e para o *download* de aplicativos no celular:

*Nicole: “Vocês olham alguma coisa sobre classificação do site ou não?”*

“Sim, eu olho pra saber. Se esse foi favoritado, eu vou usar,”

“É como você baixar um aplicativo. Se você chega no aplicativo e tiver muita estrela, você baixa.”

*Nicole: “Você vai nos comentários?”*

“É, é.”

“Eu vou pra ver se outras pessoas também gostaram.”

“Porque, tipo, tem muita pessoa que quando a gente vai baixar um aplicativo... Se você prestar atenção tem gente que fala: ‘Ah não! Vem muita propaganda!’. No jogo tem muita propaganda, que daí você tem que tirar. O jogo trava. Aí nos comentários fala se o jogo trava ou não. Aí eu leio os comentários.”

Balizando as análises das representações sociais sobre saúde, Internet e informação que apareceram nos dois grupos focais, à luz dos autores serviram de base teórica, podemos começar a sugerir hipóteses sobre um cenário que relaciona as condições socioeconômicas dos indivíduos de pesquisa às suas habilidades digitais no uso da informação sobre saúde na Internet. Antes, porém, é preciso analisar os resultados dos questionários que aplicamos.

#### 6.4 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Assim como os grupos focais (GFs), os detalhes e as datas da aplicação dos questionários foram definidos em conjunto com a coordenação pedagógica dos colégios, de acordo com o calendário escolar. Os pré-requisitos para responder ao questionário foram definidos antecipadamente: ser estudante do 1º ou 2º anos dos colégios participantes; ter entregue o RCALE preenchido e assinado pelo pai, mãe ou outro responsável (ou o RCLE, no caso dos alunos maiores de 18 anos); e optar por participar da pesquisa por livre e espontânea vontade.

Planejamos realizar a aplicação dos questionários em salas dos próprios colégios, durante todo um período da manhã, no Colégio Qi, e durante um período da manhã e um período da tarde, no CEPCM.

Conforme já abordado no capítulo sobre a metodologia, nesta pesquisa exploratória a análise dos dados dos questionários visa expandir nossas possibilidades explicativas, contribuindo para apontar caminhos em direção a algumas hipóteses.

Nossa amostra foi formada a partir da maior quantidade de alunos de 1º e 2º anos do Ensino Médio que conseguimos mobilizar para participação nesta pesquisa nos dois colégios. Sobre isso, Minayo (2014) aponta que, em pesquisas sociais de abordagem prioritariamente qualitativa, a composição da amostra não passa pela representatividade numérica e sim pela representatividade de complexidade do objeto que está sendo investigado. Ou seja, mais que se preocupar com quantidade de entrevistados, a amostra qualitativa ideal deve priorizar as múltiplas dimensões do objeto, selecionando pessoas que possuam características ou vivam em circunstâncias relevantes para o fenômeno em questão. Foi o que buscamos fazer.

A princípio, os dados dos questionários foram tabulados no *Excel* e submetidos a uma análise estatística univariada, com cada variável sendo estudada isoladamente e de forma descritiva, no intuito de estabelecer-se um conhecimento adicional das características dos participantes desta etapa da pesquisa. A análise descritiva incluiu ainda a elaboração de tabelas e gráficos, de modo que pudéssemos comparar as frequências de respostas entre os dois colégios.

No total, foram respondidos 17 questionários no colégio Qi e 32 questionários no CEPCM. Uma possível explicação para a assimetria na distribuição dos grupos amostrais podem ser a considerável diferença de tamanho entre as duas instituições escolares, ou ainda a tradição do CEPCM em participar de estudos científicos. Primeiramente, examinamos a integridade e a possível ausência de dados: todos os questionários preenchidos no Colégio Qi estavam completos; no CEPCM, apenas um tinha dados incompletos que comprometiam sua utilização. Restaram, portanto, 48 questionários utilizáveis.

#### **6.4.1 Perfil etário dos participantes**

No Qi, foram 13 participantes do sexo feminino e 4 do masculino (n=17). No CEPCM, 13 respondentes do sexo feminino, 17 do sexo masculino, e uma pessoa não informou gênero (n=31). Todos os participantes do Qi tinham idades entre 15 (n=4), 16 (n=10) ou 17 anos (n=3), com idade média de 15,94. Nenhum respondente de colégio Qi tinha 18 anos ou mais. No

CEPCM, havia alunos de 15 (n=5), 16 (n=14), 17 (n=5) e 18 anos ou mais (n=7). A idade média dos respondentes no colégio de Manguinhos foi de 16,45 anos.

A presença de sete alunos do CEPCM com 18 anos ou mais frequentando as duas séries iniciais do Ensino Médio (1ª e 2ª anos) – sendo seis do sexo masculino e apenas uma do sexo feminino - parece apontar para um atraso desses estudantes em relação às séries tidas como ideais para a sua idade. Segundo o Ministério da Educação brasileiro, os três anos do ciclo do Ensino Médio (1º, 2º e 3º anos) correspondem às idades recomendadas de 15, 16 e 17 anos<sup>99</sup>. Desta forma, um(a) aluno (a) com 18 anos no 1º ou no 2º ano estaria atrasado.

Esse resultado se alinha com os dados do último Censo Escolar realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)<sup>100</sup>. Segundo o Censo Escolar 2019<sup>101</sup>, a maior taxa de distorção idade-série em todo o ciclo básico da educação no Brasil ocorre entre estudantes do sexo masculino no 1º e 2º anos do Ensino Médio da rede pública: 38,1%, no 1º ano, e 32,7%, no 2º ano. Na rede privada de ensino, a distorção idade-série entre os alunos do sexo masculino é de 9,9%, no 1ª ano, e 8,7%, no 2º ano.

O estudo realizado por Pereira Neto et. al (2019) também entrevistou alunos do Ensino Médio do CEPCM. Assim como a nossa, esta pesquisa sinalizou que os alunos entrevistados neste colégio estavam fora da faixa etária ideal para o ciclo do ensino médio, e que isso poderia estar relacionado a casos de abandono e repetição. Uma avaliação sobre o CEPCM feita por Moreira (2015) no ano de 2014 mostrou que, dos 938 alunos matriculados naquele ano na 1ª série do Ensino Médio, 253 evadiram, ou seja, não concluíram o ano letivo naquele colégio. O estudo afirma que a evasão foi apontada pelos professores do CEPCM como um dos problemas que mais impactam negativamente a aprendizagem naquele colégio. Segundo essa autora, no colégio de Manguinhos há “grande evasão escolar no período entre outubro e dezembro devido as oportunidades de trabalhos temporários” (MOREIRA, 2015, p. 81).

#### 6.4.2 Perfil socioeconômico dos participantes

Com relação às informações socioeconômicas e familiares (Bloco 2 do questionário), quase metade (41%) dos alunos não soube informar a renda familiar mensal: 7 no colégio Qi e

<sup>99</sup> Informação disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2016-07/estatuto-da-crianca-atualiza-idade-para-educacao-infantil>>. Acesso em 13 de mai. de 2020.

<sup>100</sup> O INEP é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC) que tem a missão de subsidiar a formulação de políticas educacionais do governo.

<sup>101</sup> Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/documents/186968/0/Resumo+Técnico+%28versão+preliminar%29++Censo+da+Educação+Básica+2019/73e6de67-2be3-413f-9e4c-90c424d27d96?version=1.0>>. Acesso em 13 de mai. de 2020.

13 no CEPCM. A dificuldade em responder a essa pergunta já era prevista desde quando os participantes dos GFs avaliaram o questionário de pesquisa. A distribuição da renda familiar mensal dos alunos, por colégio, está demonstrada na tabela abaixo:

**Tabela 6 - Renda mensal familiar (estimativa) informada**

<b>Renda mensal familiar (estimativa)</b>	<b>COLÉGIO Qi</b>	<b>CEPCM</b>
Até R\$ 2.000	12%	32%
De R\$ 2.001 a R\$ 4.000	0%	19%
De R\$ 4.001 a R\$ 10.000	18%	6%
De R\$ 10.001 a R\$ 20.000	24%	0%
Acima de R\$ 20.001	6%	0%
Não sei informar	41%	42%

Fonte: elaborada pela autora

Mais de 70% dos alunos do Qi (71%, 12/17) estudaram a vida toda em escola particular; da mesma forma, 77% (24/31) dos alunos do CEPCM cursaram o ensino fundamental todo em escola pública.

Também em relação às informações socioeconômicas, os participantes informaram bens e serviços básicos aos quais suas famílias têm/não têm acesso e sobre atividades que realizam fora da escola. A tabelas abaixo mostra, comparativamente, a porcentagem de alunos que afirmaram ter acesso aos seguintes bens e serviços:

**Tabela 7 - Características habitacionais informadas pelos participantes**

<b>Bens e serviços</b>	<b>Colégio Qi</b>	<b>CEPCM</b>
Moro em casa própria (sem aluguel)	76%	58%
Localizada em rua asfaltada	94%	71%
Com coleta de lixo regular	88%	65%
Ligada à rede de esgoto	88%	58%
Família possui carro	88%	45%

Fonte: elaborada pela autora

Com relação aos cursos extraclasse realizados pelos alunos, há uma grande diferença na frequência a cursos da língua estrangeira: mais da metade dos jovens do Qi (53%, 9/17) afirmaram estudar algum idioma fora da escola; apenas um aluno (3%) dentre os 31 do CEPCM afirmou frequentar um curso de línguas. Três alunos do CEPCM (10%) informaram que

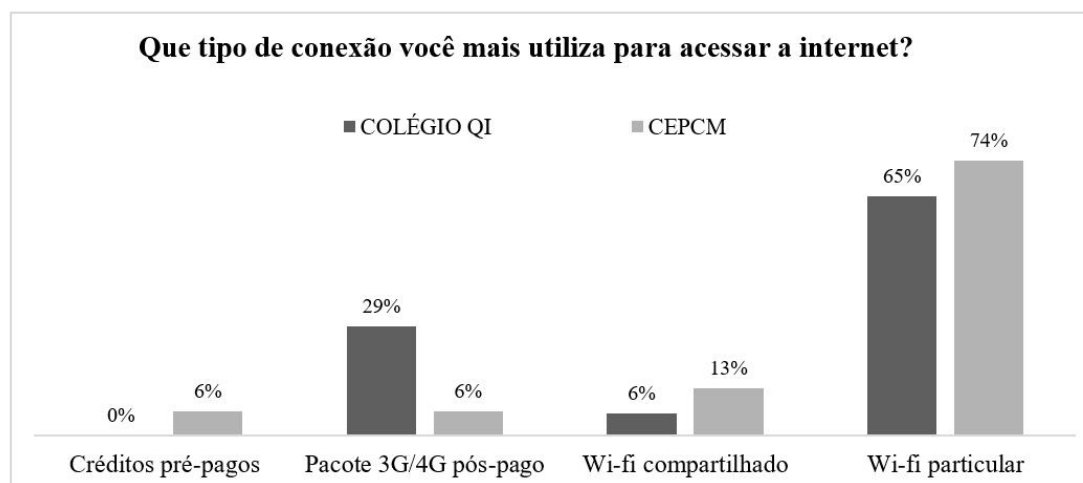
frequentam “Outros cursos”, a saber: Curso de Jovem Aprendiz, Curso Preparatório e Curso Preparatório Militar.

### 6.4.3 Perfil de uso da Internet

Sobre os comportamentos de uso da Internet (Parte 3), quase todos os participantes da pesquisa – 94% (16/17) no Qi e 90% (28/31) no CEPCM - afirmaram acessar a Internet várias vezes por dia. Um aluno do Qi e um do CEPCM disseram acessar a Internet uma vez por dia. As opções de resposta “uma vez por semana” e “uma vez por mês” foram assinaladas apenas uma vez, por alunos do CEPCM.

Com relação ao tipo de conexão utilizada, o mais popular foram as redes sem fio (*wi-fi*) particulares. O gráfico 1 sintetiza esses dados.

**Gráfico 1** - Tipo de conexão mais utilizada para acessar a Internet



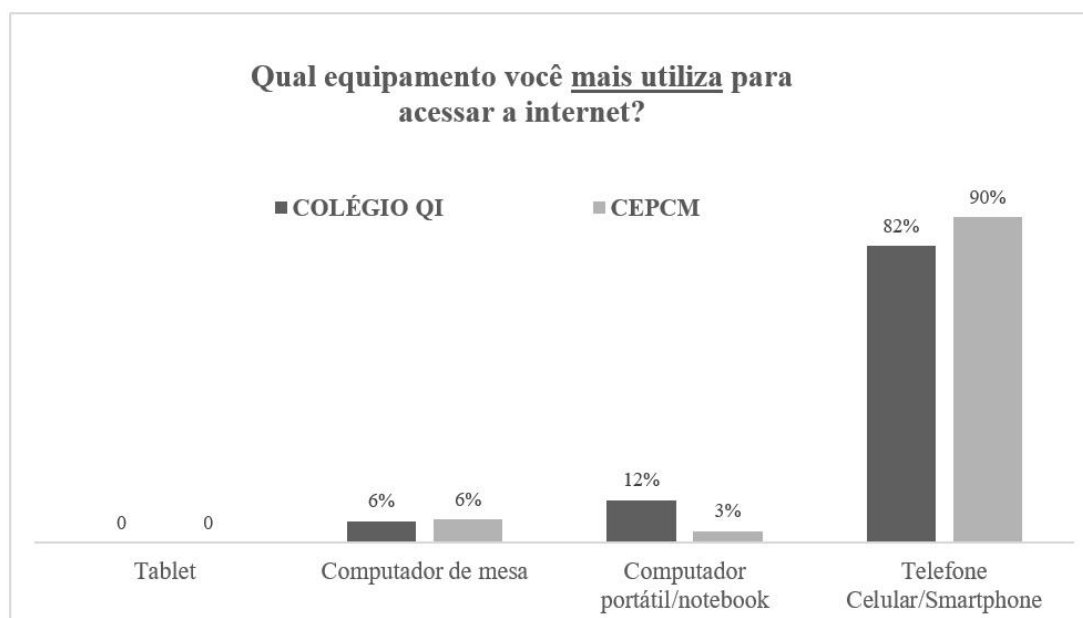
Fonte: elaborado pela autora

Nos dois colégios, o *smartphone* foi apontado como o dispositivo mais utilizado para realizar o acesso *on-line*, como mostra o Gráfico 2.

Nossos dados vão no mesmo sentido do que foi apontado pelo levantamento mais recente da *TIC Kids Online Brasil*, que mostrou que o telefone celular é o principal dispositivo utilizado por crianças e adolescentes para acessar a Internet. Segundo essa pesquisa, a proporção de usuários de Internet entre 9 e 17 anos de idade que acessaram a rede por meio do celular foi de 93%, o equivalente a 22,7 milhões de indivíduos (CGI.br, 2019b). O uso predominante de telefones celulares para acesso à Internet também foi constatado na pesquisa de Pereira et al.

(2019). Os dados desse estudo mostraram que 68% dos adolescentes entrevistados no CEPCM acessavam a Internet por meio de smartphones. Em outra escola analisada, pertencente à rede particular e localizada na zona sul do Rio de Janeiro, essa taxa foi de 57%.

**Gráfico 2 - Dispositivos mais utilizados para acessar a Internet**



Fonte: elaborado pela autora

Os dados de alguns estudos internacionais apontam no mesmo sentido. Segundo a pesquisa *Global Kids Online*, os *smartphones* são o dispositivo mais comum usado pelas crianças para ficar *on-line*: mais de 80% das crianças na Argentina, Sérvia e África do Sul relatam se conectar via *smartphone* pelo menos todos os meses ou com mais frequência. Ainda segundo este levantamento, os computadores de mesa e os *notebooks* são usados com menos frequência (Byrne et al., 2016)

A tendência de uso dos *smartphones* para acesso à Internet entre crianças e jovens vem aumentando nos últimos anos no Brasil, conforme mostra o Gráfico 3.

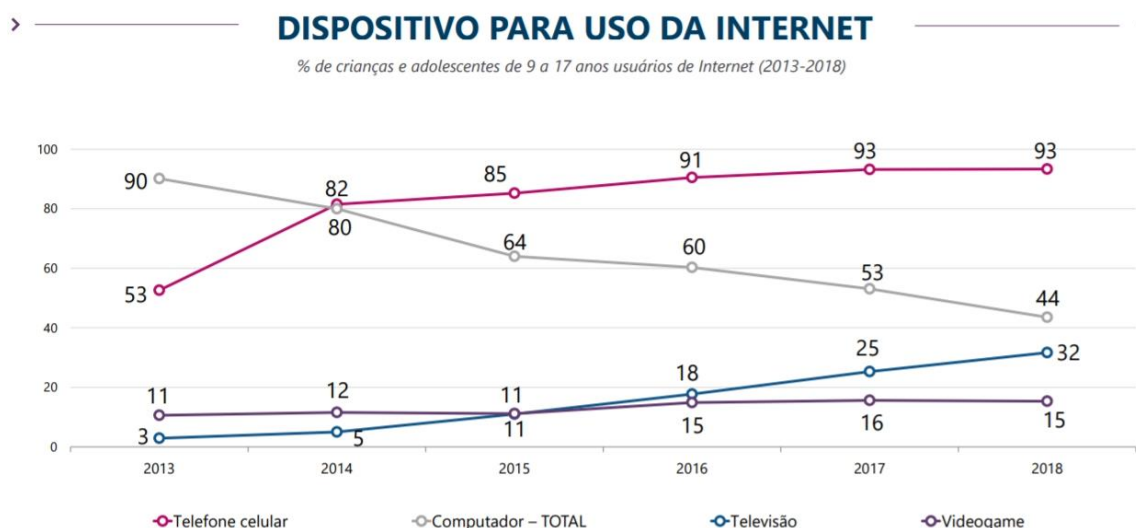
Pereira et al. (2019) explicam que os *smartphones*, que já foram “itens de luxo tecnológico”, tornaram-se centrais para a identidade dos indivíduos contemporâneos, e hoje percorrem vários aspectos e práticas das rotinas pessoais, profissionais e acadêmicas de usuários.

A disseminação da telefonia móvel está associada à transformação constante e rápida da telefonia móvel, tanto em hardware quanto em software. Os modelos atuais de smartphones, dispositivos ainda menores, já possuem a



mesma energia e podem executar muitas das funções executadas por um computador de mesa (PEREIRA NETO et al., 2019, p. 130, tradução nossa)<sup>102</sup>.

**Gráfico 3** – Dispositivo usado para acessar a Internet entre crianças e adolescentes brasileiros de 9 a 17 anos de idade



Fonte: (CGI.br, 2019b)

Segundo Lemos, a grande mobilidade proporcionada pela popularização dos smartphones está alterando as características das cidades contemporâneas e criando novas práticas sociais e novas formas de mobilização:

Trata-se, efetivamente, de uma fusão, do surgimento de práticas híbridas entre o espaço físico e o espaço eletrônico. Essa nova configuração vai disseminar práticas de nomadismo tecnológico onde as tecnologias tornam-se cada vez mais pervasivas, transparentes e ubíquas. A era da conexão configura a cultura da mobilidade contemporânea (LEMOS, 2004, n.p.)

A pesquisa *TIC Kids Online Brasil* apontou que 97% dos adolescentes brasileiros entre 15 e 17 tem perfis em redes sociais. Nessa faixa etária, *Facebook* (90%) e *Whatsapp* (85%) são as redes mais populares. Sendo que o Facebook é mais popular entre as classes sociais D/E (65%) do que entre as classes A/B (64%) (CGI.br, 2019b). Os dados do nosso questionário se alinham com esses achados.

<sup>102</sup> No original: “The spread of mobile telephony is associated with the constant and rapid transformation of mobile telephony, both in its hardware and software. Current smartphone models, even smaller devices, already have the same power and can perform many of the functions performed by a desktop computer” (PEREIRA NETO et al., 2019, p. 130).

Perguntamos quais são as tecnologias digitais mais utilizadas pelos jovens participantes da pesquisa. Em uma escala variando de “nunca” a “várias vezes ao dia”, os jovens foram solicitados a informar a frequência de uso de oito tecnologias digitais: *Whatsapp*, *Facebook*, *Youtube*, *Instagram*, *Twitter*, *e-mail*, *Google* e sites de notícias.

A plataforma mais utilizada pelos jovens participantes, nos dois colégios, foi o *Whatsapp*: 92% (44/48) afirmam utilizar o aplicativo de mensagens instantâneas várias vezes ao dia; apenas um aluno respondeu que nunca o utiliza. Segundo Pereira Neto e Flynn (2019, p. xii), a popularização do *Whatsapp* como ferramenta de comunicação é evidente não apenas entre os jovens, mas também entre usuários e prestadores de serviços de *eHealth* em geral.

Em seguida, como tecnologias mais utilizadas, vieram: *Instagram* (58% acessam várias vezes por dia e 19% uma vez por dia), *Google* (56% acessam várias vezes por dia e 31% uma vez por dia), e *Youtube* (55% acessam várias vezes por dia e 30% uma vez por dia).

A plataforma menos utilizada entre todos os alunos foi o *Twitter*: 40% disseram que nunca o utilizam. No entanto, dentre os jovens que acessam esta rede social *on-line*, é alta a frequência de uso: 42% usam o *Twitter* várias vezes ao dia. É razoável pensar, portanto, que muitos alunos não acessam o *Twitter*, mas quem o utiliza, o faz com muita frequência.

Com relação ao correio eletrônico, 40 alunos do total de 48 admitiram utilizar o *e-mail*, mas com pouca frequência: os jovens disseram acessar e-mail uma vez por mês (19%), uma vez por semana (40%) ou uma vez por dia (17%); apenas 8% (4/48) dos alunos acessam o *e-mail* várias vezes por dia. A frequência de acesso a *sites* de notícias é semelhante à do e-mail. Importante notar que oito alunos (17%) afirmaram nunca acessar *e-mail*, e dez (21%) informaram nunca visitar *sites* de notícias. Uma única aluna, do Colégio Qi, disse que nunca acessa o *Google*.

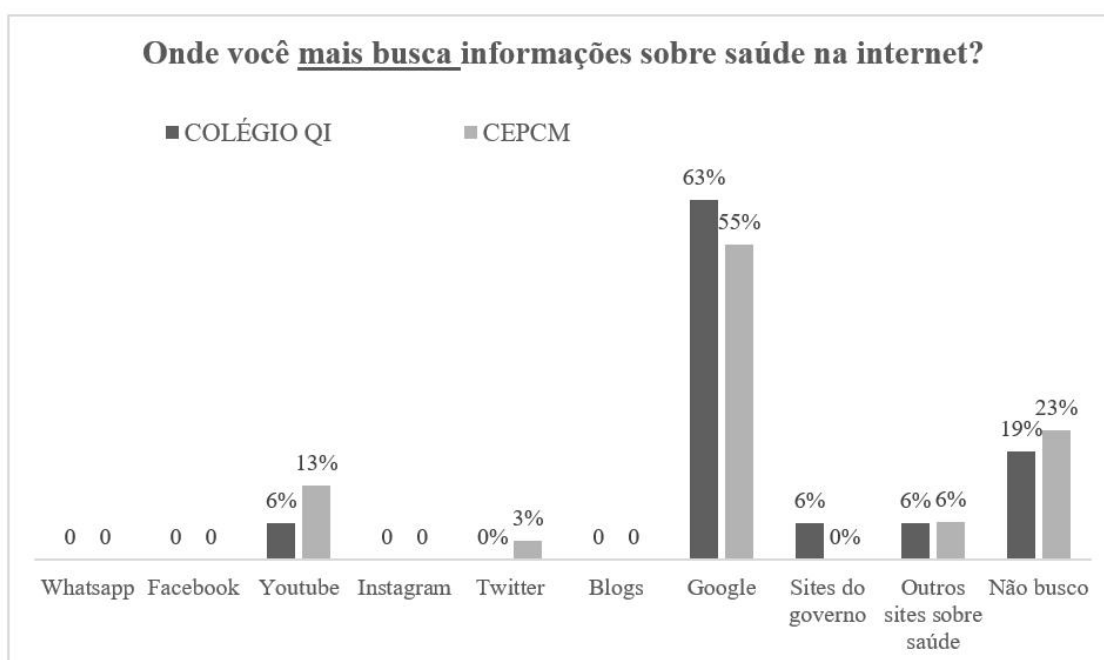
Comparando os dados entre os dois colégios, os maiores contrastes apareceram em relação às redes sociais *on-line* mais acessadas: foi maior entre os estudantes do CEPCM o uso do *Facebook* (87% utilizam pelo menos uma vez por semana, contra 59% do Qi) e do *Twitter* (67% usam pelo menos uma vez por semana, contra 35% do Qi). Já o *Instagram* foi mais popular no Qi: 95% dos jovens do colégio da Tijuca afirmaram usar a rede social de fotos pelo menos uma vez por semana, contra 77% do CEPCM. O acesso ao *Youtube* foi mais frequente entre os estudantes do CEPCM: 67% disseram acessar o site de vídeos várias vezes por dia, enquanto no Qi esse índice foi de 35%. Foi mais comum que os alunos do CEPCM respondessem que não acessem *sites* de notícias: 30% não o fazem; mas apenas 6% dos alunos do Qi afirmaram agir da mesma forma.

Nesta parte do questionário, localizamos algumas inconsistências nas respostas dos participantes. Um jovem do CEPCM, por exemplo, informou que acessa a Internet apenas “uma vez por mês”; logo em seguida, assinalou que usa o *Facebook* “uma vez por semana” e o *Youtube* “uma vez por dia”. Incoerências semelhantes ocorreram em outros questionários, o que provavelmente corrobora nossa suspeita de que esses jovens não percebem a atividade de usar as redes sociais *on-line* como sendo uma atividade de acesso à Internet.

No último bloco de perguntas do questionário, as questões referiam-se ao uso de informações sobre saúde, especialmente na Internet. Interrogamos os participantes sobre suas principais fontes de informação sobre saúde na Internet, e pedimos que eles indicassem, dentre as opções possíveis, quais seriam as mais confiáveis. Os gráficos 4 e 5 resumem as respostas obtidas.

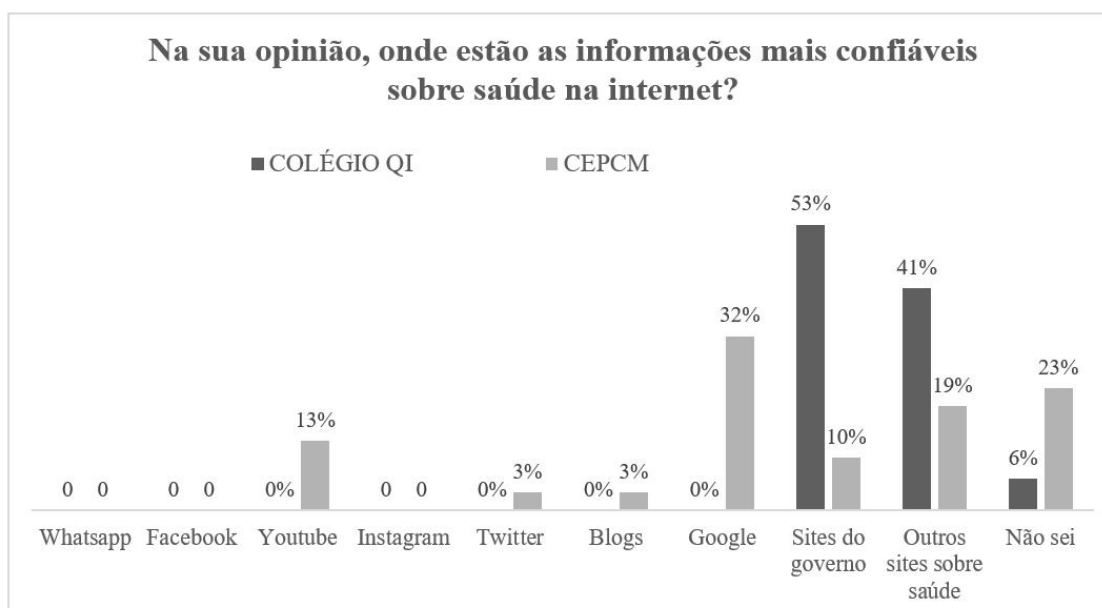
Nos dois colégios, o *Google* foi apontado como o local onde os jovens mais buscam por informações sobre saúde na Internet, com grande vantagem em relação às outras opções. No entanto, a confiança no *Google* não segue a mesma tendência. Apenas um terço dos estudantes do CEPCM (32%) admitiram confiar no *Google* em primeiro lugar; nenhum aluno do Qi respondeu dessa forma. No colégio da Tijuca, os sites do governo (53%) e os outros sites sobre saúde (41%) foram apontados como os mais confiáveis.

**Gráfico 4** – Fontes mais usadas na busca de informações sobre saúde na Internet



Fonte: elaborado pela autora

**Gráfico 5** – Fontes mais confiáveis na busca de informações sobre saúde na Internet



Fonte: elaborado pela autora

#### 6.4.4 Resultados da aplicação do *eHEALS*

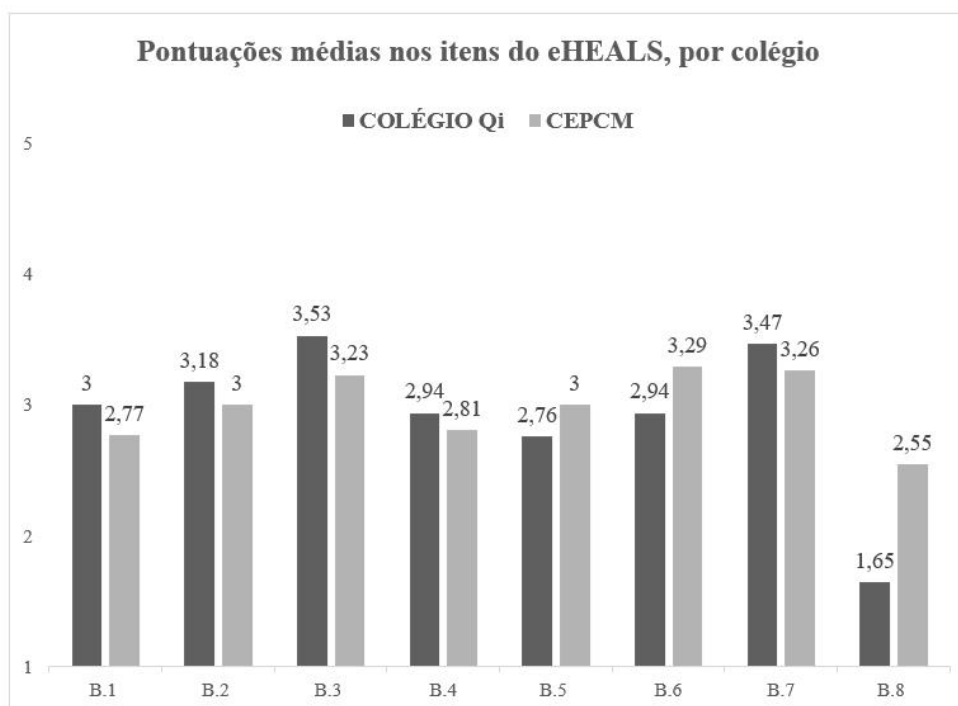
Na última seção do questionário de pesquisa (Parte B: Habilidades Digitais em Saúde), os participantes responderam aos oito itens do *eHEALS*. Em cada um, a pontuação variava de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo plenamente), de acordo com a resposta na escala *Likert*. Nessa escala, as pontuações médias nos itens individuais do questionário variaram entre 1,65 (colégio Qi, item B.8) e 3,53 (colégio Qi, item B.3), sendo que tanto a menor quanto a maior média por questão foram no Qi. Ou seja, esses estudantes perceberam o item “Eu sei como encontrar as fontes de informação sobre saúde úteis na internet” como o mais fácil, e o item “Eu me sinto seguro em usar informações da internet para tomar decisões de saúde” como o mais difícil.

As pontuações médias dos alunos do CEPCM, por item, variaram de 2,55 a 3,29, o que demonstra uma menor variabilidade na dificuldade dos itens, em relação ao Qi. A Tabela 8 e os gráficos a seguir apresentam a pontuação média da resposta a cada item e no total, por escola.

Tabela 8 – Pontuações médias do *eHEALS* traduzido

ITEM	COLÉGIO Qi	CEPCM
	Média	Média
<b>B.1</b> Eu sei quais são as fontes de informação sobre saúde disponíveis na internet.	3,00	2,77
<b>B.2</b> Eu sei onde encontrar as fontes de informação sobre saúde úteis na internet.	3,18	3,00
<b>B.3</b> Eu sei como encontrar as fontes de informação sobre saúde úteis na internet.	3,53	3,23
<b>B.4</b> Eu sei como usar a internet para responder os meus problemas de saúde.	2,94	2,81
<b>B.5</b> Eu sei como usar as informações sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	2,76	3,00
<b>B.6</b> Eu tenho as habilidades que preciso para avaliar as fontes de informação sobre saúde que encontro na internet.	2,94	3,29
<b>B.7</b> Eu posso diferenciar as fontes de informação sobre saúde de alta qualidade e as de baixa qualidade na internet.	3,47	3,26
<b>B.8</b> Eu me sinto seguro em usar informações da internet para tomar decisões de saúde.	1,65	2,55
<b>Soma das médias</b>	<b>23,47</b>	<b>23,90</b>

Fonte: elaborada pela autora

Gráfico 6 – Pontuações médias do *eHEALS* traduzido

Fonte: elaborado pela autora

A pontuação individual total de cada respondente no *eHEALS* poderia variar entre 8 (menor pontuação) e 40 (maior pontuação possível). Nenhum participante marcou a pior (8) ou a melhor (40) pontuação possíveis. Individualmente, a pior pontuação foi 13 pontos (CEPCM, 15 anos, gênero não informado); a maior pontuação atingida foi 33 (Colégio Qi, 16 anos, sexo feminino).

Os participantes do Colégio Qi obtiveram uma média de **23,47** no *eHEALS*. A pontuação total média entre os estudantes do CEPCM foi **23,90**. O resultado dos alunos do CEPCM, portanto, foi ligeiramente melhor que os do Qi.

## 6.5 DISCUSSÃO

Finalizando o processo analítico desta pesquisa, à luz do proposta hermenêutica-dialética de Minayo (2014), nos propomos a elaborar nesta seção uma síntese interpretativa que funcione como relatório das nossas principais ideias, a partir do diálogo entre os objetivos do estudo, as informações coletadas e o referencial teórico-metodológico.

Sendo um estudo exploratório, este trabalho procurou conhecer melhor a realidade dos estudantes envolvidos, os contextos onde se inserem e os significados que conferem ao nosso tema de pesquisa. A metodologia utilizada não nos permitiria alcançar explicações mais extensas sobre os sujeitos da pesquisa e sobre a regularidade dos fenômenos que investigamos. No entanto, como trata-se de uma realidade ainda pouco conhecida, acreditamos que nossos achados podem se impôr como uma alternativa para a formulação de hipóteses e questões para futuras pesquisas. São essas alternativas que tentaremos esclarecer nas próximas páginas.

De início, é importante destacar que nosso processo investigativo sugere uma grande diferença de status socioeconômico entre os dois grupos envolvidos. No cruzamento das informações empíricas coletadas, pudemos perceber algumas situações de contraste entre as duas realidades. Na observação e nas interações realizadas no campo, constatamos diferenças nos valores das mensalidades (altas no Qi, inexistentes no CEPCM), na situação das instalações físicas dos colégios (equipamentos novos e confortáveis no Qi, mobiliário quebrado e falta de insumos no CEPCM), no entusiasmo com lanche oferecido (muito maior no CEPCM) e na realidade social das comunidades no entorno dos colégios (Manguinhos x Tijuca).

Durante os grupos focais, foi possível notar as desigualdades nas perspectivas profissionais, nas concepções sobre saúde e medicina e nas formas de acessar e avaliar a informação. Os dados do questionário, por sua vez, apontaram que os alunos da escola pública

possuem menos acesso a saneamento básico e a cursos particulares de idiomas, além de terem renda familiar mais baixa. O conjunto dessas situações ilumina o fosso social que separa os dois grupos de jovens, pertencentes a classes de padrões econômicos bem distintos. É com base nessa distinção que nosso esforço interpretativo buscou identificar as relações de disputa e dominação social que deixam marcas, às vezes não tão visíveis, na subjetividade dos jovens participantes da pesquisa e que influenciam suas atitudes diante de situações cotidianas – o que inclui o uso das informações sobre saúde na Internet.

Em nossa percepção, os aspectos que aproximam os dois grupos parecem referir-se principalmente à uma cumplicidade dos jovens com seu tempo e sua geração, principalmente no que diz respeito à intimidade com os dispositivos digitais e ao relacionamento com as mídias. Nas respostas aos questionários, não houve diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito à acessibilidade à Internet, ao tipo de conexão ou ao equipamento utilizado. As variâncias restringiram-se às redes sociais *on-line* mais acessadas em cada grupo, depois do *Whatsapp*.

Os dados dos questionários nos sugerem que, ainda que estejam em um contexto de exclusão digital, os alunos da escola de Manguinhos são incluídos digitalmente. Esses resultados são semelhantes àqueles encontrados no estudo Pereira Neto, Barbosa e Muci (2016), que também envolveu jovens moradores das favelas de Manguinhos:

A popularização da telefonia e Internet móveis entre o grupo pesquisado parece ter contribuído para o deslocamento entre o binômio exclusão social-exclusão digital. Podemos dizer que o acesso à Internet chegou antes do acesso ao ensino público superior, ao mercado de trabalho, ao aumento da renda ou até mesmo ao saneamento básico (PEREIRA NETO; BARBOSA; MUCI, 2016, p. 32).

Os dados do nosso questionário também se aproximam dos resultados do estudo de Pereira Neto et al. (2019), que identificou que os níveis de acesso à Internet entre os alunos de Manguinhos (97%) eram praticamente os mesmos que os de alunos de uma escola particular em um bairro nobre na Zona Sul do Rio de Janeiro (98%). Além disso, a pesquisa desses autores mostrou que os jovens de escolas públicas frequentemente passam mais tempo na Internet que os jovens de escolas particulares. Segundo esses autores, esse comportamento pode estar associado a condições socioeconômicas:

No seu tempo livre, os jovens que frequentam escolas particulares têm melhor acesso a programas culturais, enquanto os jovens que frequentam escolas públicas têm opções muito mais restritas. Portanto, podemos considerar que,

para os jovens de baixa renda de nosso estudo, o uso frequente da Internet é um meio de acessar opções de entretenimento e consumo de produtos culturais que eles não possuem em seu ambiente físico (PEREIRA NETO et al., 2019, p. 135, tradução nossa)<sup>103</sup>.

Apesar de diferirem em relação ao tempo que passam conectados, os jovens dos dois grupos que investigamos parecem se assemelhar em boa parte das questões diretamente relacionadas às conexões digitais. Dentre as três categorias que analisamos na etapa qualitativa, as maiores aproximações entre os dois grupos surgiram principalmente nas representações sociais que dizem respeito à Internet, tecnologia na qual todos os participantes, como nativos digitais, nasceram e cresceram submersos. Dessa forma, esses jovens apontam a Internet e as redes sociais *on-line* - que, para eles, parecem ser coisas diferentes – como ferramentas de variadas utilidades. Por seu intermédio, se comunicam com o mundo, se informam e também se divertem. Eles, no entanto, não ignoram os perigos que ela pode representar quando transmite conteúdos distorcidos por pessoas mal-intencionadas. Na visão desses jovens, o uso das mídias digitais para o bem ou para o mal é uma responsabilidade individual de cada usuário. Para eles, a pessoa que divulga uma informação seria a base para o sucesso desta, uma vez que o que “vira notícia” não é necessariamente o que é verdadeiro, mas sim o que é mais divulgado e compartilhado, ou seja, o que tem maior alcance e audiência. Para isso, a popularidade da fonte é fundamental.

No que diz respeito às representações relacionadas à saúde, detectamos aproximações, mas também distanciamentos, entre os grupos. O ponto de vista dos jovens acompanhou algumas noções próprias do modelo biomédico fortemente arraigadas no imaginário da sociedade, como a individualização da responsabilidade sobre a saúde. Esta visão foi capaz de transpor as fronteiras sociais que separam os dois grupos, compondo uma representação social hegemônica entre os jovens.

No entanto, algumas nuances relacionadas à saúde distinguem os dois grupos e revelam os limites sociais aos quais eles estão expostos: o discurso médico tradicional configura-se como um obstáculo – ou como apontariam Paige et al. (2018), como um “ruído” - apenas para os jovens do CEPCM. Isso pois somente eles apresentaram alguns sinais de resistência e de conflito com o discurso biomédico instituído - observados, por exemplo, nas práticas de

---

<sup>103</sup> No original: “*In their spare time, young people attending private schools have better access to cultural programs, while young people attending public schools have much more restricted options in these terms. Therefore, we may consider that, for the low-income young people of our study, the frequent use of the Internet is a means for accessing options of entertainment and consumption of cultural products that they do not have in their physical environment*” (PEREIRA NETO et al., 2019, p. 135).



automedicação e na conceituação da saúde como um bem-estar mental e social, e não apenas biológico.

Para jovens que moram em comunidades periféricas, que não têm acesso garantido a saneamento básico e, às vezes, nem à boa alimentação, e que são submetidos a rotinas frequentes de violência, parece ser compreensível que a saúde represente não apenas a ausência de doenças, mas também um estado de bem estar que leve à superação do “sofrimento difuso”:

Na área de saúde, é empregada a expressão “sofrimento difuso” para se referir a um estado de adoecimento das pessoas, decorrentes das condições de pobreza e do contexto violento em que vivem. São sintomas físicos, mas que têm origem em sentimentos de medo, desesperança e abandono, que trazem consequências somáticas, como dores, depressão, estados de ansiedade (MARTELETO, 2009, p. 23).

Nesse sentido, merecem melhor atenção as representações sobre violência, que foram verbalizadas pelos alunos do CEPCM, mas não apareceram no grupo focal Qi. As favelas do complexo de Manguinhos, segundo Fernandes e Costa (2013), compartilham de uma realidade de exclusão social, marcada pelo desemprego, vulnerabilidade, descaso governamental, analfabetismo e violência. “A criminalidade e a violência impostas pelo tráfico, a estes espaços, mudaram o foco de interesses, destruíram o contrato social vigente e estabeleceram regras específicas com outra lógica, atreladas ao medo e à opressão” (FERNANDES; COSTA, 2013, p. 122).

A violência cotidiana, seja ela física ou simbólica, é algo que interfere nas subjetividades dos jovens e tem consequências em seu desenvolvimento psicossocial. Segundo Alves (2018), “vivências na juventude podem deixar registros significativos na vida do sujeito, sobretudo se forem atravessadas por alguma forma de violência” (ALVES, 2018, p. 13)

Um desses registros, a nosso ver, é o medo. O sentimento de medo expresso na fala dos alunos da escola de Manguinhos pode estar atrelado às situações de violência vivenciadas por eles, conforme sinalizam Queiroz e Lacerda (2005),

Considerar a violência enquanto fenômeno presente e perene nas cidades brasileiras remete a compreensão de uma realidade marcada pelo medo. Nesse contexto, as dimensões da produção, do consumo e do cotidiano nas cidades, por exemplo, tornam-se cada vez mais permeadas pelo componente medo (QUEIROZ; LACERDA, 2005, p. 1).

Segundo Novaes (2006), o medo da morte expressa várias características da insegurança da vida atual, sobretudo para os jovens que vivem nas periferias das metrópoles brasileiras:

Entre os jovens de hoje há o temor expresso da morte prematura. (...) Esta geração teme a morte e convive com a morte prematura de seus pares. Nesse sentido, não deixa de ser também um paradoxo historicamente inédito: na geração em que se alarga, cronologicamente, “o tempo de ser jovem” em relação às gerações anteriores da mesma sociedade moderna, amplia-se a expectativa de vida da população em geral e, ao mesmo tempo, também se generaliza um sentimento de vulnerabilidade dos jovens frente à morte (NOVAES, 2006, p. 111).

Segundo Alves (2018, p. 37), entre os jovens pobres das periferias das grandes cidades, “o medo da morte está relacionado ao temor por suas vidas, em virtude do medo de ‘bala perdida’, ‘da polícia’, ‘do tráfico’ e ‘do aumento da própria violência’”. Esse medo foi verbalizado por um aluno do CEPCM, durante o grupo focal:

“Eu também [tenho medo de morrer]. Nunca se sabe né? Eu moro na favela, todo dia tem tiroteio, bala perdida! Todo dia criança morre...”

Ao que parece, o medo da morte persiste nos alunos do colégio de Manguinhos, apesar da aparente cotidianidade das situações violentas que vivem. Em nossas primeiras idas ao CEPCM, foi marcante a sensação de naturalização dos tiroteios e da violência, tanto pelos professores e funcionários, quanto pelos alunos. Estes, em determinado momento, saíram calmamente das salas ao serem dispensados das aulas após o anúncio de uma operação policial nos arredores do colégio. Pareciam já estar acostumados àquela situação.

Mais que representações da realidade, essas condições de medo da morte e de exposição à violência agravam, segundo Marteleto (2009), as já precárias condições de vida dos jovens das periferias, tornando-se uma das causas de deterioração do quadro da saúde pública no país. De certa forma, a rotina violenta que cerca os jovens do CEPCM parece demandar deles uma posição de resiliência para lidar com aquela realidade. Segundo Chiesa (2005), a resiliência pode ser como patrimônio relacional e circunstancial capaz de fortalecer indivíduos que vivenciam situações adversas de sofrimento emocional e exclusão social. Para Alves (2018, p. 137), por resiliência “entende-se a capacidade do indivíduo para enfrentar e responder de forma positiva às adversidades que surgem na sua vida e oferecem risco para a sua saúde e desenvolvimento”. Para jovens em situação de vulnerabilidade que vivem rotinas atravessadas

por diversas expressões da violência, como em Manguinhos, a resiliência pode não ser apenas uma qualidade, mas também uma condição de sobrevivência.

A influência das diferenças sociais também é mais visível quando analisamos algumas representações relacionadas à escolaridade. Na perspectiva dos jovens do Qi, há uma compreensão da escolaridade como valor marcante e decisivo. Praticamente todos os alunos desse grupo, ao se apresentarem, informaram suas pretensões acadêmicas para o Ensino Superior e especificaram qual faculdade querem fazer. Para eles, pessoas com mais educação formal conseguem julgar melhor a qualidade das informações. Não ter educação, segundo uma aluna do Qi, é “crescer ignorante”.

Entre os jovens do CEPCM, a escolaridade não é percebida como um fator essencial para que uma pessoa avalie bem a qualidade de informação. Sobre isso, um dos alunos disse:

“Não necessariamente a gente precisa ter uma boa escolaridade. Uma pessoa que simplesmente tem um contato maior, não é um leigo nesse assunto, consegue discernir melhor o que é uma *fake news*.”

No colégio de Manguinhos, durante a apresentação dos participantes no grupo focal, as perspectivas acadêmicas foram expressas de forma modesta. Poucos alunos informaram qual faculdade gostariam de cursar. Os motivos para isso poderiam ser os mesmos apontados por Pereira Neto et. al (2019) para justificar a distorção idade-série identificada neste colégio, ou seja, podem estar “associados à entrada precoce no mercado de trabalho, a fim de complementar a renda familiar ou desmotivação” (PEREIRA NETO et al., 2019, p. 125, tradução nossa)<sup>104</sup>.

Sobre esse cenário, Marteleto e Stotz (2009) afirmam que:

A juventude empobrecida buscaria trabalho em idade precoce premida tanto pela necessidade como pela busca de autonomia. As famílias, por sua vez, exerceriam uma pressão no sentido do emprego precoce, preocupadas com a subsistência e com a ocupação do tempo ocioso dos seus jovens, que poderia levá-los às atividades ilícitas. E, assim, essa condição juvenil seria de disponibilidade e de insegurança em relação ao seu futuro, condição esta que seria perpassada pela situação de classe social e pela determinação geracional (MARTELETO; STOTZ, 2009, p. 127)

Nesse contexto, no qual estudar nem sempre pode ser uma prioridade, é compreensivo que o diploma escolar passe a valer menos, e que no lugar da *expertise* acadêmica sobressaiam-

---

<sup>104</sup> No original: “associated with early entry into the labor market, in order to complement family income or demotivation” (PEREIRA NETO et al., 2019, p. 125).

se valores como experiência e perspicácia – não apenas para avaliar a qualidade das informações, mas para lidar com todas as situações da vida. Assim como a resiliência, a vivência e a sagacidade (no sentido de esperteza, malandragem) podem ser elementos fundamentais para a sobrevivência em comunidades periféricas violentas. Estes elementos foram bastante valorizados pelos alunos do CEPCM, a ponto de alguns deles, por exemplo, terem tentado participar da pesquisa apresentando autorizações falsificadas, no intuito de usufruir do lanche oferecido.

Essas representações parecem se refletir também nas maneiras como os dois grupos de jovens se informam. E, principalmente, nos modos de intermediação entre os eles e as informações sobre saúde.

Entre os estudantes do Qi parece haver um enaltecimento das evidências científicas, expressando uma visão na qual o saber do especialista, que tem status de autoridade, é dominante. Dessa forma, a informação sobre saúde que esses alunos acessam é intermediada, quase sempre, pelo médico, pelo professor, pelo cientista, pelo jornalista. Se o conteúdo for acessado pela Internet, preferem usar o *Google Acadêmico*. Se a informação chegar pelo *Whatsapp*, o ceticismo os induz a investigar a fundo, procurando fontes (de preferência científicas ou grandes veículos de imprensa) que corroborem a informação. Não por acaso, os alunos do Qi apontaram no questionário os “sites do governo” como a fonte mais confiável para informações sobre saúde na Internet. Seja no acesso direto ou na confirmação da informação, os estudantes do Qi parecem buscar um elemento de intermediação que confira caráter de credibilidade ao conteúdo.

Os alunos do CEPCM, por outro lado, manifestaram uma valorização maior da experiência vivida pelos indivíduos. Em uma realidade social permeada por variadas dificuldades de acesso – à escola, a cursos de idiomas, a serviços e profissionais da saúde, a exames diagnósticos, às assinaturas de veículos de imprensa tradicionais – a orientação dada por quem já viveu experiências semelhantes poderia ser tão ou mais valiosa que a do médico, a do especialista ou a do professor.

A preferência pela experiência pessoal sobre o conhecimento especialista é um tema que está relacionado à crescente circulação de informações pelas mídias digitais, e que vem merecendo a atenção de alguns pesquisadores. Gray et al. (2005, p; 1467) alertam que, “embora seja improvável suplantando o papel de colegas e adultos de confiança, a Internet encontrou um

lugar importante no repertório de fontes de informação em saúde dos adolescentes”<sup>105</sup>. Segundo Burrows et al. (2000), o “declínio da autoridade” é uma das características definidoras da sociedade moderna tardia, a qual descrevem como “sociedade do risco”. Nessa sociedade, as pessoas se deparam com uma crescente variedade de opções sobre as quais precisam tomar decisões, às vezes arriscadas:

Em uma sociedade pós-tradicional, a autoridade tradicional (como o médico especialista) está sendo substituída por várias fontes de autoridade. Claramente, a Internet expande dramaticamente o conjunto de fontes de informação em praticamente todos os aspectos da vida das pessoas (BURROWS et al., 2000, p. 116, tradução nossa)<sup>106</sup>.

Entre os alunos do colégio de Manguinhos, também parece ser comum a prática da busca de informações sobre saúde no *Google* ou no *Youtube*. No questionário, a maior parte indicou o *Google* como a fonte mais confiável para informações sobre saúde na internet. Outra atitude frequente entre esses jovens, conforme eles relataram no grupo focal, é consultar a avaliação e a opinião de outros usuários da Internet, seja para julgar a confiabilidade de uma fonte de informação ou para orientar-se sobre o uso de determinado recurso ou aplicativo. Na opinião deles, o que estiver bem avaliado por outros usuários, merece confiança.

Mais que detentores da verdade que se especializaram em um determinado assunto, esses outros usuários parecem tornar-se dignos de confiança por terem vivenciado experiências semelhantes, o que cria uma proximidade empática com seus interlocutores.

Esse fenômeno ao qual os alunos de CEPCM se referem aproxima-se da filtragem colaborativa em rede potencializada pelas mídias digitais, chamada por Eysenbach (2008a) de “apomediação” (*apomediation*):

À medida que o papel dos intermediários “humanos” diminui ou muda, consumidores e pacientes estão encontrando novas maneiras de localizar informações relevantes e credíveis. Os agentes que substituem os intermediários no contexto da mídia digital podem ser chamados de “apomediários”, porque, em vez de mediar “entre” (inter) os consumidores e os serviços ou informações que procuram, eles “estão a postos” (apo-) e fornecem um valor agregado externo, direcionando os consumidores para informações relevantes e de alta qualidade, sem serem uma exigência para se

---

<sup>105</sup> No original: “Although it is unlikely to supplant the role of trusted peers and adults, the internet has found an important place among adolescents’ repertory of health information sources” (GRAY et al., 2005, p. 1467)

<sup>106</sup> No original: “In a post-traditional society, traditional authority (such as the medical expert) is being replaced by multiple sources of authority. Clearly the internet expands the array of information sources dramatically on virtually every aspect of people’s lives” (BURROWS et al., 2000, p. 116).

obter informações ou serviços (EYSENBACH, 2008, p. 130, tradução nossa)<sup>107,108</sup>.

Segundo Eysenbach (2007, 2008a, 2008b), a apomediação poderia ser realizada por meio de recomendações pessoais baseadas em experiência ou por sistemas automáticos de classificação presentes na Web 2.0. Assim, pessoas anônimas passam a constituir redes de colaboração *on-line* através de avaliações, notas, “estrelinhas” e outros sistemas de recomendação, guiando e orientando outros indivíduos por conteúdos mais confiáveis e operando novas lógicas de credibilidade às informações. A apomediação, citada pelos alunos do CEPCM durante o grupo focal seria, portanto, uma das formas de “desintermediação da informação” (EYSENBACH, 2007).

Conforme aponta Eysenbach (2007), a identificação de informação e serviços de qualidade era tradicionalmente feita por meio de intermediários ou *gatekeepers*, geralmente profissionais certificados por uma *expertise* na área (o médico na saúde, o professor nos ambientes escolares, os pais dentro de casa...). A abundância de informação e a facilidade de conexão às mídias digitais alterou esse cenário, possibilitando o acesso direto e sem intermediários a informações não-filtradas na Internet (EYSENBACH, 2008b).

Observando as representações nos dois grupos, à luz dos conceitos de Eysenbach, parece haver uma tendência maior, pelos alunos do Qi, a se informarem a partir dos intermediários tradicionais (especialistas, professores, cientistas, jornalistas). O discurso dos alunos do CEPCM, por outro lado, sugere uma maneira diferente de acessar a informação, com tendência à eliminação dos intermediários tradicionais.

Além de trazer à tona debates pertinentes sobre a relevância, a confiabilidade e a infinitude das fontes de informação, o fenômeno da desintermediação estaria relacionado aos naturais processos emancipatórios que ocorrem durante a adolescência:

um dos temas-chave durante a adolescência é que, à medida em que as crianças crescem, elas se tornam mais autônomas e confiam menos nas figuras tradicionais de autoridade. Eles se esforçam para se tornar mais independentes e desejam reduzir a influência de intermediários tradicionais (por exemplo, os

---

<sup>107</sup> No original: “As the role of ‘human’ intermediaries diminishes or changes, consumers and patients are finding new ways to locate relevant and credible information. The agents that replace intermediaries in the digital media context may be called ‘apomediaries’, because rather than mediating by standing ‘in between’ (inter-) consumers and the services or information they seek, they ‘stand by’ (apo-) and provide added value from the outside, steering consumers to relevant and high-quality information without being a requirement to obtain the information or service” (EYSENBACH, 2008, p. 130)

<sup>108</sup> O neologismo criado por Eysenbach tem origem no prefixo de origem grega “apo-”, que designa separação, distância, afastamento.

pais), com os pares (apomediários) assumindo parcialmente o papel desses ex-intermediários (EYSENBACH, 2008, p. 131, tradução nossa)<sup>109</sup>.

Na definição de Eysenbach, autonomia é “a capacidade e motivação de uma pessoa para pensar, sentir e tomar decisões por conta própria” (2008, p. 131, tradução nossa)<sup>110</sup>. O autor explica que a desintermediação é um processo que, na juventude, ocorre em duas fases:

Para usuários mais jovens das mídias digitais, o processo de desintermediação/emancipação ocorre em dois níveis durante a adolescência. Um é o processo natural de emancipação dos pais, responsáveis, professores e outras autoridades tradicionais; o outro é um processo de empoderamento e emancipação que é possibilitado e apoiado pelas ferramentas digitais de comunicação utilizadas pelos jovens, as quais reforçam e possibilitam a desintermediação e a apomediação (EYSENBACH, 2008, p. 131, tradução nossa)<sup>111</sup>.

No que tange à saúde, Garbin, Neto e Guilam (2008) destacam que a Internet atuou como agente catalisador de um movimento autônomo que já era praticado pelos pacientes em busca da informação:

É bom lembrar que, se hoje os pacientes tentam preservar sua autonomia procurando informações na rede, o movimento de busca de informações fora do consultório ou do hospital, com vizinhos, parentes ou amigos, sempre existiu. Os cidadãos, em todos os momentos históricos, quando se tornam pacientes, procuram conhecer, fora do circuito médico, a experiência de outras pessoas sobre aquela doença, instituição ou profissional. Esta atitude fez e continuará fazendo parte da trajetória terapêutica de cada um de nós que, contemporaneamente, pode contar com o auxílio desta importante ferramenta que é a internet (GARBIN; NETO; GUILAM, 2008, p. 586).

Nesse ponto, nos deparamos com um primeiro questionamento: poderiam os níveis de autonomia dos jovens estarem relacionados aos seus níveis de *eHealth literacy (eHL)*? Como hipótese elaborada a partir deste estudo exploratório, sugerimos que pode haver alguma relação

---

<sup>109</sup> No original: “one of the key themes during adolescence is that as children grow into teenagers they become more autonomous and rely less on traditional authority figures. They strive to become more independent and desire to reduce the influence of traditional intermediaries (e.g., parents), with peers (apomediaries) partly taking over the role of these former intermediaries” (EYSENBACH, 2008a, p. 131).

<sup>110</sup> No original: “a person’s ability and motivation to think, feel, and make decisions on his or her own” (EYSENBACH, 2008a, p. 131).

<sup>111</sup> No original: “For younger users of digital media, the disintermediation/emancipation process takes place at two levels during adolescence. One is the naturally occurring emancipation process from parents, guardians, teachers, and other traditional authorities; the other is an empowerment and emancipation process that is enabled and supported by the digital tools for communication that youth use, which themselves reinforce and enable disintermediation and apomediaction” (EYSENBACH, 2008a, p. 131).

entre esses fatores. Nos próximos parágrafos, apresentaremos alguns elementos analisados durante nossa investigação que nos levaram a sugerir essa hipótese.

A sociedade atual produz uma realidade social apoiada no individualismo (MARTELETO; STOTZ, 2009). Durante os grupos focais, pudemos identificar representações nesse sentido em pelo menos dois momentos: quando os jovens se referiram aos cuidados de saúde (autocuidado), e também quando se posicionaram sobre o bom ou mau uso da Internet (“depende de quem usa”). São concepções que apontam para uma maior autonomia e responsabilização dos indivíduos.

Soma-se a isso o fato de a juventude ser, segundo Alves,

compreendida como um estágio peculiar “de inserção dos indivíduos num patamar de autonomia psicossocial e de adaptação à sociedade, caracterizado por um processo permanente de mudança e ressignificação nas sociedades contemporâneas” (ALVES, 2018, p. 27).

Para além desses fatores, algumas concepções observadas durante a nossa investigação, relacionadas a contrastes entre os dois universos estudados, sugerem que os alunos do CEPCM possam ter maior capacidade de pensar e agir por conta própria - ou seja, que possam ter uma maior autonomia - se comparados aos jovens do Qi. Em um primeiro olhar, esse fato poderia ser reflexo do próprio ambiente escolar: no colégio de Manguinhos, os alunos possuem mais liberdade dentro da própria escola, podem circular mais livremente pelos corredores e não têm o acesso de entrada e saída controlado. No Qi, como relatamos, o acesso de entrada e saída é controlado por funcionários, e a circulação dos estudantes nos corredores é supervisionada por uma inspetora.

A maior autonomia poderia também ser fruto da condição socioeconômica. Os alunos do CEPCM costumam se locomover até o colégio a pé, por conta própria. Alguns já se preparam profissionalmente, realizando cursos de Jovem Aprendiz ou Preparatório Militar. Em decorrência de seu padrão socioeconômico, é razoável supor que alguns se comprometam mais com responsabilidades domésticas, ou mesmo que já ajudem financeiramente suas famílias. Os alunos do Qi, ao contrário, não costumam se locomover por conta própria até o colégio e, pela condição econômica familiar, é provável que não tenham que contribuir com a renda familiar.

Segundo Chiesa (2005), resiliência e autonomia são categorias que estão relacionadas, sendo que ambas são elementos importantes para o fortalecimento de intervenções da promoção da saúde. Dessa forma, o comportamento resiliente dos jovens do colégio de Manguinhos,



formatado pelas situações frequentes de violência, também exerceria alguma influência positiva sobre a autonomia desses jovens.

A automedicação, por sua vez, tem sido relacionada por alguns autores à maior autonomia dos cidadãos na gestão da sua saúde. Esta foi uma representação relacionada à saúde que apareceu de maneira marcante no grupo focal realizado no CEPCM. Segundo Naves et al. (2010),

a prática da automedicação mostra ter relação, também, com a autonomia no cuidado e no restabelecimento de um estado de saúde desejado pelo paciente, que decide quando e como fará uso de recursos terapêuticos que lhe pareçam convenientes, fato esse relatado por outros pesquisadores brasileiros. (NAVES et al., 2010, p. 1760).

Também os modos de acessar a informação parecem apontar para uma diferença nos níveis de autonomia entre os dois grupos. Segundo Eysenbach (2007), a escolha por apomediários está relacionada à autonomia:

indivíduos autônomos têm maior probabilidade de escolher um modelo de apomediação, e a apomediação, por sua vez, aumenta a autonomia. A navegação no mundo digital requer e ao mesmo tempo permite um alto grau de autonomia (EYSENBACH, 2007, p. 164, tradução nossa).<sup>112</sup>

Segundo Eysenbach (2008), outro (*self-efficacy*):

a autonomia (desejada ou real) parece um pré-requisito importante para contornar as autoridades tradicionais. A autonomia geralmente está associada a variáveis como conhecimento, habilidade e autoeficácia. (...) A autoeficácia é um pré-requisito adicional para ignorar o intermediário. A autoeficácia é alimentada pela experiência, modelagem social (“se eles conseguem, eu também posso”) e reforço positivo (p. 132, tradução nossa)<sup>113</sup>.

A autoeficácia é definida por esse autor como “a crença de que você tem a capacidade de executar as ações necessárias para gerenciar uma situação” (EYSENBACH, 2008, p. 132,

---

<sup>112</sup> No original: “*autonomous individuals are more likely to choose an apomediation model, and apomediation in turn increases autonomy. Navigation in the digital world requires and at the same time enables a high degree of autonomy*” (EYSENBACH, 2007, p. 164).

<sup>113</sup> No original: “*As stated above, autonomy (desired or actual) seems an important prerequisite for bypassing traditional authorities. Autonomy is generally associated with variables such as knowledge, ability, and self-efficacy. (...) Self-efficacy is a further prerequisite to bypass the intermediary. Self-efficacy, in turn, is fueled by experience, social modeling (‘If they can do it, I can do it as well’) and positive reinforcement*”. (EYSENBACH, 2008, p. 132).

tradução nossa)<sup>114</sup>. Em um dos artigos selecionados da nossa bibliografia, é apontada como um atributo pessoal que influencia diretamente a auto-motivação: “Autoeficácia refere-se a autoconfiança e confiança; portanto, a autoeficácia não tem a ver com as habilidades que uma pessoa possui, mas com o que essa pessoa acredita que pode alcançar com essas habilidades” (SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017, p. 6, tradução nossa)<sup>115</sup>. O modelo de desintermediação e apomediação proposto por Eysenbach sugere que tanto a autoeficácia, quanto a autonomia, exercem influência no comportamento de busca de informações e avaliação de credibilidade. Sobre isso, cabe lembrar que os alunos do CEPCM foram assertivos quando afirmaram que não acreditariam no áudio que tentava espalhar uma *fake news*, o que denota certa confiança na própria capacidade de julgamento.

Dessa forma, analisando os comportamentos dos estudantes do CEPCM no uso da informação sobre saúde na Internet à luz dos conceitos de Eysenbach, nossa pesquisa exploratória sugere que esses jovens sejam dotados de maiores graus de autonomia e autoeficácia que os alunos do Qi. Isso poderia ter contribuído para os resultados obtidos no *eHEALS* que aplicamos. Analisando as pontuações médias dos dois colégios em cada um dos itens do questionário, podemos notar que a maior diferença ocorreu no item B.8: “Eu me sinto seguro em usar informações da internet para tomar decisões de saúde”. A pontuação média nessa questão foi 1,65, no Colégio Qi, e 2,55, no CEPCM. Dentre todos os oito itens do questionário, esse parece ser o que mais se relaciona à segurança e à confiança que os alunos sentem neles mesmos.

No artigo que lançam o *eHEALS*, Norman e Skinner (2006b) explicam que “os fundamentos do conceito de *eHealth literacy* baseiam-se em parte na teoria cognitiva social e na teoria da autoeficácia, que promovem competências e confiança como precursores da mudança de comportamento e desenvolvimento de habilidades” (p.2, tradução nossa)<sup>116</sup>. Ou seja, a performance no questionário está ligada à autoeficácia, que, segundo Eysenbach (2008a), é uma característica relacionada à autonomia e à autoconfiança dos sujeitos.

Assim sendo, nossa hipótese aponta para o fato de que a *eHL*, da forma como é medida pelo *eHEALS*, poderia ser influenciada pelos níveis de autonomia e autoconfiança dos

---

<sup>114</sup> No original: “*the belief that one has the capabilities to execute the actions required to manage a situation*” (EYSENBACH, 2008, p. 132).

<sup>115</sup> No original: “*Self-efficacy relates to self-belief and confidence; hence, self-efficacy is not to do with the skills a person has, but rather what that person believes they can achieve with those skills*” (SUDBURY-RILEY; FITZPATRICK; SCHULZ, 2017, p.6).

<sup>116</sup> No original: “*The foundations of the eHealth literacy concept are based in part on social cognitive theory and self-efficacy theory, which promote competencies and confidence as precursors to behavior change and skill development*” (NORMAN; SKINNER, 2006b, p. 2).

indivíduos. A autonomia, por sua vez, seria impactada por diversos fatores pessoais e sociais, entre eles as condições socioeconômicas. Outras pesquisas poderão explorar e confirmar as possíveis interrelações entre essas variáveis.

Importante notar, no entanto, que o melhor resultado no *eHEALS* (a média geral foi de 23,90 no CEPCM, e de 23,47 no Qi) não representa que os alunos do CEPCM sejam mais bem informados, ou que acessem melhores fontes, ou que tenham melhores hábitos de busca e uso de informação sobre saúde que os do Qi. Nem que eles efetivamente tenham mais habilidades para buscar, acessar e utilizar as informações sobre saúde que encontram na Internet em favorecimento da própria saúde.

A ligeira melhor pontuação no *eHEALS* parece apontar para o fato de que os alunos do CEPCM confiam mais nas próprias habilidades para procurar, avaliar e usar as informações sobre saúde na Internet. Seriam, portanto, mais autoeficientes, o que talvez se explicaria pelos condicionantes sociais pertinentes à sua realidade, conforme explicamos acima.

Importante pontuar que a hipótese levantada não aponta para uma posituação da condição da pobreza ou de seus desdobramentos sociais. Cabe destacar também que essa hipótese se aplicaria apenas em relação à *eHL* medida pelo instrumento *eHEALS* (até o momento, a ferramenta padrão para este tipo de medição), que se baseia em critérios de autoeficiência. Ou seja, nossas análises não poderiam sugerir a mesma relação caso tivéssemos utilizado outro instrumento para a medição da *eHL*.

Nesse sentido, acreditamos que outras investigações poderiam se dedicar ao aprofundamento do conceito de *eHL* e à reelaboração do seu principal instrumento de medição, o *eHEALS*, para que ele possa de fato capturar a capacidade crítica de avaliação das informações sobre saúde na Internet, e não apenas o sentimento de confiança dos usuários na própria capacidade. Acreditamos que o desenvolvimento de medições performadas (e não informadas) que considerem as contribuições acadêmicas já feitas até aqui podem fazer a produção acadêmica sobre *eHL* avançar rumo a uma agenda mais socialmente sensível. O estudo de Paige et al. (2018), apontado em nosso levantamento bibliográfico, parece ser uma boa iniciativa nesse sentido.

O entendimento mais amplo sobre a influência dos contextos sociais e econômicos na *eHL* também é bem-vindo. Quais outros fatores sociais podem interferir nas habilidades relacionadas à *eHealth*? Estudos anteriores analisados na fase de levantamento bibliográfico, como o de Neter e Brainin (2012), já haviam reconhecido a influência dos fatores socioeconômicos na *eHL*, relacionando diretamente melhores status socioeconômicos a melhores índices de *eHL* - apesar de não haver, até agora, consenso na literatura sobre essa

conexão. Outras pesquisas, como as de Tennant et al. (2015) e Xesfingi e Vozikis (2016), revelaram que o nível educacional – uma variável que guarda relação íntima com o contexto socioeconômico dos sujeitos – também influencia positivamente os níveis de *eHL*. Mas essa conexão parece ir além da simples correlação estatística entre a pontuação no *eHEALS* e as variáveis renda e escolaridade. De que forma esses fatores impactam nas habilidades dos sujeitos para lidar com a informação sobre saúde na Internet? São tópicos interessantes que também merecem ser mais bem explicados por futuros estudos.

Adicionalmente, um aspecto digno de pesquisas envolve a tradução e definição de *eHL* para o português do Brasil. Acreditamos que estudos nesse sentido deveriam considerar o trabalho feito até aqui pela rede lusófona de pesquisas ProLiSa, de modo que o termo em português para *eHealth literacy* seja pensado a partir da “literacia para a saúde”. Iniciativas que contribuam para oficializar o termo “literacia” como tradução consensual de *literacy* também são bem-vindas.

No que tange especificamente à juventude, conforme apontado na introdução deste trabalho, alguns estudos mostraram que a capacidade instrumental dos jovens nativos digitais para utilizar dispositivos como o smartphone (“A gente parece que já nasceu sabendo mexer nessas coisas”, disse uma estudante durante o grupo focal do Qi) não é acompanhada pela capacidade de julgar a qualidade da informação disponível *on-line* e de utilizá-la de forma crítica. Em ambientes de hiperinformação e desinformação, processos educacionais que estimulem o pensar e a construção do conhecimento mediante a capacidade de reflexão podem representar caminhos para promover mudanças democráticas e emancipatórias nos sujeitos midiáticos.

Por isso, parece-nos promissor que pesquisas futuras com foco nos jovens abordem a relação entre *eHL* e autonomia também a partir de uma perspectiva freireana, ou seja, compreendendo esta última como um processo mais amplo de tomada de consciência. Para Freire (1967, 1996), a autonomia é entendida a partir de práticas educativas libertadoras capazes de alcançar a emancipação dos sujeitos. Apesar de ter sido desenvolvida em um contexto desprovido de aparatos tecnológicos digitais, a proposta pedagógica de Freire continua atual e pertinente aos estudos das diversas literacias que admitem a criticidade como uma de suas dimensões<sup>117</sup>. Sobre isso, Saboga-Nunes et al. (2019) afirmam que:

---

<sup>117</sup> Sobre o exercício da visão crítica na *health literacy*/literacia para a saúde, sugerimos a leitura de Nutbeam (2000) e Steckelberg et al. (2009); na *information literacy*/competência em informação, indicamos Elmborg (2012) e Bezerra, Schneider e Brisola (2017).

o ser humano só pode sentir-se totalmente realizado quando se assume como ser autônomo. Para conseguir-se ser autônomo não basta “saber ler ou escrever” (alfabetização). É preciso mais do que isso: é necessário ter capacidade crítica sobre o que se lê e escreve. Capacidade para integrar, mudar ou manter atitudes, comportamentos e valores. A isto chama Paulo Freire conscientização. Assim a autonomia precisa da conscientização como a emancipação precisa de autonomia (algo tão bem explorado com a Pedagogia Crítica de Paulo Freire). Deste modo a literacia seria esse estágio de desenvolvimento, que depois da alfabetização em saúde ter sido conseguida, cada ser humano se emancipa e com a sua autonomia, uma busca salutogênica (salus: saúde + génesis: origens) da sua realização de vida é estabelecida. (SABOGA-NUNES et al., 2019, n.p.)

Uma agenda de pesquisa nessa direção poderia se dedicar, por exemplo, a entender a prática da visão crítica como um exercício de autonomia que é não apenas um resultado (*outcome*) da (*e*)*health literacy* (NUTBEAM, 2000), mas também uma de suas motivações. A partir dessa perspectiva, pensando a *eHL* simultaneamente como causa e consequência dos processos de autonomia, poder-se-ia estabelecer um ciclo retroalimentado e progressivo de empoderamento dos indivíduos, rumo a uma cidadania positiva (SABOGA-NUNES, 2014) e global (CAPURRO, 2016).

## 6.6 LIMITAÇÕES

Por tratar-se de um estudo de caso exploratório, cuja amostragem foi de tamanho limitado, já sabíamos da impossibilidade de ampliar ou generalizar nossos achados para outros locais e populações. É preciso também reconhecer outras limitações inerentes a esta investigação.

A *eHL* representa um tema contemporâneo, cujo campo e respectiva produção bibliográfica estão em pleno desenvolvimento. Por tratar-se de um tema inédito no Brasil, a literatura específica disponível encontra-se praticamente toda em língua inglesa, o que representou um obstáculo a mais para a nossa pesquisa, uma vez que alguns termos e conceitos importantes (como a própria *eHealth literacy*) ainda não apresentam tradução ou definição consensual no português. A mesma dificuldade pode ser reportada em relação à versão do *eHEALS* em português: quando traduzidos, os itens da escala (desenvolvida em um país com uma cultura bem diferente) podem ter assumido significados distintos, e essas nuances de tradução e equivalência cultural podem ter afetado, em alguma escala, os significados percebidos pelos participantes.

Podemos supor que, como ferramentas metodológicas, as técnicas de coleta de dados que utilizamos têm alcance mais limitado do que uma observação participante ou uma etnografia virtual, já que foram realizadas fora do contexto onde as práticas de *eHL* dos jovens ocorrem típica e cotidianamente, ou seja, não foi possível observar diretamente quais as habilidades (ou inabilidades) desses usuários para encontrar e avaliar informações de saúde na Internet.

De toda forma, essa também é uma característica intrínseca ao próprio *eHEALS*, que apesar de ser um instrumento valioso para avaliar as habilidades digitais em saúde, baseia-se na percepção individual sobre os próprios conhecimentos e habilidades pessoais, e não em competências de *eHL* demonstradas ou efetivamente performadas. Sendo, portanto, um questionário com respostas autorreferidas, é sempre possível que os participantes tenham fornecido respostas socialmente desejáveis.

Além disso, não está claro como o *eHEALS* mede o uso das tecnologias interativas da Web 2.0, o que faz com que sua acurácia possa ser limitada no que diz respeito, por exemplo, à percepção dos respondentes sobre as próprias habilidades para usar as redes sociais *on-line*.

Nos dois grupos focais realizados, admitimos a existência de um possível viés relacionado aos estudantes participantes, uma vez que estes foram inicialmente indicados pelos coordenadores dos colégios. Dessa forma, é possível supor que o recrutamento tenha privilegiado alunos mais participativos, mais dedicados aos estudos e com melhor rendimento acadêmico - o que resultaria em uma amostra não tão diversa do universo de alunos das duas instituições.

O atraso no cronograma inicial desta investigação fez com a fase de trabalho de campo da pesquisa fosse realizada em um período escolar tradicionalmente tumultuado: os alunos estavam prestando as provas de finais de ano e já vislumbravam as férias de verão. Esse cenário pode ter contribuído negativamente para a investigação, influenciando principalmente na baixa adesão dos jovens à participação na pesquisa (principalmente no Qi, onde nunca havia sido realizada uma pesquisa acadêmica envolvendo os alunos).

Por último, é importante comentar que o que buscamos elaborar nesse trabalho foi apenas uma das infinitas significações possíveis para o fenômeno investigado. Conforme aponta MINAYO (2014), “todo o conhecimento do social, seja qual for o método utilizado, é um recorte, uma redução ou uma aproximação” (p. 76). Além disso, o tema tratado aqui representa, como qualquer outro, um fenômeno social e historicamente condicionado, assim como as representações ideológicas da pesquisadora, o que inevitavelmente interferiu na

capacidade de análise durante o processo de investigação, onde pesquisadora e sujeitos de pesquisa compartilhavam a mesma natureza humana.

Apesar de estarmos cientes dessa limitação, que é inerente a toda investigação social, nos esforçamos para que esta pesquisa se ativesse com o máximo rigor possível ao seu instrumental teórico e metodológico, de modo a reduzir a interferência dos juízos de valor da pesquisadora e a objetivar a compreensão do objeto o tanto quanto fosse possível.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *eHealth* é uma realidade. Na era digital, as tecnologias tornaram acessíveis novos canais de comunicação e novos recursos de assistência à saúde, e revolucionaram as maneiras pelas quais as informações sobre saúde são buscadas, acessadas e usadas por prestadores e por usuários dos serviços de saúde. Impulsionado pela expansão dos níveis de conectividade da população, pela aspiração de alguns pacientes em tornarem-se agentes ativos dos próprios processos de saúde/doença e por movimentos globalizados de saúde (como pandemias à nível mundial), o conceito de *eHealth* tende a continuar crescendo em importância. Temas relacionados a serviços e inovações *on-line* nas áreas da telessaúde e da telemedicina, bem como os desafios impostos pela desinformação sobre saúde nas mídias digitais, tendem a ocupar cada vez mais espaço na agenda dos setores público e privado.

Acreditamos que esse cenário deve ser olhado não apenas de maneira otimista, tampouco sob uma perspectiva meramente pessimista. A nosso ver, o extenso alcance da Internet, sua ubiquidade e a grande disponibilidade de informações carregam em si potencial para aumentar o conhecimento em saúde e para promover comportamentos saudáveis; por outro lado, podem gerar disparidades no acesso a conteúdos relevantes e induzir prejuízos de saúde ocasionados por informações inverídicas ou de pouca qualidade. Esse último risco está especialmente associado à carência de habilidades para se discriminar entre informações *on-line* confiáveis e fraudulentas. Parece-nos essencial a preocupação com o desenvolvimento das habilidades dos indivíduos, para que eles possam de fato se beneficiar do uso dos novos recursos, deve acompanhar a velocidade das inovações em *eHealth*.

Alguns estudos ao redor do mundo já demonstraram o impacto da *eHealth literacy* (*eHL*) na resultados de saúde dos indivíduos e, em consequência, nos sistemas de saúde. Compreender o que molda esse tipo de literacia em um país específico é importante para o mercado privado de assistência médica, mas principalmente para os gestores públicos da saúde, na medida em que pode fornecer informações capazes de subsidiar a formulação de programas mais integrados e sustentados de saúde e mudança social.

O desenvolvimento da *eHL* no Brasil passa pela expansão da produção acadêmica sobre esse tema, mas também pode ser impulsionado por algumas intervenções práticas. Como sugestão, poderíamos apontar as seguintes: incorporação de medições de *eHL* nos processos de avaliação clínica e nos registros eletrônicos que integram os sistemas de informação em saúde; inclusão, nos currículos dos cursos da área de saúde (nos níveis técnico, superior e pós-graduação), de debates relacionados às diversas *literacies* aplicadas à saúde; e desenvolvimento



de programas de treinamento de *eHL* integradas às estratégias de digitalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de processos de ensino-aprendizagem que sejam não apenas mediados pelas mídias digitais, mas também pensados para o uso crítico dessas.

Acreditamos, contudo, que qualquer ação nesse sentido deve considerar que a completa inclusão dos cidadãos nos ambientes digitais de informação e no uso dos recursos do *eHealth* passa não apenas pelo acesso a essas tecnologias, ou pelo seu domínio funcional para fins de saúde. Passa, também, pela capacidade social, cultural, intelectual e econômica para que todas as populações, principalmente as vulneráveis, possam se envolver e se apropriar delas. Não basta, portanto, que todos os jovens tenham à mão seus próprios *smartphones* conectados para que as desigualdades – sociais, digitais e na saúde - sejam superadas.

Como aponta Marteleto (2009), não existe questão informacional que não seja também (ou antes), uma questão social. Por isso, parece ser oportuno que variadas áreas do conhecimento se envolvam com a *eHL*. A nosso ver, a responsabilidade para melhorar o cenário do uso informação *on-line* sobre saúde deve ser compartilhada por vários setores, como saúde, educação, comunicação, direito, assistência social, tecnologia da informação e segurança pública – para citar alguns.

Essa investigação tem como origem uma área interdisciplinar que busca construir um saber apoiado simultaneamente nos campos da comunicação e da saúde: o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Relacionando mídias digitais, informação, saúde e juventude, nossa pesquisa pretendeu dar uma primeira contribuição ao introduzir o importante tema da *eHL* no cenário brasileiro das pesquisas sobre comunicação e saúde. Acreditamos que a questão que apresentamos aqui merece não apenas atenção da academia - dado que o conhecimento científico acerca do tema no Brasil ainda é incipiente - mas também do Estado, da sociedade civil e das diversas instituições de saúde, uma vez que o uso adequado das informações sobre saúde na Internet pode ser encarado como um problema de saúde pública.

Sabemos, no entanto, que nossa contribuição com este trabalho é apenas exploratória e introdutória, na medida em que nem de longe conseguiríamos abarcar todas as possibilidades que esse rico e evolutivo campo abre aos pesquisadores. Nosso objetivo maior com este trabalho foi incentivar a produção acadêmica brasileira sobre o tema e sugerir questões e possíveis agendas de pesquisa. Afinal, como aponta Minayo (2014, p. 32), “a ideia central da prática teórica é que toda pesquisa deveria realizar-se dentro da dinâmica de ciclo, a partir de um

processo de trabalho que termina num produto provisório e recomeça nas interrogações lançadas pela análise final”.

## REFERÊNCIAS

- AFP (Agence France-Presse). O homem na lua: um marco na história das 'fake news'. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 19 de jul. de 2019. Internacional. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2019/07/19/interna\\_internacional,1070843/o-homem-na-lua-um-marco-na-historia-das-fake-news.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2019/07/19/interna_internacional,1070843/o-homem-na-lua-um-marco-na-historia-das-fake-news.shtml)>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.
- ALA (American Library Association). Association of College & Research Libraries. **Framework for information literacy for higher education**. Chicago, 2015.
- ALVES, D. G. **Viver em contextos violentos**: significações de jovens moradores do complexo da Maré/RJ. 2018. Dissertação (Mestrado). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.
- AMA (American Medical Association). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. **JAMA**, v. 281, n.6, p. 552-557, 1999.
- ARAÚJO, I. Os tambores do Olimpo e os tambores da Grécia: por melhores lugares de interlocução. In: FAUSTO NETO, A. (Org.). **Os mundos das mídias**: leituras sobre a produção de sentidos midiáticos. 1ª ed, p. 233-251. João Pessoa: Editora da UFPB, 2006.
- ARAÚJO, I.; AGUIAR, R. Los discursos concurrentes que se convirtieron en boato: el nombramiento como ejercicio de poder. **Communication papers: media literacy and gender studies**, v.7, n.13, p.197-216, 2018.
- ARAÚJO, I.; CARDOSO, J. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- BABBIE, E. **The practice of social research**, Twelfth edition. Belmont: Wadsworth Publ., 2010.
- BARÃO, L. **Internet & Saúde**: Um estudo sobre o perfil de consumo de informações de estudantes do Ensino Médio de diferentes classes sociais. In: XXI Semana do Programa de Vocação Científica. Rio de Janeiro. Etapa Avançado: Memórias, 2016.
- BARBOSA, C.A.P. et al. Adaptação cultural e validação da versão em Português (Brasil) do Questionário Europeu de Literacia para Saúde: convergência externa e coerência conceptual do instrumento (HLS-EU-BR). In: Congresso da Associação Latina para a Análise dos Sistemas de Saúde, 26, 2015, Ancona. **Anais eletrônicos...** Barcelona: 2015. **Apresentação**. Disponível em: < [http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2015/sesion42/0509\\_sesion42\\_4.pdf](http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2015/sesion42/0509_sesion42_4.pdf)>. Acesso em: 10 de mai. de 2020
- BARBOSA, L.; PEREIRA NETO, A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 317–329, 2017.
- BAUTISTA, J. R. From Solving a Health Problem to Achieving Quality of Life: Redefining eHealth Literacy. **Journal of Literacy and Technology**, v. 16, n. 2, 2015.

BAZM, S. et al. Validity and Reliability of Iranian Version of eHealth Literacy Scale. **Journal of Community Health Research**, v. 5, n. 2, p. 121–130, 2016.

BERKMAN, N. D.; DAVIS, T. C.; MCCORMACK, L. Health literacy: What is it? **Journal of Health Communication**, v. 15, n. SUPPL. 2, p. 9–19, 2010.

BEZERRA, A. C. Vigilância e filtragem de conteúdo nas redes digitais: desafios para a competência crítica em informação. **XVI ENANCIB - Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação**, 2015.

BEZERRA, A. C.; SCHNEIDER, M.; BRISOLA, A. Pensamento reflexivo e gosto informacional: Disposições para competência crítica em informação. **Informação e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 7–16, 2017.

BODIE, G. D.; DUTTA, M. J. Understanding health literacy for strategic health marketing: Health literacy, health disparities, and the digital divide. **Health Marketing Quarterly**, v.25, n.1–2, p.175–203, 2008.

BOURDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Rev. SPAGESP**, v. 6, n. 1, p. 74–80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília (DF), 2017.

BRÖDER, J. et al. IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. **Global Health Promotion**, v. 25, n. 4, p. 79–88, 2018.

BUCKINGHAM, D. **Media education: literacy, learning and contemporary culture**. Cambridge: Polity Press, 2003.

BUONO, V. Caso Escola Base: a fake news que escandalizou o Brasil em 1994. **UOL - Aventuras na História**, 10 de jan. 2020. Disponível em: <<https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/historia-o-que-foi-o-caso-escola-base-fake-news.phtml>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

BURROWS, R. et al. Virtual Community Care? Social Policy and the Emergence of Computer Mediated Social Support. **Information, Communication & Society**, v. 3, n. 1, p. 95–121, 2000.

BYRNE, J. et al. **Global Kids Online Research Synthesis, 2015-2016**. Florence: UNICEF Office of Research Innocenti and London School of Economics and Political Science, 2016.

CAETANO, L. **Media Literacy: Práticas Dirigidas a uma Comunicação Cidadã**. In: PENSACOM BRASIL - IV Conferência do Pensamento Comunicacional Brasileiro. São Paulo: 2017.

CAPURRO, R. Cidadania na Era Digital. In: **Comunicação, cultura, informação e democracia: tensões e contradições**, p. 49–75. Lisboa: MEDIA XXI – Publishing, Research

& Consulting, 2016.

CASTELLS, M. **A era da informação: economia, sociedade e cultura**. Vol. 1 – A sociedade em rede. 8ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CASTELLS, M. **A galáxia Internet: reflexões sobre a Internet, negócios e a sociedade**. São Paulo: Zahar, 2003.

CGI.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação no Brasil [livro eletrônico]: **TIC domicílios e empresas 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. Disponível em: < <https://www.cetic.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-no-brasil-tic-domicilios-e-empresas-2013/165>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

CGI.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: **TIC domicílios 2018** [livro eletrônico] / Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [editor]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019a. Disponível em: <<https://www.cetic.br/pesquisa/domicilios/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

CGI.br. Pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes no Brasil – **TIC Kids Online Brasil 2018** [livro eletrônico]. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [editor]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019b. Disponível em: <<https://cetic.br/pesquisa/kids-online/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

CGI.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: **TIC Saúde 2018** [livro eletrônico]. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [editor]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019c. Disponível em: < <https://www.cetic.br/pesquisa/saude/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

CHAN, C. V.; KAUFMAN, D. R. A framework for characterizing ehealth literacy demands and barriers. **Journal of Medical Internet Research**, v. 13, n. 4, p. 1–16, 2011.

CHIESA, A. M. **Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde**. 2005. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2005.

CHOI, N. G.; DINITTO, D. M. The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, ehealth literacy, and attitudes toward computer/internet use. **Journal of Medical Internet Research**, v. 15, n. 5, p. 1–16, 2013.

CHUNG, S.-Y.; NAHM, E.-S. Testing Reliability and Validity of the eHealth Literacy Scale (*eHEALS*) for Older Adults Recruited Online. **Comput Inform Nurs.**, v. 33, n. 4, p. 150–156, 2015.

CIRIBELI, J. P.; PAIVA, V. H. P. Redes e mídias sociais na internet: realidades e perspectivas de um mundo conectado. **Revista Mediação - Universidade FUMEC**, p. 57–74, 2011.

CLINE, R. J. W.; HAYNES, K. M. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art, **Health Education Research**, v.16, n.6, p. 671–692, 2001.

COELHO, E. Q.; COELHO, A. Q.; CARDOSO, J. E. D. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente? **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 142–149, 2013.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DE CARO, W. et al. eHealth Literacy Scale: An Nursing Analysis and Italian Validation. **Studies in health technology and informatics**, v. 225, p. 949, 2016.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. p. 155–179. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DIVIANI, N.; DIMA, A. L.; SCHULZ, P. J. A Psychometric Analysis of the Italian Version of the eHealth Literacy Scale Using Item Response and Classical Test Theory Methods. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 4, p. e114, 11 abr. 2017.

EISENSTEIN, Evelyn et al. Children and Adolescents on the Internet: A Current Profile of Risks in Brazil. In: PEREIRA NETO, André; FLYNN, Matthew B. **The Internet and Health in Brazil: Trends and Challenges**. Switzerland: Springer, 2019.

ELMBORG, J. Critical Information Literacy: Definitions and Challenges. **Transforming Information Literacy Programs: Intersecting Frontiers of Self, Library Culture, and Campus Community**. p. 75-95. Association of College & Research Libraries: Chicago: 2012.

EYSENBACH G. et al. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web: A Systematic Review. **JAMA**, v.287, n.20, p. 2691–2700, 2002.

EYSENBACH, G. What is e-health? **Journal of Medical Internet Research**, v.3, n.2, e.20, 2001.

EYSENBACH, G. From intermediation to disintermediation and apomediation: New models for consumers to access and assess the credibility of health information in the age of web2.0. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 129, p. 162–166, 2007.

EYSENBACH, G. Credibility of Health Information and Digital Media: New Perspectives and Implications for Youth. **Digital Media, Youth, and Credibility**. MacArthur Foundation Series on Digital Media and Learning. Cambridge, MA: The MIT Press, 2008a.

EYSENBACH, G. Medicine 2.0: Social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. **Journal of Medical Internet Research**, v. 10, n. 3, p. 1–11, 2008b.

FALLING vaccination rates pose a global health risk. **Financial Times**, The editorial board, Londres, 28 dez. 2018.

FALLIS, D. What is disinformation? **Library Trends**, v.63, n.3, 2015.

FERGUSON, T. **What e-patients do online**: a tentative taxonomy. The Ferguson Report. Austin: 2002. Disponível em: <<http://www.fergusonreport.com/articles/fr00904.htm>>. Acesso em 15 de mar. de 2020.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. R. As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro. **Tempo (Brazil)**, v. 19, n. 34, p. 117–133, 2013.

FERREIRA, C. A. O programa de vocação científica da Fundação Oswaldo Cruz: fundamentos, compromissos e desafios. **Juventude e Iniciação Científica: Políticas Públicas para o Ensino Médio**, 2010.

FLEMING, J. Health information on the internet. **The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health**, v.123, n. 1, mar. 2003.

FOLLIS, F. et al. Sharing medical data easily using interdigital mobile communication. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 20, n.3, p.157-158, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FOX, S. The social life of health information. **Pew Research Center – Fact Tank**: news in numbers. 15 de jan. de 2014. Disponível em < <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/01/15/the-social-life-of-health-information/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

FOX, S.; DUGGAN, M. Mobile health 2012. **Pew Research Center – Internet & Technology**, 8 de nov. de 2012. Disponível em: <<https://www.pewresearch.org/internet/2012/11/08/mobile-health-2012/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

FREEDMAN, D. et al. Public Health Literacy Defined. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 36, n. 5, p. 446–451, 2009.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARBIN, H. B. D. R.; NETO, A. D. F. P.; GUILAM, M. C. R. A internet, o paciente expert e a prática médica: Uma análise bibliográfica. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 12, n. 26, p. 579–588, 2008.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.26, p.579-588, jul./set. 2008

GIL, A. C. (Org). **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

v. 264

GILSTAD, H. Toward a comprehensive model of eHealth literacy. In: JAATUN, E.A.A. et al. (eds.): Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics (**PAHI 2014**), Trondheim Norway, 19 de mai. de 2014.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados na pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. DE S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

GRAY, N. J. et al. Health information-seeking behaviour in adolescence: The place of the internet. **Social Science and Medicine**, v. 60, n. 7, p. 1467–1478, 2005.

GRIEBEL, L. et al. eHealth literacy research—Quo vadis? **Informatics for Health and Social Care**, v. 43, n. 4, p. 427–442, 2018.

GUIMARÃES, K. Vacinação em queda no Brasil preocupa autoridades por risco de surtos e epidemias de doenças fatais. **BBC Brasil**, São Paulo, 29 ago. 2017.

HAYAT, T. Z.; BRAININ, E.; NETER, E. With Some Help From My Network: Supplementing eHealth Literacy With Social Ties. **Journal of medical Internet research**, v. 19, n. 3, p. e98, 2017.

HOBBS, R.; JENSEN, A. The Past, Present, and Future of Media Literacy Education. **Journal of Media Literacy Education**, New York, v.1, n.1, 2009.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HPP (Health Parliament Portugal). **Recomendações para o futuro da saúde**, 2017. Disponível em: <[https://sdistribution.impresa.pt/data/content/binaries/e65/59f/c78d9345-d4af-4805-98e2-5c44d6233e3d/Book\\_versao-final\\_12\\_out.pdf](https://sdistribution.impresa.pt/data/content/binaries/e65/59f/c78d9345-d4af-4805-98e2-5c44d6233e3d/Book_versao-final_12_out.pdf)>. Acesso em 15 de mai. de 2020.

HSU, W.; CHIANG, C.; YANG, S. The effect of individual factors on health behaviors among college students: The mediating effects of eHealth literacy. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 12, p. 1–11, 2014.

ITU - International Telecommunication Union. **Measuring the Information Society Report 2018** - Volume 1. Geneva Switzerland, 2018.

KAPLÚN, M. Processos educativos e canais de comunicação. **Comunicação e Educação**, São Paulo: CCA-US-Moderna, n. 14, jan./abr. 1999.

KARNOE, A.; KAYSER, L. How is eHealth literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review. **Knowledge Management and E-Learning**, v. 7, n. 4, p. 576–600, 2015.

KAYSER, L. et al. A multidimensional tool based on the eHealth Literacy Framework: Development and initial validity testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 2, p. 1–10, 2018.



KELLNER, D. Technological transformation, multiple literacies, and the re-visioning of education. **E-Learning and Digital Media**, v.1, n. 1, p. 9-37, mar. 2004.

KELLNER, D.; SHARE, J. Critical media literacy, democracy, and the reconstruction of education. In: MACEDO, D.; STEINBERG, S. **Media literacy: a reader**. p. 2-23. New York: Peter Lang, 2007.

KICKBUSCH I., WAIT S., MAAG D. **Navigating health: the role of health literacy**. London, UK: Alliance for Health and the Future, 2006.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124–136, 2004.

KOO, M.; NORMAN, C. D.; CHANG, H. M. Psychometric evaluation of a Chinese version of the eHealth Literacy Scale (*eHEALS*) in school age children. **International Electronic Journal of Health Education**, v.1, p. 29–36, 2012.

KOOPMAN, R. J. et al. Development of the PRE-HIT instrument: Patient readiness to engage in health information technology. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2014.

LAVORGNA, L. et al. Fake news, influencers and health-related professional participation on the Web: a pilot study on a social-network of people with Multiple Sclerosis. **Multiple Sclerosis and Related Disorders**, v. 25, p. 175-178, 2018.

LEMONS, A. Cibercultura e mobilidade: a era da conexão. **Razón y Palabra**, México, n. 41., 2004. Disponível em: <<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n41/alemos.html>>. Acesso em: 15 de mai. de 2020.

LENHART, A. Teens, Social Media & Technology Overview 2015. **Pew Research Center – Internet & Technology**, 9 de abr. de 2015. Disponível em: <<https://www.pewresearch.org/internet/2015/04/09/teens-social-media-technology-2015/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

LIVINGSTONE, S. What is media literacy? **Intermedia**, v.32, n.3, p. 18-20, 2004.

LIVINGSTONE, S.; VAN COUVERING, E.; THUMIN, N. Converging traditions of research on media and information literacies: disciplinary, critical, and methodological issues. In: COIRO, J. et al. **Handbook of research on new literacies**, p. 103-132. New York, USA: Routledge, 2008.

MARIN, H. F. O cidadão como consumidor em informática em saúde (artigo). In: CGI.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros [livro eletrônico]: **TIC Saúde 2018**, p. 39-46. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [ed.]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019.

MARTELETO, R. M. Jovens, violência e saúde: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos. **Reciis**, v. 3, n. 3, p. 17–24, 2009.

- MARTELETO, R.M.; STOTZ, E.N. (Orgs.), **Informação, saúde e redes sociais**: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- MARTÍN-BARBERO, J. Saberes hoy: diseminaciones, competencias y transversalidades. **Revista Iberoamericana de Educación**, n.32, p.17-34, mai-ago 2003.
- MARTINO, L. M. S. **Teoria das Mídias Digitais**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- MARTINS, A. V.; MOURA, C. V. M. DE. Caso Herzog nos jornais Folha e o Globo: história e posicionamento discursivo durante a comissão nacional da verdade. **Revista Contracampo**, v. 35, n. 1, p. 69, 27 abr. 2016.
- MCMULLAN, M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. **Patient Education and Counseling**, v. 63, n.1–2, 2006.
- MILNE, R. A. et al. Predictors of High eHealth Literacy in Primary Lung Cancer Survivors. **Journal of Cancer Education**, v. 30, n. 4, p. 685–692, 2015.
- MINAYO, M. C. DE S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.
- MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MITSUTAKE, S. et al. Developing Japanese version of the eHealth Literacy Scale (*eHEALS*). **Nihon Koshu Eisei Zasshi**, v. 58, n. 5, p. 361–71, 2011.
- MOREIRA, G. DA S. Espaço olhar digital. **Cadernos de Gestão e Empreendedorismo**, v. 2, n. 2, p. 74–88, 2015.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MURERO, M. Internet and e-Health Care – An Interdigital Field of Study. In: PEREIRA NETO, A.; FLYNN, M. B. **The Internet and Health in Brazil**: Trends and Challenges. Switzerland: Springer, 2019.
- NAVES, J. de O. S. et al. Automedicação: Uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 15, n. SUPPL. 1, p. 1751–1762, 2010.
- NETER, E.; BRAININ, E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. **Journal of Medical Internet Research**, v. 14, n. 1, 2012.
- NETER, E.; BRAININ, E. Perceived and Performed eHealth Literacy: Survey and Simulated Performance Test. **JMIR Human Factors**, v. 4, n. 1, p. e2, 2017.
- NGUYEN, J. et al. Construct Validity of the eHealth Literacy Scale (*eHEALS*) Among Two Adult Populations: A Rasch Analysis. **JMIR Public Health and Surveillance**, v. 2, n. 1, p. e24, 2016.

NIELSEN-BOHLMAN, L.; PANZER, A. M.; KINDIG, D. A. (eds.). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine. Washington D.C: The National Academies Press, 2004.

NORGAARD, O. et al. The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. **Knowledge Management and E-Learning**, v. 7, n. 4, p. 522–540, 2015.

NORMAN, C. D.; SKINNER, H. A. eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. **Journal of Medical Internet Research**, v. 8, n. 2, p. 1–11, 2006a.

NORMAN, C. D.; SKINNER, H. A. *eHEALS*: The eHealth literacy scale. **Journal of Medical Internet Research**, v. 8, n. 4, p. 4–6, 2006b.

NORMAN, C. eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. **Journal of Medical Internet Research**, v. 13, n. 4, p. 2–5, 2011.

NOVAES, R. Os jovens de hoje: contextos, diferenças e trajetórias. In: **Culturas jovens: novos mapas do afeto**, p. 105–120. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 259–267, 2000.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine**, v. 67, n. 12, p. 2072–2078, 2008.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Health Promotion Glossary**. Geneva: 1998.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth**, 2009.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Health Literacy: the solid facts**. Europe: 2013.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Health and sustainable development: **Telehealth**, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/sustainable-development/health-sector/strategies/telehealth/en/>>. Acesso em: 16 de mar. de 2020.

PAIGE, S. R. et al. eHealth literacy in chronic disease patients: An item response theory analysis of the eHealth literacy scale (*eHEALS*). **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 2, p. 320–326, 2017.

PAIGE, S. R. et al. Electronic health literacy across the lifespan: Measurement invariance study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 7, 2018a.

PAIGE, S. R. et al. Proposing a transactional model of eHealth literacy: Concept analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 10, 2018b.

PAOLUCCI, R.; PEREIRA NETO, A.; LUZIA, R. Avaliação da qualidade da informação em

sites de tuberculose: análise de uma experiência participativa. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 84–100, 2017.

PEREIRA NETO, A. et al. Avaliação de sites de saúde em questão: a Aids nos sites brasileiros de Organizações Não Governamentais (ONG) de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). **Reciis**, v. 7, n. 1, 2013.

PEREIRA NETO, A. et al. O paciente informado e os saberes médicos: Um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 22, p. 1653–1671, 2015.

PEREIRA NETO, A. et al. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: O caso de sites de dengue. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1955–1968, 2017.

PEREIRA NETO, A. et al. Digital natives and health: An exploratory study with young brazilians of different socioeconomic profiles. In: PEREIRA NETO, A.; FLYNN, M. B. **The Internet and Health in Brazil: Trends and Challenges**, p. 113–140. Switzerland: Springer, 2019.

PEREIRA NETO, A.; BARBOSA, L.; MUCI, S. Internet, geração Y e saúde: um estudo nas comunidades de Manguinhos (RJ). **Comunicação & Informação**, v. 19, n. 1, p. 20, 2016.

PEREIRA NETO, A.; FLYNN, M. B. **The Internet and Health in Brazil: Trends and Challenges**. Switzerland: Springer, 2019.

PEREIRA NETO, A.; PAOLUCCI, R. Evaluation of the Quality of Health Information on the Internet: An Analysis of Brazillian Initiatives In: PEREIRA NETO, A.; FLYNN, M. B. **The Internet and Health in Brazil: Trends and Challenges**. Switzerland: Springer, 2019.

PERES, A. C. Deu na Internet! **Radis**, Rio de Janeiro, ed. 190, p. 12-21, jul. 2018.

PERES, P. et al. Literacia em Saúde no Brasil: estudo cienciométrico. **Enciclopédia Biosfera**, v. 14, n. 25, p. 1589–1599, 20 jun. 2017.

PERRY, K. What is Literacy? –A critical overview of sociocultural perspectives. **Journal of Language and Literacy Education**, v.8, n.1, p. 50-71. 2012.

PETRIČ, G.; ATANASOVA, S.; KAMIN, T. Impact of social processes in online health communities on patient empowerment in relationship with the physician: Emergence of functional and dysfunctional empowerment. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 3, p. 1–17, 2017.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995.

POWELL, J. et al. The characteristics and motivations of online health information seekers: Cross-sectional survey and qualitative interview study. **Journal of Medical Internet Research**, v.13, e. 20, 2011.

PRENSKY, M. Digital Natives, Digital Immigrants. **On the Horizon**, v.9, n.5, 2001.

PRIMO, A. O que há de social nas mídias sociais? Reflexões a partir da teoria ator-rede. **Contemporânea | Comunicação e Cultura**, v. 10, n. 3, p. 618–641, 2012.

QUEIROZ, I. S.; LACERDA, N. Do espaço urbano sob a égide do medo à cidade que medra: representações sociais e práticas cotidianas num ambiente marcado pelo medo da violência urbana. In: XI Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional - ANPUR, 2005, Salvador. Anais eletrônicos... Salvador: UFBA, 2005. **Mesa Redonda**. Disponível em: <<http://www.xienanpur.ufba.br/624.pdf>> Acesso em: 14 de mai. de 2020.

RAINIE, L.; DUGGAN, M. Privacy and Information Sharing. **Pew Research Center**, 14 de jan. de 2016. Disponível em: <<http://www.pewinternet.org/2016/01/14/2016/Privacy-and-Information-Sharing/>>. Acesso em: 14 de mar. de 2020.

RANGEL, M. **“Bom aluno”**: real ou ideal? O quadro teórico da representação social e suas contribuições à pesquisa. Petrópolis: Vozes, 1997.

RECUERO, R. Reputação, Popularidade e Autoridade em Redes Sociais na Internet. **Social Media**. 28 de out. 2008. Disponível em: <[www.raquelrecuero.com/arquivos/reputacao\\_popularidade\\_e\\_autoridade\\_em\\_redes\\_sociais\\_na\\_internet.html](http://www.raquelrecuero.com/arquivos/reputacao_popularidade_e_autoridade_em_redes_sociais_na_internet.html)>. Acesso em 15 de mai. de 2020.

RECUERO, R. O Capital Social em Rede: como as redes sociais na internet estão gerando novas formas de capital social. **Revista Contemporânea**, p. 597–617, 2012.

RECUERO, R.; ZAGO, G. A Economia do Retweet: Redes, Difusão de Informações e Capital Social no Twitter. **Revista Contracampo**, v. 1, n. 24, p. 19, 2012.

ROSA, T. M. **Ensaio Sobre Consumo**. Dissertação de Mestrado. Setor de Ciências Sociais Aplicadas - Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2015.

ROWLANDS, I.; NICHOLAS, D; HUNTINGTON, P. **The Information Behaviour of the Researcher of the Future**. British Library: JISC, 2007

SABOGA-NUNES, L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. **Revista de Enfermagem Referência**, v. Vol. Série, p. 94–99, 2014.

SABOGA-NUNES, L. et al. Literacia para a saúde: origens e implicações do conceito. In: **O Papel da Literacia para a Saúde e Educação para a Saúde na Promoção da Saúde** [e-book]. Curitiba: EDITORA CRV, 2019.

SANTAELLA, L.; LEMOS, R. **Redes Sociais Digitais**: a cognição conectiva do Twitter. 1. ed. São Paulo: Paulus Editora, 2010.

SAVOLAINEN, R. Role of the Internet in information seeking. Putting the networked services in context. **Information Processing and Management**, v. 35, n. 6, p. 765–782, 1999.

SAVOLAINEN, R. Source preferences in the context of seeking problem-specific information. **Information Processing and Management**, v. 44, n. 1, p. 274–293, 2008.

SAVOLAINEN, R. Expressing emotions in information sharing: A study of online discussion about immigration. **Information Research**, v. 20, n. 1, p. 1–13, 2015.

SCOLARI, C. **Hipermediacones**: Elementos para una Teoría de la Comunicacion Digital Interactiva. Barcelona: Gedisa Editorial, 2008.

SEÇKIN, G. et al. Being an informed consumer of health information and assessment of electronic health literacy in a national sample of internet users: Validity and reliability of the e-HLS instrument. **Journal of Medical Internet Research**, v. 18, n. 7, 2016.

SELDEN, C. R. et al. (orgs.). **Health literacy** [bibliography online]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; Fev. 2000. Disponível em < <https://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>>. Acesso em 16 de mar. de 2020.

SHAW, T. et al. What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 10, p. e324, 2017.

SHEG (Stanford History Education Group). **Evaluating information**: the cornerstone of civic online reasoning, 2016. Disponível em: < <https://stacks.stanford.edu/file/druid:fv751yt5934/SHEG%20Evaluating%20Information%20Online.pdf>>. Acesso em 15 de mai. de 2020.

SILVA FILHO, R. da C.; SILVA, L. M.; LUCE, B. Impacto da pós-verdade em fontes de informação para a saúde. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, São Paulo, v. 13, p. 271-287, dez. 2017. Disponível em: <<https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/892>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

SILVA, I. M. et al. Automedicação na adolescência: Um desafio para a educação em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, p. 1651–1660, 2011.

SILVA, L. A. da. O uso do rébus na aprendizagem do ensino médio no ensino do e/le: uma ferramenta da tradução. **Ecos de Linguagem**, v. n. 4, p. 135–148, 2014.

SILVA, P.R.V.; CASTIEL, L.D.; GRIEP, R.H. A sociedade de risco midiaticizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.607-616, fev. 2015.

SILVER, L.; HUANG, C. Social activities, information seeking on subjects like health and education top the list of mobile activities. **Pew Research Center** – Internet & Technology, 22 de ago. de 2019. Disponível em: <<https://www.pewresearch.org/internet/2019/08/22/social-activities-information-seeking-on-subjects-like-health-and-education-top-the-list-of-mobile-activities/>>. Acesso em: 09 de mai. de 2020

SIMONDS, S. K. Health Education as Social Policy. **Health Education Monographs**, v. 2, n. 1\_suppl, p. 1–10, 27 mar. 1974. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/>>

doi/10.1177/10901981740020S102>.

SOARES, I. de O. Educomunicação: um campo de mediações. In: CITELLI, A. O.; COSTA, M. C. C. **Educomunicação: construindo uma nova área de conhecimento**. p.13-29. São Paulo: Paulinas, 2011.

SOELLNER, R.; HUBER, S.; REDER, M. The Concept of eHealth Literacy and Its Measurement. **Journal of Media Psychology**, v. 26, n. 1, p. 29–38, 1 jan. 2014.

SORJ, B.; GUEDES, L. E. Exclusão digital: problemas conceituais, evidências empíricas e políticas públicas. **Novos Estudos - CEBRAP**, n. 72, p. 101–117, 2005.

STECKELBERG, A. et al. Ebm@school - A curriculum of critical health literacy for secondary school students: Results of a pilot study. **International Journal of Public Health**, v. 54, n. 3, p. 158–165, 2009.

STELLEFSON, M. et al. Reliability and Validity of the Telephone-Based eHealth Literacy Scale Among Older Adults: Cross-Sectional Survey. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 10, p. e362, 2017.

SUDBURY-RILEY, L.; FITZPATRICK, M.; SCHULZ, P. J. Exploring the measurement properties of the eHealth literacy scale (*eHEALS*) among baby boomers: A multinational test of measurement invariance. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 2, 2017.

TANDOC, E.; LIM, Z.W.; LING, R. Defining “fake news”. **Digital Journalism**, v.6, n.2, p.137–153, 2018.

TELLES, A. **A revolução das mídias sociais: cases, conceitos, dicas e ferramentas**. Ed M. Books, 2011.

TENNANT, B. et al. eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. **Journal of Medical Internet Research**, v. 17, n. 3, p. 1–16, 2015.

TOFFLER, A. **A Terceira Onda**. 25<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Redcor, 1980.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009.

U.S. United States of America. Public Law 102-73, **the National Literacy Act of 1991**. H. R. 751. July 25, 1991. Disponível em: <<https://www.govtrack.us/congress/bills/102/hr751/text>>. Acesso em 17 de mar. de 2020.

UNCTAD – United Nations Conference on Trade and Development. **Information Economy Report: digitalization, trade and development**. Geneva: United Nations, 2017.

UNESCO. **Declaração de Grüwald**. Simpósio Internacional sobre Educação para os Media da UNESCO. Grünwald, Alemanha, 1982.

UNESCO. **Global Media and Information Literacy Assessment Framework: Country Readiness and Competencies**. Paris: UNESCO, 2013a.

VAN DER 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**, v. 13, n. 4, 2011.

VAN DER VAART, R.; DROSSAERT, C. Development of the digital health literacy instrument: Measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 1, p. 1–13, 2017.

VIJAYKUMAR, S.; JIN, Y.; PAGLIARI, C. Desafios da comunicação de surtos epidêmicos quando a desinformação se espalha nas redes sociais. **Reciis**, v.13, n.1, mar. 2019.

VOSOUGHI, S.; ROY, D.; ARAL, S. The spread of true and false news online. **Science**. v.359, p.1146-1151, 2018.

WARDLE, C.; DERAKHSAHN, H. **Information Disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policymaking**. Council of Europe, 2017.

WEISBORD, S. D.; SOULE, J. B.; KIMMEL, P. L. Poison on Line — Acute Renal Failure Caused by Oil of Wormwood Purchased through the Internet. **The New England Journal of Medicine**; v.337, n.12, p. 825-827, 1997.

WHEALIN, J. M. et al. How veterans with post-traumatic stress disorder and comorbid health conditions utilize eHealth to manage their health care needs: A mixed-methods analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 18, n. 10, 2016.

XESFINGI, S.; VOZIKIS, A. eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors. **Interactive Journal of Medical Research**, v. 5, n. 2, p. e16, 2016.

YAZAN, B. Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake. **Meta: Avaliação**, v. 8, n. 22, p. 149–182, 2016.

ZATTAR, M. Competência em informação e desinformação: critérios de avaliação do conteúdo das fontes de informação. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.285-293, nov. 2017.

ZRUBKA, Z. et al. Psychometric properties of the Hungarian version of the eHealth Literacy Scale. **European Journal of Health Economics**, v. 20, n. s1, p. 57–69, 2019.



## APÊNDICE A – Busca Bibliográfica 1

**Local:** Portal Brasileiro de Publicações Científicas em Acesso Aberto (<http://oasisbr.ibict.br/>)

**Critério:** termos *ehealth* e *literacy* / qualquer combinação

**Data:** 15/05/2020

**Resultados:** 1 trabalho brasileiro e 10 trabalho portugueses

RESULTADO NO BRASIL (n=1)	
<b>TÍTULO</b>	O design da informação em ambientes digitais eHealth: aspectos socioculturais e cognitivos
<b>AUTOR</b>	Landim, Laís Alpi
<b>TIPO</b>	Dissertação
<b>ANO</b>	2019
<b>INSTITUIÇÃO</b>	Universidade Estadual Paulista (UNESP)
<b>OBJETIVO</b>	O objetivo geral é investigar os aspectos de Design da Informação que devem ser considerados no projeto e concepção de ambientes informacionais digitais de saúde, levando em consideração as características sociais e culturais das comunidades a quem se destinam
<b>LINK</b>	<a href="https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciadaInformacao/Dissertacoes/landim_la_me_mar.pdf">https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciadaInformacao/Dissertacoes/landim_la_me_mar.pdf</a>

RESULTADOS EM PORTUGAL (n=10)					
TÍTULO	AUTOR(ES)	TIPO	ANO	INSTITUIÇÃO	LINK
<i>The feasibility of implementing virtual clinics as follow-up of secondary prevention therapy post acute myocardial infarction</i>	Rijo, Vanessa Fonseca	Dissertação	2019	Instituto Universitário Egas Moniz, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10400.26/30712">http://hdl.handle.net/10400.26/30712</a>
Uma análise dos fatores que condicionam a adoção de <i>Mobile Health (mHealth)</i>	Martins, Nayra Leandro Miguel	Tese	2019	Universidade da Beira Anterior, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10400.6/6972">http://hdl.handle.net/10400.6/6972</a>
As fontes de informação e as perceções sobre uma alimentação saudável numa amostra da comunidade universitária	Ana Cristina Ferrão, Raquel P. F. Guiné, Paula Correia, Manuela Ferreira, Ana Paula Cardoso	Artigo	2018	CIED - Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais, Portugal	<a href="https://ojs.eseix.ipl.pt/index.php/invep/article/view/157">https://ojs.eseix.ipl.pt/index.php/invep/article/view/157</a>

Literacia em saúde na adolescência e o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis	Rolim, Maria Luísa	Dissertação	2017	Instituto Piaget/Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10400.26/29453">http://hdl.handle.net/10400.26/29453</a>
<i>Health education &amp; e_health literacy</i>	Sánchez, Susana, Calderón, Manuel, Vallejo, Jose R., Franco-Reynolds, Lourdes	Artigo de Conferência	2017	Instituto Politécnico de Leiria, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10400.8/2780">http://hdl.handle.net/10400.8/2780</a>
NUTRIAGEING: combining science, cooking and agriculture	Silva, M.S. Ferreira, A. Sousa, L. Costa, H.S. Albuquerque, T.G. Silva, M.A. Sanches-Silva, A. Martins, A. Turkman, A. Turkman, F. Antunes, M. Rauter, A.P.	Artigo de Conferência	2015	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10400.18/3585">http://hdl.handle.net/10400.18/3585</a>
<i>Analysis of the psychometric properties of the portuguese version of an eHealth literacy assessment tool</i>	Tomás, Catarina Queirós, Paulo Ferreira, Teresa	Artigo	2014	Instituto Politécnico de Leiria, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10400.8/3512">http://hdl.handle.net/10400.8/3512</a>
eHealth e a adoção da inovação em <i>assisted living technologies</i> : o caso das demências	Ribeiro, Óscar da Costa	Dissertação	2014	Universidade Nova de Lisboa, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10362/14501">http://hdl.handle.net/10362/14501</a>
Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de	Catarina Cardoso Tomás; Paulo Joaquim Pina Queirós; Teresa de Jesus	Artigo	2014	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde	<a href="http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0874">http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0874</a>

avaliação de e-Literacia em Saúde	Rodrigues Ferreira			- Enfermagem, Portugal	<a href="https://hdl.handle.net/10362/9898">02832014000200003</a>
<i>Web-assisted tobacco intervention in Portuguese : intentions to make behavioural changes and behavioural changes</i>	Nunes, Luís Saboga	Tese	2011	Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal	<a href="http://hdl.handle.net/10362/9898">http://hdl.handle.net/10362/9898</a>

## APÊNDICE B – Busca Bibliográfica 2

**Local:** Portal Brasileiro de Publicações Científicas em Acesso Aberto (<http://oasisbr.ibict.br/>)

**Critério:** termos “literacia” e “digital” e “saúde” / qualquer combinação

**Data:** 15/05/2020

**Resultados no Brasil:** 11 trabalhos

<b>RESULTADOS NO BRASIL (n=11)</b>					
<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR(ES)</b>	<b>TIPO</b>	<b>ANO</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>LINK</b>
<i>Science teaching in early childhood education: a systematic review of teaching journals, theses and dissertations</i>	Julio Cesar Souza da Silva, Lucken Bueno Lucas, Daniel Trevisan Sanzovo	Artigo	2020	Universidade Estadual do Norte do Paraná	<a href="http://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/3142">http://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/3142</a>
O design da informação em ambientes digitais eHealth: aspectos socioculturais e cognitivos	Landim, Laís Alpi	Dissertação	2019	Universidade Estadual Paulista (UNESP)	<a href="https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciadaInformacao/Dissertacoes/landim_lame_marpdf">https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciadaInformacao/Dissertacoes/landim_lame_marpdf</a>
Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização	Lima, Verineida Sousa Lima, Verilanda Sousa Vale, Tainá Macedo do Pisa, Ivan Torres	Artigo	2018	Universidade Federal do Ceará (UFC)	<a href="http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/37879">http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/37879</a>
O ensino de temas relacionados à saúde em um espaço escolar : analisando a sua abordagem a partir de documentos oficiais da educação, de documentos escolares e do componente	Jesus, Rhenan Ferraz de	Dissertação	2018	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Instituto de Ciências Básicas da Saúde	<a href="http://hdl.handle.net/10183/173622">http://hdl.handle.net/10183/173622</a>

curricular de biologia					
Uso criativo das tecnologias da informação e comunicação na educação superior: atuação de professores e percepção de estudantes	Rezende, Daniela Vilarinho	Tese	2017	Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde	<a href="http://repositorio.unb.br/handle/10482/23479">http://repositorio.unb.br/handle/10482/23479</a>
Uma medida saudável : uma abordagem de educação estatística no Ensino Médio associada à área da saúde	Haubert, Marcelo Calixtro	Dissertação	2017	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – (UFRGS) Instituto de Matemática E Estatística	<a href="http://hdl.handle.net/10183/163954">http://hdl.handle.net/10183/163954</a>
Eventos de múltiplos letramentos e doença de alzheimer: estudo de caso	Zappelini, Cynthia Colombi	Trabalho de Conclusão de Curso	2016	Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Fonoaudiologia.	<a href="https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/19691">https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/19691</a>
Leitura em dispositivos móveis digitais na formação inicial de professores	BERNARDO, Julio Cesar Oliveira	Dissertação	2015	Universidade Federal do Triângulo Mineiro Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais – IELACHS - Letras	<a href="http://bdt.d.uftm.edu.br/handle/tede/464">http://bdt.d.uftm.edu.br/handle/tede/464</a>
Análise dos níveis de letramento de ingressantes e concluintes do ensino superior: estudo de caso	Lustosa, Sandra Silva	Tese	2014	Universidade Tuiuti do Paraná	<a href="http://tede.utp.br:8080/jspui/handle/tede/1503">http://tede.utp.br:8080/jspui/handle/tede/1503</a>
Ensino de bioquímica no curso de nutrição em uma instituição de ensino superior da rede particular:	Andreza Costa Scatigno	Tese	2011	Universidade de São Paulo (USP)	<a href="http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/46/46131/tede-12042011-112743/">http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/46/46131/tede-12042011-112743/</a>

diagnósticos e intervenções					
<i>Digital Inclusion As The Practice Of Everyday Life</i> [Inclusão Digital Como Invenção do Quotidiano: Um Estudo De Caso]	El Khouri Buzato, M.	Artigo	2008	Unicamp	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-55349127858&amp;origin=inward&amp;txGid=7ab1aee810f1c8170de87512e70360f2">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-55349127858&amp;origin=inward&amp;txGid=7ab1aee810f1c8170de87512e70360f2</a>

### APÊNDICE C – Busca Bibliográfica 3

**Local:** Portal Brasileiro de Publicações Científicas em Acesso Aberto (<http://oasisbr.ibict.br/>)

**Critério:** termo *eHEALS*

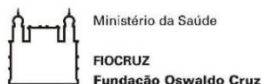
**Data:** 15/05/2020

**Resultados:** 5 trabalhos portugueses

RESULTADOS EM PORTUGAL (n=5)					
TÍTULO	AUTOR(A)	TIPO	ANO	INSTITUIÇÃO	LINK
A utilização da internet como fonte de informação na gravidez e puerpério	Marrafa, Sara Isabel Fialho	Dissertação	2017	Universidade de Évora	<a href="http://hdl.handle.net/10174/22635">http://hdl.handle.net/10174/22635</a>
Capacitação em suporte básico de vida: relação com e-literacia em saúde	Carvalho, Rui Miguel Barros Cunha	Dissertação	2017	Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real	<a href="http://hdl.handle.net/10348/7561">http://hdl.handle.net/10348/7561</a>
Literacia em saúde na adolescência e o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis	Rolim, Maria Luísa	Dissertação	2017	Instituto Piaget - Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada	<a href="http://hdl.handle.net/10400.26/29453">http://hdl.handle.net/10400.26/29453</a>
Literacia na Gravidez: Utilização da internet como fonte de informação	Ferreira, Sara Raquel Rebola	Dissertação	2014	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	<a href="http://repositorio.esenfc.pt/?url=iUPhn36c">http://repositorio.esenfc.pt/?url=iUPhn36c</a>
Literacia em ehealth dos portugueses: estudo exploratório	Cruz, Dídía Miranda	Dissertação	2013	Universidade da Beira Interior - Ciências Sociais e Humanas	<a href="http://hdl.handle.net/10400.6/2942">http://hdl.handle.net/10400.6/2942</a>

## APÊNDICE D – Questionário de Pesquisa (p.1)

1



### PESQUISA DE MESTRADO

**TÍTULO:** *eHEALTH LITERACY* ENTRE JOVENS: o papel das condições socioeconômicas no uso da informação sobre saúde na internet

**MESTRANDA:** Nicole Fajardo M. Leão de Souza

**PROFESSOR ORIENTADOR:** André Pereira Neto

### QUESTIONÁRIO

COLÉGIO: ( ) ESTADUAL PROF. CLÓVIS MONTEIRO ( ) COLÉGIO Qi

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PARTE A – INFORMAÇÕES PESSOAIS

#### BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO

1.1 IDADE:

( ) 13 anos ( ) 14 anos ( ) 15 anos ( ) 16 anos ( ) 17 anos ( ) 18 anos ou mais

1.2 GÊNERO:

( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outro ( ) Prefiro não declarar

#### BLOCO 2: INFORMAÇÕES SÓCIOECONÔMICAS E FAMILIARES

2.1 QUAL É, APROXIMADAMENTE, A RENDA MENSAL DA SUA FAMÍLIA? **(Faça uma estimativa considerando a soma da renda daqueles que moram com você e contribuem para o sustento do lar onde você mora a maior parte do tempo)**

- ( ) Até R\$ 2.000  
 ( ) De R\$ 2.001 a R\$ 4.000  
 ( ) De R\$ 4.001 a R\$ 10.000  
 ( ) De R\$ 10.001 a R\$ 20.000  
 ( ) Acima de R\$ 20.001  
 ( ) Não sei informar

2.2 QUANTAS PESSOAS, CONTANDO COM VOCÊ, SÃO SUSTENTADAS PELA RENDA DA FAMÍLIA MENCIONADA ACIMA?

- ( ) Apenas eu  
 ( ) Duas a três pessoas  
 ( ) Quatro a cinco pessoas  
 ( ) Seis ou mais pessoas



## APÊNDICE D – Questionário de Pesquisa (p.2)

2

<p><b>2.3 ONDE VOCÊ FEZ SEUS ESTUDOS DO ENSINO FUNDAMENTAL?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Só em escola pública</p> <p><input type="checkbox"/> Só em escola particular</p> <p><input type="checkbox"/> Só em escola particular, com bolsa (integral ou parcial)</p> <p><input type="checkbox"/> Maior parte em escola pública</p> <p><input type="checkbox"/> Maior parte em escola particular</p> <p><input type="checkbox"/> Maior parte em escola particular, com bolsa (integral ou parcial)</p>																											
<p><b>2.4 QUAIS CARACTERÍSTICAS ABAIXO CORRESPONDEM À SUA CASA? (Considere o lar onde você mora a maior parte do tempo)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">Sim</th> <th style="width: 15%;">Não</th> <th style="width: 10%;">Não sei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minha casa é própria, pertence à minha família (não é alugada)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Minha casa fica em uma rua asfaltada</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Na minha rua há coleta de lixo regular</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Minha casa está ligada à rede de esgoto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Minha família tem carro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Sim	Não	Não sei	Minha casa é própria, pertence à minha família (não é alugada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minha casa fica em uma rua asfaltada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na minha rua há coleta de lixo regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minha casa está ligada à rede de esgoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minha família tem carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim	Não	Não sei																								
Minha casa é própria, pertence à minha família (não é alugada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Minha casa fica em uma rua asfaltada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Na minha rua há coleta de lixo regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Minha casa está ligada à rede de esgoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Minha família tem carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p><b>2.5 QUAIS DOS CURSOS ABAIXO VOCÊ FREQUENTA ATUALMENTE FORA DA ESCOLA? (Pode marcar mais de uma resposta)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Curso de língua estrangeira</p> <p><input type="checkbox"/> Curso de computação ou informática</p> <p><input type="checkbox"/> Curso de música ou instrumento musical</p> <p><input type="checkbox"/> Curso ou escolinha de esporte e/ou dança</p> <p><input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não faço curso fora da escola</p>																											

<b>BLOCO 3: ACESSO E USO DA INTERNET</b>
<p><b>3.1 COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ ACESSA A INTERNET?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez por mês</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez por dia</p> <p><input type="checkbox"/> Várias vezes por dia</p> <p><i>Se você respondeu "Nunca", pule as perguntas 3.2 a 3.4</i></p>
<p><b>3.2 QUAL EQUIPAMENTO VOCÊ <u>MAIS UTILIZA</u> PARA ACESSAR A INTERNET? (Marque apenas uma opção)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Computador de mesa</p> <p><input type="checkbox"/> Computador portátil/notebook</p> <p><input type="checkbox"/> Tablet</p> <p><input type="checkbox"/> Telefone Celular/Smartphone</p>

## APÊNDICE D – Questionário de Pesquisa (p.3)

3

<p>3.3 QUE TIPO DE CONEXÃO VOCÊ <u>MAIS UTILIZA</u> PARA ACESSAR A INTERNET?</p> <p>( ) Pacote 3G/4G pós-pago          ( ) Créditos pré-pagos          ( ) Uso redes sem fio (wi-fi) particular          ( ) Uso redes sem fio (wi-fi) compartilhadas (por exemplo, na escola ou com vizinhos)</p>																																																											
<p>3.4 COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ ACESSA AS TECNOLOGIAS DIGITAIS ABAIXO, EM MÉDIA?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Nunca</th> <th style="width: 15%;">Uma vez por mês</th> <th style="width: 15%;">Uma vez por semana</th> <th style="width: 15%;">Uma vez por dia</th> <th style="width: 15%;">Várias vezes ao dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Whatsapp</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>Facebook</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>Youtube</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>Instagram</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>Twitter</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>E-mail</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>Google</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>Sites de notícias</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>							Nunca	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Uma vez por dia	Várias vezes ao dia	Whatsapp	( )	( )	( )	( )	( )	Facebook	( )	( )	( )	( )	( )	Youtube	( )	( )	( )	( )	( )	Instagram	( )	( )	( )	( )	( )	Twitter	( )	( )	( )	( )	( )	E-mail	( )	( )	( )	( )	( )	Google	( )	( )	( )	( )	( )	Sites de notícias	( )	( )	( )	( )	( )
	Nunca	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Uma vez por dia	Várias vezes ao dia																																																						
Whatsapp	( )	( )	( )	( )	( )																																																						
Facebook	( )	( )	( )	( )	( )																																																						
Youtube	( )	( )	( )	( )	( )																																																						
Instagram	( )	( )	( )	( )	( )																																																						
Twitter	( )	( )	( )	( )	( )																																																						
E-mail	( )	( )	( )	( )	( )																																																						
Google	( )	( )	( )	( )	( )																																																						
Sites de notícias	( )	( )	( )	( )	( )																																																						

### BLOCO 4: INTERNET E SAÚDE

4.1 IMAGINE A SEGUINTE SITUAÇÃO: VOCÊ ACORDA COM DOR DE CABEÇA E MANCHAS PELO CORPO. QUAL ATITUDE VOCÊ TOMA EM PRIMEIRO LUGAR?

- ( ) Procuo um médico ou uma unidade de saúde  
 ( ) Busco informações com familiares e amigos  
 ( ) Vou até a farmácia e peço ajuda ao atendente  
 ( ) Busco informações na Internet  
 ( ) Não faço nada

4.2 ONDE VOCÊ MAIS BUSCA INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE NA INTERNET? **(Marque apenas uma opção)**

- ( ) Whatsapp            ( ) Blogs  
 ( ) Facebook            ( ) Google  
 ( ) Youtube            ( ) Sites do governo  
 ( ) Instagram            ( ) Outros sites sobre saúde  
 ( ) Twitter            ( ) Não busco

4.3 NA SUA OPINIÃO, ONDE ESTÃO AS INFORMAÇÕES MAIS CONFIÁVEIS SOBRE SAÚDE NA INTERNET? **(Marque apenas uma opção)**

- ( ) Whatsapp            ( ) Blogs  
 ( ) Facebook            ( ) Google  
 ( ) Youtube            ( ) Sites do governo  
 ( ) Instagram            ( ) Outros sites sobre saúde  
 ( ) Twitter            ( ) Não sei

## APÊNDICE D – Questionário de Pesquisa (p.4)

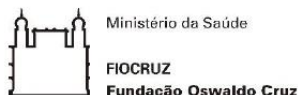
4

### PARTE B – HABILIDADES DIGITAIS EM SAÚDE

**Gostaria de pedir sua opinião e perguntar sobre a sua experiência usando a Internet para obter informações sobre saúde. Para cada afirmação, diga qual resposta reflete melhor a sua opinião e sua experiência *neste momento*.**

<p>B.1 EU SEI <b>QUAIS SÃO</b> AS FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE DISPONÍVEIS NA INTERNET.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>
<p>B.2 EU SEI <b>ONDE</b> ENCONTRAR AS FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE ÚTEIS NA INTERNET.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>
<p>B.3 EU SEI <b>COMO</b> ENCONTRAR AS FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE ÚTEIS NA INTERNET.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>
<p>B.4 EU SEI <b>COMO USAR</b> A INTERNET PARA RESPONDER OS MEUS PROBLEMAS DE SAÚDE.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>
<p>B.5 EU SEI COMO USAR AS <b>INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE</b> QUE ENCONTRO NA INTERNET PARA ME AJUDAR.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>
<p>B.6 EU TENHO AS HABILIDADES QUE PRECISO PARA <b>AVALIAR</b> AS FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE QUE ENCONTRO NA INTERNET.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>
<p>B.7 EU POSSO DIFERENCIAR AS FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE DE <b>ALTA QUALIDADE</b> E AS DE <b>BAIXA QUALIDADE</b> NA INTERNET.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>
<p>B.8 EU ME SINTO <b>SEGURO</b> EM USAR INFORMAÇÕES DA INTERNET PARA TOMAR DECISÕES DE SAÚDE.</p> <p>( ) Discordo totalmente            ( ) Discordo            ( ) Não tenho certeza            ( ) Concordo            ( ) Concordo totalmente</p>

## ANEXO 1 - Registro de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido (RCALE)



### REGISTRO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a). \_\_\_\_\_

Gostaria de obter o seu consentimento para o/a menor \_\_\_\_\_ participar da pesquisa “***eHEALTH LITERACY ENTRE JOVENS BRASILEIROS: o impacto das condições socioeconômicas no uso da informação sobre saúde disponível na internet***”. O estudo está sendo desenvolvido no âmbito do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) por mim, Nicole Fajardo M. Leão de Souza, sob orientação do Prof. Dr. André Pereira Neto.

Trata-se de uma investigação sobre a capacidade de buscar, entender e utilizar as informações sobre saúde disponíveis na Internet. O objetivo é avaliar o nível dessas habilidades (literacia digital na saúde ou *eHealth literacy*) entre os jovens brasileiros, a partir de um estudo de caso com estudantes do 1º ano do Ensino Médio do Colégio Estadual Professor Clovis Monteiro e do Colégio Qi, ambos no Rio de Janeiro (RJ). A finalidade é levantar informações essenciais que ajudem no combate à desinformação e às *fake news*, que podem levar o cidadão a tomar decisões prejudiciais à saúde, além de fornecer dados para apoiar estratégias relacionadas ao consumo pouco crítico das informações sobre saúde que circulam nas mídias digitais – o que poderá beneficiar toda a sociedade.

A participação nesta pesquisa é voluntária e não remunerada e consiste em preencher à mão, no papel, dois questionários com questões fechadas: um com informações socioeconômicas (por exemplo: idade, estado civil, cor da pele, renda familiar), e outro sobre as habilidades para diferenciar e compreender a informação em saúde disponível na internet (a versão em português da *eHealth Literacy Scale – eHEALS*). O/a participante também poderá ser convidado a participar de um grupo focal (grupo de debates sobre este tema), que reunirá cerca de 10 estudantes do mesmo colégio e será gravado em áudio e/ou vídeo, para que não se percam detalhes. Não há nenhuma despesa decorrente da participação, mas, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, será devidamente ressarcida.

Trata-se de uma pesquisa que oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que envolve apenas o preenchimento de questionários que não abordam questões sensíveis ou íntimas. Entre os possíveis incômodos, está o tempo gasto e algum constrangimento, aborrecimento ou cansaço ao responder aos questionários ou ao participar do grupo focal. Para minimizar esses possíveis riscos e evitar desconfortos, o grupo focal e o preenchimento dos questionários serão realizados no próprio colégio, local já familiar à rotina dos estudantes, em horário previamente combinado, da forma mais ágil possível. Os participantes terão o tempo que acharem conveniente para responder aos questionários (a duração média é de 10 minutos) e estarão sempre acompanhado/a pela pesquisadora, que estará atenta a qualquer sinal de desconforto e lhes prestará toda a assistência necessária. Todos poderão interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem penalização, e também poderão se recusar a responder a alguma pergunta dos questionários e/ou do grupo focal, caso sintam-se constrangidos/as.

A identidade dos participantes será mantida em sigilo durante todas as fases da pesquisa. A pesquisadora e o orientador da pesquisa serão os únicos a ter acesso aos dados. Eles tomarão todas as providências necessárias para manter a privacidade dos estudantes e para garantir a não violação e a integridade dos questionários respondidos. No entanto, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Caso ocorra algum dano ou prejuízo, moral ou material, decorrente dos riscos relacionados à participação nesta pesquisa, o/a participante terá direito à assistência psicológica e à indenização.

## ANEXO 1 - Registro de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido (RCALE)

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e, neste caso, mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar a identidade dos participantes. Estes terão acesso garantido a este documento e aos resultados da pesquisa sempre que solicitarem.

Em qualquer momento, você poderá esclarecer dúvidas e obter informações sobre os procedimentos entrando em contato com a pesquisadora pelo telefone (21) 99909-2090 ou pelo e-mail nicole.leao@fiocruz.br. Também posso ser encontrada no endereço Av. Brasil, 4365/ Canal Saúde - Manginhos, Rio de Janeiro (RJ).

Esta pesquisa está registrada sob o número CAAE 16798819.1.0000.5241 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz - órgão que zela pelo respeito e proteção à dignidade e autonomia dos participantes das pesquisas, em sua dimensão física, moral e social.

---

Assinatura da pesquisadora responsável  
Nicole Fajardo Maranhã Leão de Souza

Considerando que fui informado/a dos objetivos e da relevância do estudo proposto, das formas de participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, sinto-me esclarecido/a e declaro o meu consentimento para que o(a) menor citado acima - do(a) qual sou responsável ou representante legal – participe desta pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Estou ciente de que receberei uma via deste documento.

Rio de Janeiro (RJ), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

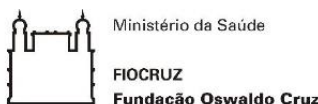
Assinatura do(a) Responsável ou Representante Legal  
RG:

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu assentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e publicações científicas. Estou ciente de que, por ser menor de idade e, portanto, incluir-me em situação de vulnerabilidade, meu/minha responsável legal também deverá consentir minha participação.

---

Assinatura do(a) participante  
RG:

## ANEXO 2 - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)



### REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

---

Gostaria de convidá-lo/a a participar da pesquisa “**Literacia das Mídias Digitais na Saúde: uma avaliação com jovens de Mangunhos**”. O estudo está sendo desenvolvido dentro do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) por mim, Nicole Fajardo M. Leão de Souza, sob orientação do professor Dr. André Pereira Neto.

Trata-se de uma investigação sobre a capacidade de buscar, entender e utilizar as informações sobre saúde disponíveis na Internet. O objetivo é avaliar o nível dessas habilidades (literacia digital na saúde ou *eHealth literacy*) entre os jovens brasileiros, a partir de um estudo de caso com estudantes do Ensino Médio do Colégio Estadual Professor Clovis Monteiro, na comunidade de Mangunhos, no Rio de Janeiro (RJ). A finalidade é levantar informações essenciais que ajudem no combate à desinformação e às *fake news*, que podem levar o cidadão a tomar decisões prejudiciais à saúde, além de fornecer dados para apoiar estratégias relacionadas ao consumo pouco crítico das informações sobre saúde que circulam nas mídias digitais – o que poderá beneficiar toda a sociedade.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não remunerada e consiste em preencher à mão, no papel, dois questionários com questões fechadas: um com informações socioeconômicas (por exemplo: idade, estado civil, cor da pele, renda familiar), e outro sobre suas habilidades para diferenciar e compreender a informação em saúde disponível na internet (a versão em português da *eHealth Literacy Scale* – eHEALS). Você não terá nenhuma despesa decorrente da sua participação. Mas, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido/a.

Trata-se de uma pesquisa que oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que envolve apenas o preenchimento de questionários que não abordam questões sensíveis ou íntimas. Entre os possíveis incômodos, está o tempo gasto e algum constrangimento, aborrecimento ou cansaço ao responder aos questionários. Para minimizar esses possíveis riscos e evitar desconfortos, a aplicação do questionário será planejada com cautela: o preenchimento será realizado no próprio colégio, local já familiar à sua rotina, em horário previamente combinado com você, da forma mais ágil possível. Você terá o tempo que achar conveniente para responder (a duração média é de 10 minutos) e estará sempre acompanhado/a pela pesquisadora, que estará atenta a qualquer sinal de desconforto e lhe prestará toda a assistência necessária. Você pode interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem penalização, e também pode se recusar a responder a alguma pergunta dos questionários caso se sinta constrangido/a.

Sua identidade será mantida em sigilo durante todas as fases da pesquisa. A pesquisadora e o orientador da pesquisa serão os únicos a ter acesso aos dados. Eles tomarão todas as providências necessárias para manter sua privacidade - inclusive no momento do preenchimento – e para garantir a não violação e a integridade dos questionários respondidos. No entanto, sempre existe a remota

## ANEXO 2 - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)

possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Caso ocorra algum dano ou prejuízo, moral ou material, decorrente dos riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa, você terá direito à assistência psicológica e à indenização.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e, neste caso, mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar sua identidade. Você terá acesso garantido a este documento e aos resultados da pesquisa sempre que solicitar.

Em qualquer momento, você poderá esclarecer dúvidas e obter informações sobre os procedimentos entrando em contato com a pesquisadora pelo telefone (21) 99909-2090 ou pelo e-mail [nicole.leao@fiocruz.br](mailto:nicole.leao@fiocruz.br). Também posso ser encontrada no endereço Av. Brasil, 4365/ Canal Saúde - Manginhos, Rio de Janeiro (RJ).

Esta pesquisa está registrada sob o número CAAE XXXXXXXXXXXX e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz - órgão que zela pelo respeito e proteção à dignidade e autonomia dos participantes das pesquisas, em sua dimensão física, moral e social.

---

Assinatura da pesquisadora responsável  
Nicole Fajardo Maranhã Leão de Souza

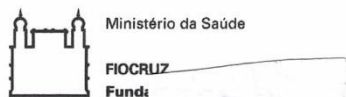
Ciente de que tenho plena liberdade para decidir sobre minha participação nesta pesquisa, e considerando que fui informado/a dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, sinto-me esclarecido/a e declaro, por livre e espontânea vontade, o meu consentimento em participar desta pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e publicações científicas. Estou ciente de que receberei uma via deste Registro de Consentimento Livre e Esclarecido.

Rio de Janeiro (RJ), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) Participante  
RG:

## ANEXO 3 – Declaração de Anuência (Colégio Estadual Prof. Clóvis Monteiro)



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

**Prezada Sra. Thais de Melo Moreira, diretora do Colégio Estadual Professor Clóvis Monteiro (CEPCM)**

Venho por meio deste solicitar a autorização deste colégio para realização da pesquisa intitulada "Literacia das Mídias Digitais na Saúde: uma avaliação com jovens de Manginhos", sob minha responsabilidade.

A pesquisa, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tem como objetivo analisar o nível de literacia digital em saúde de jovens em condição de vulnerabilidade social, e prevê a realização da seguinte etapa metodológica no âmbito desta instituição: aplicação do questionário *The eHealth Literacy Scale* (eHEALS) em estudantes do Ensino Médio do CEPCM que aceitem, de forma voluntária, participar desta pesquisa.

Informo também que o projeto de pesquisa será avaliado pelo Comitê de Ética da EPSJV/Fiocruz e que a pesquisa só será iniciada após a sua aprovação por este comitê.

**Nicole Fajardo M. Leão de Souza**  
Pesquisadora Responsável

Declaro estar de acordo com a realização da pesquisa no âmbito desta instituição, desde que aprovada pelo comitê de ética.

Rio de Janeiro, 1º / 07 / 2019

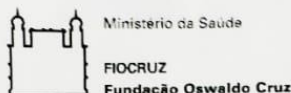
*Thais de Melo Moreira*  
Diretora Geral  
Mat.: 0917804-7 - ID: 4209227-2  
C. E. Prof. Clóvis Monteiro

**Thais de Melo Moreira**

Responsável legal pelo Colégio Estadual Prof. Clóvis Monteiro



## ANEXO 4 – Declaração de Anuência (Colégio Qi/ Tijuca)



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Prezado Senhor Paulo Emilio Bouzan,  
Diretor do Colégio Qi.

Venho por meio deste solicitar a autorização do senhor para realização, nesta instituição de ensino, da pesquisa intitulada “*eHealth Literacy* entre jovens: o papel das condições socioeconômicas no uso da informação sobre saúde na internet”, sob minha responsabilidade.

A pesquisa, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tem como objetivo analisar o nível de literacia digital em saúde entre jovens, sob a ótica das diferentes condições socioeconômicas, e prevê a realização de duas etapas metodológicas no âmbito desta instituição, a saber: realização de um grupo focal com cerca de 10 estudantes e aplicação de um questionário em cerca de 100 estudantes do 1º ano do Ensino Médio do Colégio Qi que aceitem, de forma voluntária, participar desta pesquisa, com o consentimento dos responsáveis.

Informo também que o projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz (CAAE 16798819.1.0000.5241).

**Nicole Fajardo M. Leão de Souza**  
Pesquisadora Responsável

Declaro estar de acordo com a realização da pesquisa no âmbito desta instituição.

Rio de Janeiro, 14 / 11 / 2019

**Paulo Emilio Bouzan**  
Responsável legal pelo Colégio Qi

**ANEXO 5 – Grupo Focal/ Dinâmica Áudio Sobre *Fake News* em Saúde**  
**Áudio da Cebola – Transcrição Completa**

*Voz de mulher:* “Há um tempo atrás, eu fiquei sabendo que cebola quando a gente corta e não utiliza e coloca na geladeira é VENENO! Eu passei isso para um monte de gente. Mas eu não sabia explicar por que era veneno. E também nem ninguém prestou atenção em mim. Porque o povo assim sabe, o povo quer mais é ficar doente... Quer mais é ficar na fila do SUS... Não sabe por que vai num restaurante, acaba de comer e dá disenteria. Eles não sabem nada! Também nem querem saber! Só que hoje eu recebi um artigo MARAVILHOSO e ao invés de passar a mensagem, eu vou passar essa utilidade pública. Quem quer ouvir, ouve. Quem não quer... [faz um barulho de desdém com a boca] Quem quer compartilhar, pode. Quem não quer... [faz o mesmo barulho novamente] Entendeu? É MUITO perigoso! Preste muita atenção! Porque hoje eu descobri por que a cebola cortada e deixada num canto não pode ser reutilizada. Preste atenção! Cuidado com as cebolas! [parece que começa a ler] Em 1919, a gripe matou 40 milhões de pessoas. Um médico visitou os agricultores que tiveram o ataque e para ver se poderia ajudá-los a combater a gripe. Muitos dos agricultores e suas famílias, que haviam contraído a gripe, morreram. No entanto, o médico conheceu um fazendeiro cuja família era saudável e ninguém na casa pegou gripe. O médico perguntou ao agricultor o que ele estava fazendo, que era diferente dos outros? A esposa do fazendeiro respondeu que ela cortou uma cebola com casca em um prato e colocou em todos os cômodos de sua casa. O médico pensou: ‘o que poderia ter sido a cura?’ Então ele pediu uma das cebolas, achando que era da plantação diferente. Quando colocou sob microscópio, ele encontrou nela o VÍRUS da gripe. As cebolas, obviamente, absorveram todas as bactérias e, portanto, mantiveram a família saudável. Enviei essa história para um amigo no Oregon, que regularmente me dá material sobre a questão de saúde. Ele me respondeu com essa interessante experiência sobre as cebolas. Ele disse: ‘Obrigado pelo lembrete. Eu conheço a história do agricultor. NÃO [corrigindo] conheço a história do agricultor’. Mas sei que também tive pneumonia e fiquei muito doente. Do meu conhecimento anterior de cebolas, cortei as duas pontas de uma cebola e coloquei em um jarro vazio e o coloquei ao meu lado durante a noite. De manhã, comecei a me sentir melhor, Enquanto a cebola ficava PRETA.’ Muitas vezes, quando temos problemas de estômago não sabemos a que culpar. Talvez, as cebolas que comemos antes sejam as culpadas. Cebola absorve bactéria. E essa é a razão pela qual elas são tão boas em nos impedir de pegar gripes e resfriados. E por essa razão, não devemos comer uma cebola que esteja descansando por um tempo depois de cortada. Eu vou repetir [com ênfase]: não devemos comer uma cebola que esteja

descansando por um tempo depois de cortada. Restos de cebola são VENENOSOS. Quando uma intoxicação alimentar é relatada, a primeira coisa que as autoridades procuram é se a vítima comeu cebolas de onde vieram essas cebolas. Muito provavelmente as cebolas são a causa. As cebolas são enormes imãs para bactérias. Especialmente as cruas. NUNCA guarde uma porção de cebola em FATIAS por um período de tempo e depois use-a na preparação de alimentos. Eu vou repetir [com ênfase]: nunca guarde uma porção de cebola em fatias por um período de tempo e depois use-a na preparação de alimentos. Não é seguro, nem mesmo se você armazenar a cebola em um saco com zíper e colocá-la na geladeira. Ainda é venenosa. Além disso, não dê cebola para os cães. Seus estômagos não podem metabolizar as cebolas. Lembre-se que é perigoso cortar uma cebola, usar a metade e guardar a outra para cozinhar no dia seguinte. Esta segunda metade torna-se ALTAMENTE VENENOSA, mesmo em uma única noite. Porque cria bactérias tóxicas que causam infecções estomacais adversas, devido a secreções biliares em excesso, tornando os alimentos ENVENENADOS. Sempre que cortar uma cebola e usar somente a metade, coloque a outra metade em algum ponto de sua casa, de preferência nos quartos, para que absorvam possíveis bactérias. [parece que para de ler] Deixe o maior número de pessoas saberem disso, por favor! Compartilhe meu áudio. É melhor ouvir do que ter que ficar perdendo tempo ler. Você viu? Eu te fiz um grande favor. Mas pelo amor de Deus, siga à risca, que aí você não vai para o SUS. Um beijo no seu coração! E um feliz final de semana.”

**ANEXO 6 – Grupo Focal/ Dinâmica Áudio Sobre *Fake News* em Saúde**  
**Áudio do Pirulito– Transcrição Completa**

*Mulher com voz de choro:* “Gente, boa tarde. Flávio, [é] a mãe da Ana. É para avisar. Acabei de receber a notícia agora há pouco. Minha prima.... 14 anos. Tava vindo ontem do curso que ela fazia em Madureira. Parou uma mulher. Encostou do lado dela e de uma menina e ofereceu pirulito. Minha prima passou mal de madrugada. Minha prima tá morta gente. Pelo amor de Deus! Senhor! Divulga gente. Eu não sei o que aconteceu. Estão falando também que a menininha que estava com ela, que recebeu o pirulito, também faleceu. Minha prima tá no Pan. Vão levar ela para o Instituto Médico Legal. 14 anos. Por favor, gente, passa à frente. Porque a gente não sabe o que que está acontecendo, quem é essa pessoa. Quantas crianças mais vai prejudicar, meu Deus?! Vidas destruída! Pelo amor de Deus, gente, presta atenção no áudio. Ouve aí. Instruí seus filhos... Porque acabaram, meu Deus, com a vida da minha prima.”