

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

JOSIANE KELLY DE BARROS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS
PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DA LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE**

MARINGÁ
2019

JOSIANE KELLY DE BARROS

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS
PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DA LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de pós Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirian Ueda Yamaguchi
Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira

MARINGÁ
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B277a Barros, Josiane Kelly de.
 Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas de
 instrumento para avaliação da literancia digital em saúde / Josiane Kelly de
 Barros. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2019.
 84 f. ; 30 cm.

 Orientadora: Profa. Dra. Mirian Ueda Yamaguchi.
 Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira.
 Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá,
 Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2019.

 1. Estudos de validação. 2. Alfabetização em saúde. 3. Saúde digital. 4.
 Política de saúde. I. Título.

CDD – 610

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JOSIANE KELLY DE BARROS

**Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas de
instrumento para avaliação da literacia digital em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof.^a. Dr.^a. Mirian Ueda Yamaguchi
Centro Universitário de Maringá- Unicesumar
(Presidente)

Prof. Dr. Jorge Both
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci
Centro Universitário de Maringá - Unicesumar

Aprovado em: ____/____/____.

AGRADECIMENTOS

Obrigada Senhor por sentir Sua presença em todos os momentos da minha vida, inclusive durante o período desse estudo, por cumprir em minha vida muito além do que almejo.

Agradeço à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Mirian Ueda Yamaguchi pelas orientações, companheirismo e paciência, exemplo de profissionalismo, sinto-me orgulhosa de ser sua orientanda.

Ao Prof. Dr. Leonardo Pestillo pela parceria, profissionalismo admirável, pelo apoio e disposição em orientar com sugestões fundamentais para construção desse estudo.

Obrigada aos meus pais José e Neli, que são os responsáveis por eu ter chegado até aqui, pela educação que recebi, pelo amor incondicional de vocês por mim, pelo apoio que me deram para que eu concluísse mais essa etapa da minha vida. Minha eterna gratidão.

Ao meu esposo Ral, pelo seu amor, companheirismo, paciência e por todo seu cuidado por mim. Te amo.

Aos meus filhos Vinicius e Vitor por sempre colocar meus estudos em suas orações, por todo incentivo e por entenderem minha ausência no período de estudo.

Agradeço também aos meus irmãos que tanto me ajudaram, me incentivaram para eu chegasse até aqui. Ao meu irmão Wellington que mesmo longe sempre torceu por mim. Em especial agradeço minha irmã Rosane, incentivadora responsável por eu ter ingressado nesse estudo, pelos momentos de descontração, amizade e muitas risadas. Também minha irmã Roseli por todo apoio e companheirismo que não me permitiu desanimar nunca, obrigada por sempre estar ao meu lado.

Obrigada a todos familiares e amigos que torceram e oraram por mim durante todo o processo.

Aos Doutores colaboradores que foram fundamentais no processo de adaptação transcultural, muito obrigada pela disponibilidade em participar desse estudo.

Ao professor Luiz Antonio Lazarin Trentinalha (Toni), pela colaboração indispensável no processo de tradução do instrumento.

Aos demais docentes e discentes do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Promoção da Saúde 2018 pelo aprendizado, companheirismo e pelos momentos de descontração inesquecíveis.

Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas de instrumento para avaliação da literacia digital em saúde

RESUMO

Literacia digital em saúde envolve a capacidade do indivíduo em acessar, pesquisar, selecionar, avaliar e aplicar de forma eficaz as informações de saúde obtidas por meio das mídias digitais, permitindo-os tomar decisões e ter maior autonomia sobre sua saúde. Até o momento, não se tem um instrumento validado que avalie a literacia em saúde digital no Brasil. Redes sociais como *Facebook*, *Instagram* e *Twitter* são ferramentas utilizadas pelos setores públicos e privados para disseminar informações sobre saúde. Considerando a crescente utilização das mídias digitais como fonte de busca para informações em saúde para a população, o presente foi realizado em duas etapas: a primeira etapa objetivou realizar a adaptação transcultural e analisar as propriedades psicométricas do instrumento “e-Literacia em saúde”, validado por Tomás e colaboradores (2014) para uso no Brasil. Trata-se de estudo descritivo de corte transversal, caráter quantitativo e exploratório. O instrumento, juntamente com questões sociodemográficas foi aplicado a 431 usuários das redes sociais por meio de link disponibilizado no *WhatsApp*, *Facebook* e também via e-mail. A validação do instrumento foi feita com base na avaliação da confiabilidade do instrumento. Para análise psicométrica da escala foram utilizados a consistência interna através do alfa de *Cronbach*, ômega e confiabilidade composta e a análise do construto por meio da análise fatorial confirmatória. Em todas as análises estatísticas e testes realizados foi assumido a probabilidade máxima aceitável para ocorrência de erro Tipo I de 0,05. Obteve-se valores de alfa de *Cronbach* de 0,90 e índices aceitáveis para a validade de construto. Conclui-se nesta etapa, que do instrumento “e-Literacia em saúde” apresenta confiabilidade e validade consistentes para subsidiar estudos futuros para mensurar o nível de literacia digital em saúde de usuários das redes sociais online no Brasil. Na segunda etapa deste estudo, objetivou-se avaliar o nível de literacia digital em saúde dos indivíduos que fazem uso das mídias digitais. Os resultados indicaram que maior nível de escolaridade e renda correlacionam com maiores níveis de literacia digital em saúde. Os determinantes biológicos, idade e sexo não apresentaram correlação com a literacia digital. Concluiu-se que a estratégia do governo que busca por utilizar as redes sociais online *Facebook*, *Instagram* e *Twitter* como alternativa de educação não-formal em saúde deve considerar que o êxito dessa estratégia perpassa pela necessidade de investir na educação formal.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de validação, Alfabetização em Saúde, Saúde Digital, Política de saúde.

Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas de instrumento para avaliação da literacia digital em saúde

ABSTRACT

Digital health literacy involves the individual's ability to access, search, select, evaluate and apply the effectively way health information obtained by digital media, allowing them to make decisions and get more autonomy about their health. Till this moment, there's no validated tool that evaluates digital health literacy in Brazil, social network like facebook, Instagram and twitter are tool used by the private public sector to disseminate informations about health. Considering the increase in digital social media uses as a health information source for the population, the project was accomplished in two phases: the first aimed to realize the transcultural adaptation and analyze the "e-Literacia em saúde"'s tool psychometric proprieties, authenticated by Tomás and collaborators (2014) to apply in Brazil. It's a cross-sectional descriptive study, quantitative and exploratory. The instrument with the sociodemographic questions were both applied to 431 social network users by a link in WhatsApp, Facebook, and email. The instrument validation was made based in assessing the reliability of the instrument, for the psychometric analyzes of the scale was utilized the internal consistency through the Cronbach's alpha, omega, and composite reliability, and the construct analysis by confirmatory factorial analyze. All the statistic analyses and tests made assumed 0,05 as the maximum acceptable probability to the occurrence of error type I. It was obtained 0,90 as Cronbach's alpha, as well as acceptable numbers to validate the construct. It was concluded in this phase that "e-Literacia" tool exhibit consistent reliability and validity to promote future studies to measure the digital health literacy levels on social network users in Brazil. The study's second phase purposed to evaluate the network users' digital health literacy level. The results indicated that higher levels of education and income correlated with higher levels of digital literacy health. It was concluded that the success in government strategy of using social media Facebook, Instagram and Twitter as an alternative to nonformal health education must consider that the success of this strategy involves the need to invest in education.

KEYWORDS: validation studies, health literacy, digital health, nonformal education, health political.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Objetivo Geral:	11
1.2 Objetivos Específicos:	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Promoção de Saúde e Tecnologia.....	11
2.2 Literacia em Saúde	12
2.3 Literacia em Saúde Digital	14
3. METODOLOGIA.....	17
3.1 Delineamento do estudo	17
3.2 Participantes	18
3.3 Critérios de Inclusão.....	18
3.4 Instrumento.....	18
3.5 Procedimentos	20
3.6 Coleta de Dados.....	20
3.7 Análise de dados.....	21
3.8 Confiabilidade	21
3.9 Validade Estrutural ou fatorial	21
3.10 Validação Externa	21
3.11 Aspectos Éticos	22
4. ARTIGO 1	23
5. Normas do Artigo 1	37
6. ARTIGO 2	43
7. Normas do Artigo 2	53
8. CONCLUSÃO.....	58
9. REFERÊNCIAS	59
10. ANEXOS	66
10.1 Anexo A.....	66
10.2 Anexo B.....	68
10.3 Anexo C	70
10.4 Anexo D.....	71
10.5 Anexo E	72
11. APÊNDICES	74
11.1 Apêndice A - Questionário de Perfil Socioeconômico demográfico	74

11.2 Apêndice B - Processo de Tradução e Validação do Instrumento	76
11.3 Apêndice C - Processo de Adaptação Transcultural	77
11.4 Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	81
11.5 Apêndice E – Instrumento Adaptado Transculturalmente no Brasil.....	82

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, 7 em cada 10 pessoas usam a internet, representando 127 milhões de internautas (SAÚDE, 2018). Houve um crescimento significativo nos últimos cinco anos e o principal meio de acesso à internet no Brasil é o celular, segundo a pesquisa, 97% dos internautas usam o *smartphone* para navegar (TELEBRASIL, 2019). Para a área da saúde, o uso de informações de fontes digitais pode ter grande potencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas (PINTO; CALDEIRA; MARTINS, 2017).

A Literacia Digital em Saúde (*eHealth Literacy*), também conhecido como e-Literacia em Saúde, surgiu como consequência do uso em larga escala das mídias digitais. Representa a habilidade dos indivíduos em buscar informações sobre saúde em fontes digitais, interpretar e tomar decisões para tratar ou solucionar um problema de saúde (VAART; DROSSAERT, 2017). Neste contexto, a e-Literacia em Saúde pode colaborar com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que objetiva promover o empoderamento, a capacidade para tomada de decisão e autonomia individual e coletiva no cuidado da saúde (SAÚDE, 2014).

Para que a busca de informações sobre saúde por meio de fonte digital resulte efetivamente sobre a saúde das pessoas, há de se identificar a capacidade dos indivíduos em acessar e utilizar de forma segura as informações que estão disponíveis nas mídias sociais, considerando a acessibilidade ao sistema e a complexidade dessas informações (KIM et al., 2017).

O uso das mídias digitais passou a fazer parte da atenção em saúde moderna (DORTHE; LARS, 2015). No Brasil, o Ministério da Saúde investe no desenvolvimento de políticas que possam acelerar o processo de incorporação da tecnologia de informação e comunicação (TIC) para promover a educação em saúde, além de serviços em prol dos usuários do sistema de saúde e dos profissionais e gestores em saúde (SANTOS et al., 2017; HUGHSON et al., 2017).

Compreendendo a relevância dessa temática, em 2006 os pesquisadores canadenses Cameron Norman e Harvey A. Skinner desenvolveram o primeiro instrumento (*eHEALS*) para avaliar o nível de literacia digital em saúde (NORMAN; SKINNER, 2006). A escala *eHeals* foi validada pelos autores portugueses Catarina, Cardoso e Tomas e colaboradores e intitulada “e-Literacia em Saúde” (TOMAS; QUEIROS; FERREIRA, 2014). Até o momento, não se tem um instrumento validado que avalie a literacia em saúde digital no Brasil. O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural do instrumento validado em Portugal e-Literacia em Saúde (TOMAS; QUEIROS; FERREIRA, 2014) para o português falado no

Brasil e analisar as propriedades psicométricas do instrumento, com o intuito de contribuir com a pesquisa no Brasil.

1.1 Objetivo Geral:

Validar o instrumento e-Literacia em Saúde para uso no Brasil.

1.2 Objetivos Específicos:

- Traduzir o instrumento “e-Literacia em Saúde”;
- Adaptar transculturalmente o instrumento “e-Literacia em Saúde”;
- Mensurar os desempenhos psicométricos (validade e confiabilidade) do instrumento;
- Avaliar o nível de literacia digital em Saúde de usuários das redes sociais considerando as variáveis como, sexo, idade, escolaridade e renda.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Promoção de Saúde e Tecnologia

O sistema de saúde no Brasil vem se adequando nas últimas décadas devido às contribuições históricas descritas na Carta de Ottawa (1986) que influenciaram na construção da Política Nacional de Promoção em Saúde (PNPS, 2014). Desde então, estratégias de Promoção em Saúde envolvem a capacitação da comunidade para melhoria da qualidade de vida e saúde, estimulando maior participação e autonomia dos usuários (TOBERGTE; CURTIS, 2013).

Com intuito de fortalecer a Promoção de Saúde no Brasil, a Política Nacional de Promoção em Saúde (PNPS), objetiva promover o empoderamento e incentivar a habilidade de tomada de decisão, autonomia individual e coletiva (PNPS, 2014). Ademais, promover saúde também envolve qualidade de vida e redução dos riscos sociais relacionados à saúde. Dentre os principais determinantes sociais e da saúde estão as condições de trabalho, habitação, alimentação, cultura e outros (MALTA et al., 2014; CONASS, 2016).

O empoderamento e a participação social são, ao mesmo tempo princípios

fundamentais da promoção da saúde, bem como seus próprios eixos de ação e fazem parte do pensar e do agir dos indivíduos (MAEYAMA et al., 2015).

Devido à facilidade de acesso, as mídias digitais são amplamente utilizadas para promoção de saúde, são estruturas importantes na atuação da comunicação e disseminação das informações referentes à saúde. As mídias digitais têm potencial para atuar diretamente na prevenção, tratamento e assistência dos usuários da internet (BRASIL, 2012; SANTOS, FROTA e MARTINS, 2016).

As redes sociais como *Twitter*, *Facebook* e *Instagram* são recursos que o Ministério da Saúde utiliza para divulgar informações de saúde e interagir com a população (MOREIRA; PINHEIRO, 2015). É especialmente importante também para comunidade rural devido a precariedade de acesso as unidades de saúde (KUZIEMSKY et al., 2018). Percebendo a atuação da tecnologia em saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS), têm adotado como estratégia global apoiar o desenvolvimento das tecnologias, com intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde (OMS, 2008).

Oferecer acesso e conhecimento para o uso das tecnologias são desafios atuais que demandam o desenvolvimento de educação, divulgação da importância das informações disponíveis na internet e direcionamento para fontes seguras de informação. O conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma transparente e contínua à população (BRASIL, 2010).

A integração da tecnologia e cuidados da saúde resultam em gestão em saúde, que envolve processos e práticas de saúde, pelos pacientes, pelos profissionais de saúde e cuidadores, que apoiados pela tecnologia auxilia na prestação de cuidados da saúde (KUZIEMSKY et al, 2018). A capacitação contínua do indivíduo e a mudança de comportamento melhoram a saúde da população e a internet é uma ferramenta importante no desenvolvimento dessas habilidades especiais para promoção de saúde (TENGLAND, 2013).

2.2 Literacia em Saúde

A literacia é um termo pouco usado no Brasil (MORAIS, KOLINSKY, 2016) e é definido como a capacidade de compreender a informação para determinado objetivo, desenvolvendo o conhecimento para intervir no individual ou na sociedade (OCDE, 2002; PIAAC, 2018).

Nas últimas décadas tem aumentado o interesse pela temática de literacia. Neste contexto, sociedade é caracterizada por rápidas mudanças, onde todos necessitam se adaptar e

ter um amplo conjunto de conhecimentos, habilidades e competências, incluindo leitura, escrita, cálculo e competências digitais, que permita aprender, adaptar e participar da vida social, econômica, cultural e cívica. Exige-se do indivíduo a capacidade de realizar tarefas, que podem ser desenvolvidas ao longo da vida (NUTBEAM, 2008; HANEMANN, 2015; UNESCO 2017).

A compreensão das informações para promoção da saúde necessita das habilidades de literacia em saúde que envolve abordagens da educação, Linguística e Pedagogia, nos serviços de saúde (PASSAMAI, 2013), não se limitando às competências numéricas e verbais de leitura e escrita, mas na perspectiva estratégica para empoderamento, assimilando as informações de diferentes formas de comunicação e desenvolvendo a capacidade de gerenciar essas informações para manter boa saúde (NORMAN, SKINNER, 2006; NUTBEAM, 2008; ADKINS, CORUS, 2009).

A OMS define que literacia em saúde inclui competências e conhecimentos para avaliar e pôr em prática informações sobre saúde, tomar decisões sobre cuidados na sua vida cotidiana, promover e melhorar a qualidade de vida. Aprendizado que se desenvolve e evolui durante o ciclo da vida (MANCUSO 2008).

A literacia é uma construção que envolve desde a capacidade para adotar comportamentos protetivos da saúde, assim como assumir responsabilidades e controle sobre a sua própria saúde, além de identificar a necessidade de cuidados e tomar as decisões adequadas no âmbito coletivo (RODRIGUES, 2018; WHO, 2017).

No Brasil, no âmbito de Saúde Pública, identificar o nível de literacia em saúde dos indivíduos é um indicador para elaboração de estratégias de promoção da mesma pois possibilita saber como e onde intervir para promovê-la em benefício de toda comunidade (FREEDMAN et al, 2009; RODRIGUES, 2018; SANTOS E PORTELLA, 2016; PARKER; KINDIG, 2006).

Nota-se que indivíduos com níveis elevados de literacia são mais resolutivos frente a problemas de saúde, normalmente são mais saudáveis, e tem autonomia na tomada de decisões mais apropriadas para a sua saúde (BERKMAN *et al.*, 2011; OCDE, 2013), tendem a ter menos custo com manutenção de sua saúde e apresentam comportamentos de resiliência e bem-estar (ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES, 2015).

A literacia envolve mais que a transmissão de informações, pois ajuda as pessoas a desenvolver confiança e maior gestão sobre sua vida, promovendo independência nas tomadas de decisões em relação a sua saúde (NUTBEAN, 2008), possibilitando melhor compreensão das necessidades dos indivíduos ou da população em situações de risco, facilitando a

resolução de problemas (PEDRO et al, 2016).

Muitos desafios são encontrados quando se trata de literacia em saúde, tanto para usuários como para aqueles que disponibilizam as informações de educação em saúde. Capacitar os profissionais dos serviços de saúde e melhorar o acesso as essas informações são estratégias com potencial de promover a saúde dos usuários que possuem baixa literacia (FINLAY et al., 2018; NACCARELLA et al., 2018). Este cenário inclui, por exemplo, disponibilizar informações de forma clara e acessíveis, em contexto apropriado, permitindo aos pacientes compreender para tomarem decisões mais convenientes (HUGHSON, et al., 2017;). Com base em vários estudos podemos perceber que pessoas com melhor nível de literacia, que interagem com o sistema de saúde, têm melhores resultados de autocuidado (NORMAN, SKINNER, 2006; JESSUP et al., 2018; FINLAY et al., 2018).

Níveis baixos de literacia reflete em baixa autogestão, uma vez que eleva os gastos para saúde pública e privada, promove a desigualdade de acesso ao serviço de saúde, tornando-se um grande desafio para os sistemas de saúde (DOUNG et al, 2017; PEDRO, AMARAL E ESCOVAL, 2016). Desenvolver políticas públicas para promovê-la, depende sobremaneira do esclarecimento e entendimento de autoridades sobre a relevância do tema. O impacto da falta do conhecimento sobre suas definições e dimensões causa consequências de grande impacto social e econômico (ESPANHA, ÁVILA, 2016; SORENSEN et al., 2015). Vale lembrar que é possível potencializar relação de comunicação entre o usuário, profissional de saúde, gestor e autoridades políticas, visando a capacitação de todos os envolvidos, assim haverá diminuição das barreiras existentes (MCKENNA *et al.*, 2017).

Níveis de literacia em saúde de uma população pode ser indicador de saúde dos pacientes, por isso essas informações devem ser valorizadas para que possam ser entendidas e interpretadas por todos, independentemente do seu papel. (FINLAY et al., 2018).

2.3 Literacia em Saúde Digital

Atualmente estima-se que mais de 4,2 bilhões de pessoas usam a internet no mundo (INTERNET WORLD STATS, 2018). A desigualdade na acessibilidade à internet tem diminuído nos últimos anos, com isso, aumentou a disponibilidade de informações sobre saúde (KNAPP et al, 2011).

A internet tem o potencial de minimizar as desigualdades em saúde da comunidade, uma vez que é um canal de fácil acesso às informações, com ampla oferta de conteúdo, seja para usuários ou profissionais de saúde. Assim, identificar o nível de literacia da população é

importante para implantação de estratégias de treinamento aos usuários e profissionais de saúde (BATES, 2010; PERESTELO-PÉREZA et al., 2013).

Em referência a literacia em saúde digital, também citada como *eHealth Literacy* e e-Literacia em saúde, relaciona-se ao uso de informações obtidas por meio dos computadores, internet e outras tecnologias. Essas tecnologias possibilitam à população o acesso à atenção à saúde moderna, colocando os usuários aos desafios de desfrutar de tais tecnologias, em contrapartida, exige dos usuários conhecimentos, habilidades e confiança para adaptar-se às mudanças (DHORTE, LARS, 2015). Quando as informações sobre saúde são dirigidas em larga escala aos usuários, exige uma coerência quanto a linguagem técnica, para que leitores fora da cultura de pesquisa recebam e interpretem a mensagem de forma adequada (NORMAN, SKINNER, 2006).

Os serviços de saúde mundial estão intimamente ligados à informação e comunicação. No Brasil, o Ministério da Saúde disponibiliza uma vasta ferramenta de informações sobre saúde em seu site oficial chamado “e-Saúde” (saúde digital) que propõe até o ano 2020 estar beneficiando não só os gestores, mas toda a população brasileira com informações claras e concisas, estimulando a participação social e tornando o cidadão mais protagonista de sua realidade e de seu futuro. A implantação do “e-Saúde” como ferramenta do SUS tem abrangência nacional, à disposição dos cidadãos para promover a facilitação do acesso à informação em saúde, para uso dos profissionais de saúde e para comunidade em geral, de forma precisa e segura, como uma estratégia para promoção de saúde da população (SAÚDE, 2017). De igual teor, nos EUA, o *Office of Disease Prevention and Health Promotion* (2016) incentiva aumentar a literacia em saúde por meio da internet e uso de tecnologias, cujo objetivo é desenvolver a promoção de saúde pública americana até 2020.

O *Sistema Nacional de Salud en España* tem como proposta fornecer à comunidade materiais e informações que promovam a participação dos cidadãos na tomada de decisões e de cuidados de saúde, reduzindo as desigualdades e melhorando os benefícios de usuários de todos os níveis de literacia (PERESTELO-PÉREZA et al., 2013). No geral, a saúde digital promove eficiência nos serviços de saúde, reduz custos e melhora a qualidade dos serviços prestados (ISHIKAWA, TAKEUCHI, YANO, 2008).

Já na Coreia do Sul, um país com tecnologias de informação e comunicação avançada, com amplo uso de internet e telefones móveis, não há iniciativas de políticas públicas para desenvolver literacia em saúde digital da população. O governo sul coreano entende que para isso os profissionais de saúde deverão ser devidamente qualificados e os pesquisadores devem identificar o nível de literacia digital em saúde da população (CHUNG, PARK,

NAHM, 2018).

Recursos para auxiliar na educação dos pacientes para aumentar os níveis de literacia em saúde são extremamente necessários em saúde pública (HUGHSON et al, 2017), portanto, o uso de ferramenta eletrônica para coleta de informação de saúde tem pouco valor se o usuário não tem habilidades para utilizar eficazmente (BAZM, et al. 2016).

O contexto da literacia digital em saúde requer dos usuários a habilidade de ler um texto, avaliar o conteúdo dessas informações por meio da internet para estabelecer decisões sobre saúde (NORMAN, SKINNER, 2006). Por outro lado, assegurar que o usuário tenha acesso e percepção apropriada da informação é outro sério desafio para saúde pública (ROOTMAN, 2003).

Indivíduos sem competências necessárias para acessar a internet podem acessar informações sobre saúde duvidosas e imprecisas, podendo ser potencialmente perigoso para sua saúde (NETER, BRAININ, 2012; ZAJAC et al, 2012). Usuários mais velhos tendem a ter menor nível de literacia digital em saúde do que adultos mais jovens, dificultando o acesso às informações, refletindo nos cuidados de saúde e gestão de doenças crônicas, pois os mesmos não tem confiança na sua capacidade de obter, compreender e praticar ações embasadas nas informações de saúde contidas na internet (WHO, 2015; TENNANT et al. 2015; MANAFÒ, WONG, 2012).

É necessário dar devida atenção quanto ao envelhecimento da população para que a desigualdade no acesso às informações digitais não se perpetue, não comprometendo a saúde da população mais vulnerável, por conta do nível de educação e idade (TENNANT et al. 2015). Percebeu-se esse fenômeno na pesquisa realizada em 2016, que indicou que somente 24,7% da população idosa de 60 anos ou mais acessaram a internet no Brasil (IBGE, 2016). Mesmo com a tecnologia em evidência, se sabe que o uso da internet no Brasil ainda é limitado, pela carência de conhecimento, e também segundo dados de pesquisa do IBGE 2016, que identificou os motivos dos domicílios que não havia utilização da Internet alegaram: falta de interesse (34,8%), serviço de acesso era caro (29,6%) e nenhum morador sabia usar (20,7%), serviço de acesso não estava disponível na área (8,1%), equipamento necessário era caro (3,5%) e outros motivos (3,3%) (IBGE, 2016).

Indivíduos empoderados no cuidado à sua saúde obtém melhores resultados além de serem mais econômicos. Para familiares e cuidadores, quando a tecnologia é acessível e incluída nas atividades diárias do paciente, oferece uma maior participação e comunicação (MANI et al., 2018).

Merece destaque a crescente disseminação das chamadas *fake news* (notícias falsas),

somado a teoria da conspiração e *bots* (robôs) que ajudam a disseminar e a viralizar tais conteúdos (VOSOUGHI et al, 2018), colocam em cheque os esforços direcionados ao uso das mídias digitais nas estratégias de educação em saúde. Neste contexto, identificar as habilidades e competências dos usuários do sistema de saúde para usufruir de forma positiva esta gama de informações disponíveis nas redes sociais *online*, se torna fundamental prever os efeitos a longo prazo dos investimentos do Ministério da Saúde nas estratégias não formais de educação em saúde.

Nessa era que acompanha a evolução digital, grande parte da população utiliza a Internet e mídias sociais para saber informações de saúde, portanto os dispositivos de Internet móveis compõe parte de nossa vida no dia-a-dia (NORMAN, 2012). Incluir literacia em saúde digital no plano de educação, pode revelar-se uma estratégia necessária para promoção de saúde da população, bem como promoção de competências para o futuro (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014).

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal quantitativo e exploratório, para validação do instrumento “e-Literacia em Saúde” (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014), realizado a tradução e adaptação transcultural, verificado o desempenho psicométrico do construto. Para avaliação do nível de Literacia digital em Saúde obtivemos 431 participantes, usuários das redes sociais digitais, a pesquisa foi divulgada por meio do *Facebook*, *WhatsApp* e email em questionário estruturado no *Google Forms*. O formulário *on-line* foi elaborado com quatorze questões socioeconômicas acrescido do instrumento para avaliar o nível de e-Literacia em Saúde composto de dez questões total. O instrumento original *eHEALS: The eHealth Literacy Scale* (NORMAN; A SKINNER, 2006) é composto por 8 itens que avalia a alfabetização em saúde digital e aplicação dessas informações para problemas de saúde. O *eHEALS* foi validado em Portugal como e-Literacia em Saúde (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014) que é composto de 8 itens e complementados pelas autoras portuguesas, mais 2 itens adicionais que permitiram compreender o interesse dos participantes em utilizar informações eletrônicas em saúde. As etapas do processo de validação estão descrito na (Figura 1). A validação foi a partir do instrumento validado em Portugal e-Literacia em

Saúde, porém as análises da pesquisa foram realizadas a partir dos 8 itens da versão original, ambos os instrumentos não apresentam nota de coorte.

3.2 Participantes

Participaram voluntariamente do estudo: um (01) profissional especialista em língua portuguesa que realizou a tradução do instrumento, dez (10) doutores de áreas interdisciplinares que atuaram como juízes para adaptação transcultural do instrumento, (431) participantes da pesquisa e-Literacia em Saúde (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014) usuários das redes *WhatsApp*, *Facebook* e *email*, (111) participantes da pesquisa de correlação em usuários das redes *WhatsApp*, *Facebook* e *email* que responderam à pesquisa e-Literacia em Saúde (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014) juntamente com o questionário Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil (QUEMELO et al., 2017).

3.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão para os juízes que realizaram a adaptação transcultural foi possuir grau de doutor e atuar na área Interdisciplinar. Para os respondentes do instrumento “e-Literacia em Saúde”, os critérios para participação foram: ter 18 anos ou mais e responder à pesquisa por meio digital no *Google Form*.

3.4 Instrumento

O questionário sociodemográfico contendo 14 questões foi elaborado pelos pesquisadores e aplicado juntamente ao instrumento “e-Literacia em Saúde” por meio do link (<https://forms.gle/1DG2RM4yYV2BHczq5>), (Apêndice 1).

O instrumento e-Literacia em Saúde (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014) foi utilizado no formato original (NORMAN; A SKINNER, 2006) composto por oito itens com resposta por escala tipo Likert de 5 pontos, com 5 alternativas iniciando com concordo totalmente até discordo totalmente; o instrumento português contém ainda dois itens adicionais elaborados pela autora e colaboradores, que permitiram compreender o interesse dos participantes em utilizar informações eletrônicas em saúde. Estes itens eram também de resposta tipo Likert de 5 pontos, com 5 alternativas desde absolutamente inútil a muito útil, a

pontuação foi calculada pela soma das pontuações de cada item. Valores mais elevados em cada dimensão, correspondem a níveis Literacia em *e-Health* mais elevados (Anexo 01). Ambos os instrumentos não apresentam nota de corte.

Foi concedido aos pesquisadores deste estudo a autorização para validação do instrumento “e-Literacia em Saúde” na versão portuguesa, validada por Catarina Cardoso Tomás Universidade do Porto – Portugal – 2014 (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014) (Anexo 02).

Foi também obtida autorização dos pesquisadores Cameron Norman e Harvey Skinner autores do instrumento original *HEALS: The e-Health Literacy Scale* do Departamento de Ciências da Saúde Pública da Universidade de Toronto– Canadá (NORMAN, SKINNER, 2006), (Anexo 03).

Foi utilizado o instrumento de Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil (QUEMELO et al., 2017) para o processo de validação externa (ANEXO E).

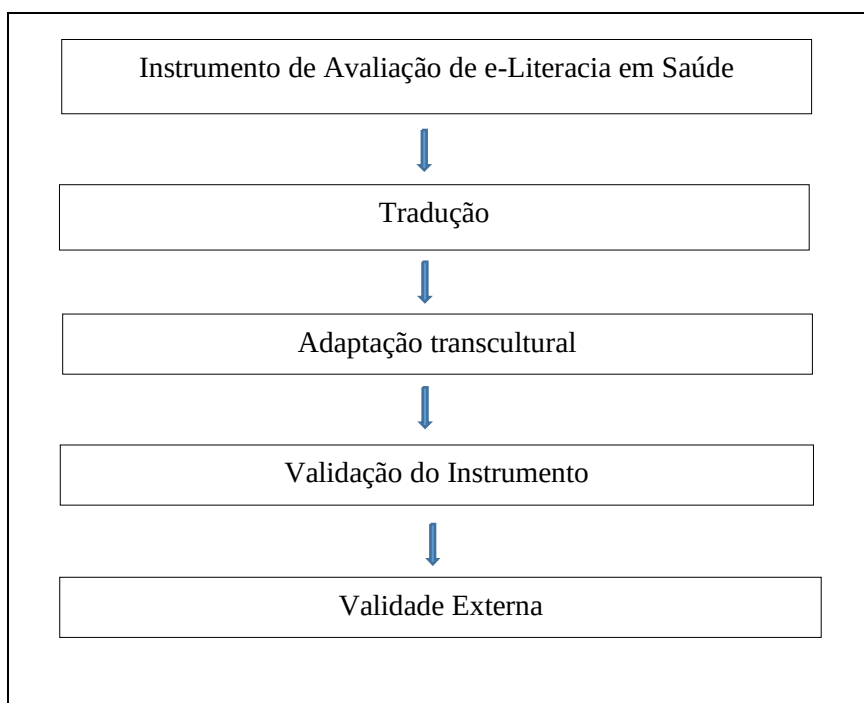


Figura 1. Etapas do processo de tradução e validação do instrumento.

3.5 Procedimentos

A tradução do instrumento foi realizada por um profissional especialista em língua portuguesa, nativo brasileiro, que voluntariamente converteu a versão do português de Portugal

para o português falado no Brasil (Apêndice 2).

A adaptação cultural do instrumento traduzido, foi realizada por um comitê composto por 10 (dez) profissionais com título de doutores de áreas Interdisciplinares que participaram voluntariamente desse processo. O instrumento de formato original trata-se de um questionário composto por 8 itens (NORMAN, SKINNER, 2006) e complementado pela autora portuguesa e colaboradores (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014) dois itens adicionais que permitem compreender o interesse dos participantes em utilizar informações eletrônicas em saúde. O instrumento traduzido foi entregue pessoalmente para cada juiz participante para análise e preenchimento das observações pertinentes (ERKUT, 2010). Os aspectos avaliados do instrumento solicitados foram:

Clareza de linguagem: considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. Você acredita que a linguagem de cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível? Fazer observação, caso julgue pertinente.

Pertinência Prática: considera que cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analisa se de fato cada item possui importância para o instrumento. Você acredita que os itens propostos são pertinentes para população? Em que nível? Fazer observação, caso julgue pertinente.

Relevância teórica: considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa analisar se o item está relacionado com o construto. Você acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma das dimensões dele, considerando a teoria em questão? Em que nível? Fazer observação, caso julgue pertinente.

Foi solicitado aos especialistas realçar com um “X” o número selecionado em cada aspecto (Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica), em cada item. Quando sua escolha for 3 ou abaixo solicitamos que descrevessem suas observações/sugestões a respeito do item. Seguimos o formato do instrumento original composto de oito itens, acrescidos de mais dois itens que permitirão compreender o interesse dos participantes em utilizar informações eletrônicas em saúde (Apêndice 3).

Esse processo permitiu a validade do conteúdo do instrumento, onde cada especialista relatou suas opiniões, dificuldades e facilidades no preenchimento. Após essa etapa foi realizada uma revisão pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural, e foram realizadas as modificações e adaptações transculturais necessárias (BEATON, 2000).

3.6 Coleta de Dados

O instrumento foi aplicado de forma digital, pelas redes sociais *Facebook*, *WhatsApp* e *e-mail* o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 4) foi inserido antes dos itens, com um campo para o entrevistado confirmar o aceite em participar da pesquisa. O questionário foi aplicado por meio da plataforma virtual *Google Forms* na seguinte ordem, primeiramente o TCLE, seguido do questionário composto por quatorze questões socioeconômicas e na sequência o instrumento “e-Literacia em Saúde” composto de oito itens, mais duas questões adicionais, que revelam o interesse dos participantes em utilizar informações digitais sobre saúde (Apêndice 5). Não foi necessária autorização do local da pesquisa já que a mesma foi aplicada por meio eletrônico.

3.7 Análise de dados

Os dados descritivos estão apresentados por meio de frequência, porcentagem, média e desvio padrão que correspondem às características dos participantes. Para verificar as diferenças entre os grupos com relação ao sexo foi utilizado o teste t de *Student*, já quando a diferença foi analisada com relação à escolaridade, foi utilizado o teste *ANOVA* e com *Post-Hoc* de *Tukey* para verificar diferenças entre grupos específicos. Correlações entre as variáveis foram realizadas por meio do teste de correlação de *Pearson*. Todas as análises foram realizadas pelo software Linguagem R (*R Core Team*, 2018).

3.8 Confiabilidade

Foi medida a confiabilidade do instrumento para garantia da produção de resultados confiáveis em diferentes situações e com consistência interna para avaliarmos se todos os itens do instrumento se referem ao mesmo tema. Para medirmos a consistência interna usamos um conjunto de pontuações (alfa de Cronbach, Confiabilidade Ômega e Composta), com coeficientes acima de 0,7 considerado aceitável (DEVELLIS RF, 2012).

3.9 Validade Estrutural ou fatorial

Para mensurar a validade estrutural do construto utilizou-se a análise fatorial confirmatória (CFA), que trata-se de um modelo utilizado para confirmar quão bem as

variáveis analisadas representam a dimensionalidade do construto, de modo que foi utilizado para confirmar o modelo estrutural do instrumento (MOKKINK et al., 2010).

3.10 Validação Externa

Foi realizado também a validade externa, que caracteriza quando as conclusões oriundas do estudo extraídas de uma amostra são aplicadas à população de onde a amostra foi obtida ou à outra população, isto é, repetindo o estudo em diferentes configurações, com sujeitos diferentes (VASCONCELOS, 2016). Para este fim, foram aplicados dois instrumentos diferentes por meio da rede social *WhatsApp* a versão do instrumento de “e-Literacia em Saúde” validado neste estudo juntamente com o instrumento “Literacia em saúde” validado por Quemelo e colaboradores (2017) numa amostra de 111 participantes, estruturado no *Google Forms*.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, também chamado de "coeficiente de correlação produto-momento" ou simplesmente de " ρ de Pearson" foi aplicado para medir o grau entre as duas variáveis de escala métrica, que normalmente representado por ρ assume apenas valores entre -1 e 1.

3.11 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, de acordo com as normas estabelecidas na Resolução no 466/12 e Complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer de número 3.474.675 de 29/07/2019. Todos os indivíduos que participaram do estudo realizaram o consentimento *online* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. ARTIGO 1

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE

Josiane Kelly de Barros
Leonardo Pestillo de Oliveira
Mirian Ueda Yamaguchi

RESUMO

Literacia digital em saúde é a capacidade do indivíduo em buscar conhecimento nas mídias sociais, interpretar e utilizar essa informação para promover sua saúde e de sua comunidade. Este estudo objetivou realizar a adaptação transcultural e analisar as propriedades psicométricas do instrumento “e-Literacia em saúde”, validado por Tomás e colaboradores (2014) para uso no Brasil. Trata-se de estudo descritivo de corte transversal, caráter quantitativo e exploratório. O instrumento, juntamente com questões sociodemográficas foi aplicado a 431 usuários das redes sociais por meio de link disponibilizado no *WhatsApp*, *Facebook* e também via e-mail. A validação do instrumento foi feita com base na avaliação da confiabilidade e validade do instrumento. Para análise psicométrica da escala foram utilizados a consistência interna através do alfa de *Cronbach*, ômega e confiabilidade composta e a análise do construto por meio da análise fatorial confirmatória. Em todas as análises estatísticas e testes realizados foi assumido a probabilidade máxima aceitável para ocorrência de erro Tipo I de 0,05. Obteve-se valores de alfa de *Cronbach* de 0,90 e índices aceitáveis para a validade de construto. Conclui-se que do instrumento “e-Literacia em saúde” apresenta confiabilidade e validade consistentes para subsidiar estudos futuros para mensurar o nível de literacia digital em saúde de usuários das redes sociais *online* no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de validação, Alfabetização em Saúde, Saúde Digital

ABSTRACT

Digital health literacy refers to the ability to seek knowledge by individuals in social media, interpret them and use it to promote his health and those belonging in its community. This project aimed to realize the transcultural adaptation and analyze the "e-Literacia em saúde"s tool psychometric proprieties, authenticated by Tomás and collaborators (2014) to apply in Brazil. It's a cross-sectional descriptive study, quantitative and exploratory. The instrument and sociodemographic questions were both applied to 431 social network users by a link in WhatsApp, Facebook, and email. The instrument validation was made based tool's validation and reliability evaluation. To scale psychometric analyze was utilized the internal consistency through the Cronbach's alpha, omega, and composite reliability, and the construct analysis by confirmatory factorial analyze. All the statistic analyses and tests made assumed 0,05 as the maximum acceptable probability to the occurrence of error type I. It was obtained 0,90 as Cronbach's alpha, as well as acceptable numbers to validate the construct. It was concluded that "e-Literacia" tool exhibit consistent reliability and validity to promote future studies to measure the digital health literacy levels on social network users in Brazil.

KEYWORDS: validation study, health's alphabetization, digital health

Introdução

Evidencia-se que no Brasil há amplo uso de internet e facilidade no seu acesso, dados revelam que 65% da população utilizam a internet no Brasil (IBGE, 2016). Estima-se que na América do Sul 71,5% da população acessou a internet no ano de 2017 (MINIWATTS MARKETING GROUP COPYRIGHT, 2018).

Devido ao advento da tecnologia de informação e comunicação (TIC) estar se tornando cada vez mais indispensável na vida das pessoas, seja para nos comunicarmos ou fazer pesquisas, o Ministério da Saúde tem investido na oferta de informações digitais para intensificar a promoção de saúde no Brasil (SAÚDE, 2016).

Neste contexto, a Literacia digital em saúde emerge com o termo que define a capacidade do indivíduo em buscar informações pela internet ou por meio de outras tecnologias digitais e utilizar esse conhecimento para intervir nos processos de saúde individual e coletivo (OCDE, 2002; PIAAC, 2018). Esse processo exige dos usuários habilidades para identificar, interpretar e distinguir as informações seguras sobre saúde, para fazer uso adequado dessas informações, uma vez que são dirigidas em larga escala aos usuários das mídias sociais (NORMAN, SKINNER, 2006; SANTOS et al, 2017).

Literacia digital em saúde é uma temática pouco divulgada no Brasil, não há até o presente momento, instrumento validado que avalie essas habilidades e conhecimento da população. Diante dessas informações, objetivou-se realizar a adaptação transcultural e analisar as propriedades psicométricas do instrumento “e-Literacia em saúde”, para a validar para uso no Brasil. O referido instrumento foi originalmente desenvolvido por Norman & Skinner (2006), no Canadá e previamente validado por Tomás e colaboradores (2014) para uso em Portugal.

Método

Trata-se de estudo descritivo de corte transversal, caráter quantitativo e exploratório. O processo de validação realizado neste estudo se deu a partir da versão “e-Literacia em Saúde” validada em 2014 por Catarina Cardoso Tomás e colaboradores, para uso em Portugal.

O instrumento “e-Literacia em Saúde” (TOMÁS, QUEIRÓS, FERREIRA, 2014), foi utilizado no formato original (NORMAN, SKINNER, 2006), composto por oito itens de resposta por escala tipo Likert de 5 pontos, com 5 alternativas iniciando com concordo totalmente até discordo totalmente, o instrumento contém ainda dois itens adicionais elaborado pelos autores portugueses que permitem compreender o interesse dos participantes em utilizar informações eletrônicas em saúde. Estes itens são também de resposta tipo Likert de 5 pontos, com 5 alternativas que vão de absolutamente inútil a muito útil, a pontuação será calculada pela soma das pontuações de cada item. Valores mais elevados em cada dimensão correspondem a níveis e-Literacia em Saúde mais elevados. Ambos os instrumentos não apresentam nota de corte.

O instrumento foi tecnicamente analisado por um comitê de especialistas para tradução e adaptação transcultural. A tradução do instrumento foi realizada por um voluntário profissional especialista na língua portuguesa, nativo brasileiro, que converteu a versão do português falado em Portugal para o português falado no Brasil.

A adaptação transcultural do instrumento traduzido foi realizada por um comitê de especialistas composto por dez profissionais com título de doutores em áreas interdisciplinares de programas de pós-graduação do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, que participaram voluntariamente desse processo.

O instrumento no formato original é um questionário composto por 8 itens complementado com dois itens adicionais que objetivam compreender o interesse dos

participantes em utilizar informações eletrônicas em saúde. Depois de traduzido, o instrumento foi entregue presencialmente para cada doutor participante, denominados juízes, para avaliação da tradução do português falado em Portugal para o português falado no Brasil, cabendo à eles o preenchimento das observações pertinentes referentes também à adaptação transcultural das questões. Os aspectos avaliados pelos juízes foram: Clareza de Linguagem, Pertinência Prática, Relevância Teórica (ERKUT, 2010).

Após realizados os processos de tradução e adaptação transcultural, o referido instrumento foi disponibilizado ao público geral na forma de questionário *on line* de auto preenchimento, estruturado no *Google Forms*, e divulgados nas redes sociais *Facebook* e *WhatsApp* bem como por *e-mail*, durante o mês de setembro de 2019. O formulário *on line* continha 14 questões socioeconômicas e o instrumento “e-Literacia em Saúde”.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, de acordo com as normas estabelecidas na Resolução no 466/12 e Complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer de número 3.474.675 de 29/07/2019. Todos os indivíduos que participaram do estudo realizaram previamente o consentimento online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise psicométrica da escala foram utilizados a consistência interna através do alfa de *Cronbach*, ômega e confiabilidade composta e a análise do construto por meio da análise fatorial confirmatória. Em todas as análises estatísticas e testes realizados foi assumido a probabilidade máxima aceitável para ocorrência de erro Tipo I de 0,05. Obteve-se valores de alfa de *Cronbach* de 0,90 e índices aceitáveis para a validade de construto. Todas as análises foram realizadas pelo software Linguagem R (*R Core Team*, 2018).

Resultados e discussão

A condução deste estudo iniciou com a tradução e realização da adaptação transcultural do instrumento “e-Literacia em saúde”, da língua portuguesa falada em Portugal para a língua portuguesa falada no Brasil, como está descrito no Quadro 1. Na sequência foram avaliadas as propriedades psicométricas que mensuraram a confiabilidade e validade do instrumento.

O processo de adaptação transcultural transcende a tradução (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012), quando a adaptação é realizada de forma confiável permite o uso do instrumento em diferentes estudos (LINO, 2018). No processo de adaptação cultural, buscou-se manter do instrumento original a pertinência dos conceitos na nova cultura e adequar cada item original em termos que representem a população alvo (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012). A versão traduzida e adaptada (ou seja, na linguagem de destino) resultou em forma diferente da versão do formato de origem em termos dos itens, mesmo ambas as versões apresentarem-se na língua portuguesa. No Quadro 1 nota-se os pontos destacados a seguir: nos itens de números 2, 3, 4 e 5 o termo “recurso” foi substituído por “conteúdo”; no item 6 o termo “pergunta” foi substituído por “dúvida”; e no item 8 os termos “elevada qualidade” substituído por “confiáveis” e “fraca qualidade” por “confiabilidade duvidosa”.

Neste estudo unidimensional, a validação qualitativa do conteúdo proporcionou adequação significativa no processo de adaptação cultural, indicando sua importância juntamente com a tradução e a validação quantitativa. Podemos perceber a importância dessa etapa de adaptação transcultural no processo de validação pois mesmo o instrumento tendo sido validado previamente na língua portuguesa de Portugal apresentou adaptações.

Quadro 1 – Tradução e adaptação transcultural do Instrumento “e-Literacia em saúde” para a

língua portuguesa falada no Brasil.

QUESTIONÁRIO ORIGINAL	TRADUÇÃO	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL
1. Até que ponto considera que a internet é útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre sua saúde.	1. Até que ponto considera a internet útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre sua saúde.	1. Até que ponto você considera a internet útil para ajudá-lo (a) a tomar decisões sobre saúde.
2. Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet.	2. Até que ponto considera importante para você poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet.	2. Até que ponto você considera importante poder ter acesso a conteúdo sobre saúde na internet.
3. Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	3. Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	3. Eu sei quais são os conteúdos sobre saúde disponíveis na internet.
4. Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	4. Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	4. Eu sei onde encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.
5. Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	5. Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	5. Eu Sei como encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.
6. Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	6. Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	6. Eu sei como usar a internet para responder às minhas dúvidas sobre saúde.
7. Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	7. Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	7. Eu sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.
8. Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	8. Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	8. Eu consigo avaliar os conteúdos sobre saúde que encontro na internet.
9. Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.	9. Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.	9. Eu sei diferenciar os conteúdos confiáveis dos de confiabilidade duvidosa entre os conteúdos sobre saúde da internet.
10. Sinto-me confiante a usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	10. Me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde	10. Eu me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.

A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo do instrumento “e-Literacia em Saúde” reflete adequadamente o construto. Para análise do conteúdo, utilizou-se de abordagem quantitativa com utilização do coeficiente de validação de conteúdo (CVC) para avaliação do comitê composto por dez especialistas que pontuaram os critérios referentes a: clareza de linguagem (C), pertinência prática (P) e relevância teórica (R). Para a análise dos

resultados, como sugerido pela literatura, adotou-se valores de referência como menores que 0,60 sendo considerados inaceitáveis, entre 0,60 e 0,70 considerados deficientes, entre 0,70 e 0,80 considerados aceitáveis, entre 0,80 e 0,90 considerados bons, e valores maiores de 0,90 seriam considerados excelentes (HERNANDES NIETO, 2002). Em nosso estudo, o CVC foi 0,86 (Quadro 2), indicando que houve boa concordância entre os membros do comitê de especialistas e o conteúdo do instrumento traduzido e adaptado transculturalmente reflete adequadamente o construto a que se destina.

Quadro 2 – Escala de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC): Clareza de Linguagem (C), Pertinência Prática (P), Relevância Teórica (R).

Itens	Conteúdo	C	P	R
1	Até que ponto você considera a internet útil para ajuda-lo(a) a tomar decisões sobre saúde.	0.89	0.82	0.89
2	Até que ponto você considera importante poder ter acesso a conteúdo sobre saúde na internet.	0.80	0.82	0.82
3	Eu sei quais são os conteúdos sobre saúde disponíveis na internet	0.80	0.80	0.82
4	Eu sei onde encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.	0.84	0.87	0.87
5	Eu sei como encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.	0.91	0.91	0.89
6	Eu sei como usar a internet para responder às minhas dúvidas sobre saúde.	0.91	0.91	0.91
7	Eu sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	0.80	0.80	0.80
8	Eu consigo avaliar os conteúdos sobre saúde que encontro na internet.	0.93	0.93	0.91
9	Eu sei diferenciar os conteúdos confiáveis dos de confiabilidade duvidosa entre os conteúdos sobre saúde na internet.	0.80	0.89	0.91
10	Eu me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	0.89	0.80	0.89
Total		0.86	0.86	0.87

A etapa seguinte consistiu da aplicação do instrumento a 431 usuários das redes sociais, que pertenciam direta ou indiretamente à rede de contatos da pesquisadora principal deste estudo, e foram convidados a responder às perguntas pelo link disponibilizado por meio

do *WhatsApp*, *Facebook* e por email. Do total de 431 participantes, 288 (66,8%) eram do sexo feminino, 143 (33,2%) do sexo masculino e a maioria eram casados (58,7%) (Tabela 1). Para o nível de escolaridade a maior representatividade se deu por pessoas com nível superior completo e pós-graduação, totalizando 49,2% (Tabela 1). Esta porcentagem está muito acima da realidade brasileira, onde cerca de 15,3% da população possui curso superior completo. Da mesma forma, a renda mensal dos respondentes encontra-se acima da média brasileira (2 salários mínimos) (IBGE, 2017), uma vez que 53,8% dos entrevistados declararam possuir renda acima de quatro salários mínimos. Ainda, 99,5% possui *smartphone* e 97,2% tem acesso à internet em domicílio (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	288 (66,8)
Masculino	143 (33,2)
Estado Civil	
Solteiro	142 (33,0)
Casado/União Estável	253 (58,7)
Divorciado/Separado	31 (7,2)
Viúvo	5 (1,2)
Escolaridade	
Fundamental Incompleto	8 (1,9)
Fundamental Completo	38 (8,8)
Médio Completo	173 (40,2)
Superior Completo	90 (20,9)
Pós-Graduação	122 (28,3)

Renda em Salário Mínimo (SM)	
Até 2 SM	65 (15,1)
2 a 3 SM	134 (31,1)
4 a 5 SM	148 (34,3)
5 a 8 SM	45 (10,4)
Mais que 8 SM	39 (9,1)
Possui Celular	
Sim	429 (99,5)
Não	2 (0,5)
Possui Internet	
Sim	419 (97,2)
Não	12 (2,8)

Para a medir a validade estrutural do construto utilizou-se a técnica da análise fatorial exploratória que permitiu identificar que o instrumento apresenta estrutura fatorial unidimensional (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores referentes à Análise Fatorial Exploratória.

Nº. Item	Itens	F1
L3	Eu sei quais são os conteúdos sobre saúde disponíveis na internet.	0.68
L4	Eu sei onde encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.	0.80
L5	Eu Sei como encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.	0.82
L6	Eu sei como usar a internet para responder às minhas dúvidas sobre saúde.	0.84
L7	Eu sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	0.85
L8	Eu consigo avaliar os conteúdos sobre saúde que encontro na internet.	0.81
L9	Eu sei diferenciar os conteúdos confiáveis dos de confiabilidade duvidosa entre os conteúdos sobre saúde da internet.	0.68
L10	Eu me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	0.74

A confiabilidade do instrumento “e-Literacia em Saúde” foi avaliada por meio da consistência interna empregando o alfa de Cronbach, ômega e confiabilidade composta. Os resultados encontrados apontam que o instrumento é confiável com o alfa total de 0,90. A análise do construto foi avaliada por meio da análise confirmatória (Tabela 3).

Tabela 3 – Confiabilidade e análise fatorial confirmatória (indicadores de ajuste do modelo)

Confiabilidade	
Alfa de Cronbach (CI 95%)	0.90 (0.89;0.92)
Omega 6	0.91
KMO	0.87
Confiabilidade composta	0.927
CFA	
X ² (Df) / P-valor	74.695 (28) / 0.00
RMSEA (CI 95%)	0.100 (0.079;0.123)
TLI	0.990
CFI	0.995
NFI	0.990
Variação média extraída	0.616

KMO = Kaiser-Meyer-Olkin; CFA = Análise Fatorial Confirmatória; X² = Qui-quadrado; Df = grau de liberdade; RMSEA = erro médio quadrático de aproximação da raiz; TLI = Índice de Tucker-Lewis; CFI = Índice de Ajuste Comparativo.

As cargas fatoriais indicam que todos os itens apresentam valores adequados que explicam o construto, variando de 0,65 a 0,88 para o modelo de um fator (Figura 2).

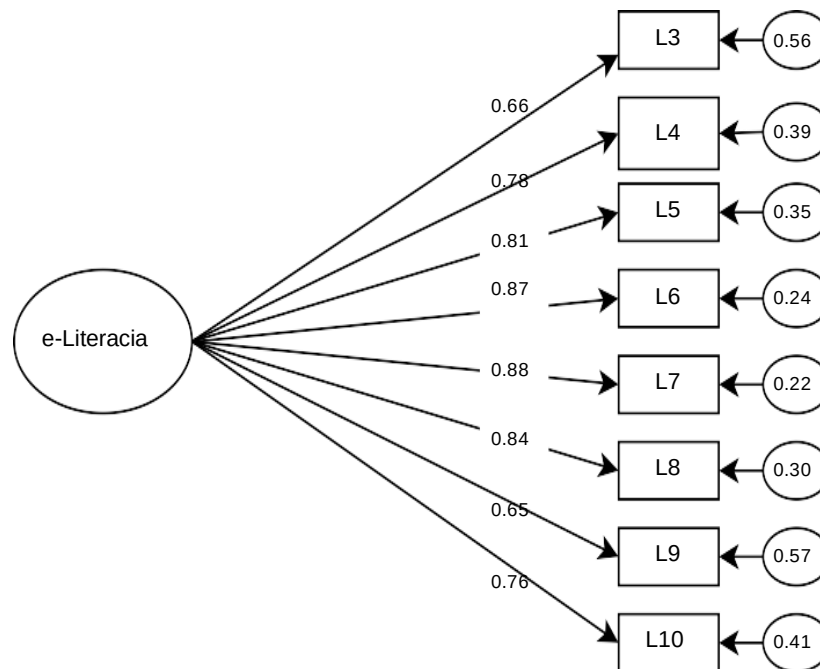


Figura 2. Estrutura interna do instrumento “e-Literacia em Saúde” unidimensional.

Para finalizar, foi realizado teste para validação externa do instrumento. Os escores do instrumento “e-Literacia em Saúde” mostraram correlação positiva $r = 0,553$ ($p < 0,001$) com o instrumento de Quemelo et al. (2017) que avalia literacia em saúde (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre os instrumentos “e-Literacia em Saúde” e “Literacia em Saúde” de Quemelo et al. (2017).

Instrumentos		“e-Literacia em Saúde”	“Literacia em Saúde”
“e -Literacia em Saúde”	Pearson's r	—	
	p-value	—	
“Literacia em Saúde”	Pearson's r	0.553 ***	—
	p-value	0.001	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

O presente estudo demonstrou que o instrumento “e-Literacia em Saúde” após o processo de tradução e validação transcultural apresenta confiabilidade e validade para identificação do nível de literacia digital em saúde dos usuários de redes sociais online. Ademais, embora nossos resultados tenham se apresentado consistentes para todas as análises que realizamos, é importante destacar que a confiabilidade e a validade não são propriedade fixas, as mesmas variam de acordo com a população e demais circunstâncias do estudo (SOUZA, 2017). Destaca-se também a importância de realizar a adaptação transcultural para instrumentos validados no mesmo idioma, mas utilizados em países diferentes como é o caso de Portugal e Brasil.

Conclusão

A versão traduzida e adaptada transculturalmente do instrumento “e-Literacia em Saúde” para a versão portuguesa falada no Brasil apresentou confiabilidade e validade consistentes, para medir o nível de literacia digital em saúde de usuários das redes sociais online. A utilização deste instrumento validado para uso online é uma ferramenta de fácil e rápida aplicação que poderá subsidiar pesquisas futuras na busca de melhores estratégias de comunicação para promoção da saúde dos usuários do sistema de saúde ou da população em geral.

Referências

IBGE; SOCIAIS, **Estatísticas**. PNAD Contínua TIC 2016: 94,2% das pessoas que utilizaram a Internet o fizeram para trocar mensagens. Internet foi mais acessada por pessoas de 18 a 24 anos de idade. 2016. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/20073-pnad-continua-tic-2016-94-2-das-pessoas-que-utilizaram-a-internet-o-fizeram-para-trocar-mensagens.html>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MINIWATTS MARKETING GROUP COPYRIGHT © 2018. SOUTH AMERICA INTERNET USERS AND POPULATION STATISTICS - 2018: **Internet Usage and Population in South America**. Miniwatts Marketing Group. Disponível em: <<https://www.internetworldstats.com/stats15.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

SAÚDE, Ministério da. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. 2016. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência.

OCDE (2002). **Reading for change - Performance and engagement across countries: Results from PISA 2000**. Paris: OECD Publishing. Retirado de: <http://www.pisa.oecd.org/dataoecd/43/54/33690904.pdf>

PIAAC - **Program for the International Assessment of Adults Competencies**. U. S. Department Of Education. Literacy Domain. Disponível em: <<https://nces.ed.gov/surveys/piaac/literacy.asp>>. Acesso em: 27 set. 2018. OCDE (2002).

NORMAN, Cameron D; A SKINNER, Harvey. **EHEALS: The eHealth Literacy Scale**. Journal of Medical Internet Research, Canadá, v. 8, n. 4, p.01-07, 14 nov. 2006. JMIR Publications Inc. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>.

BORSA, Juliane Callegaro; DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**, Porto Alegre, Rs, v. 22, n. 53, p.423-432, 2012.

LINO, Cristiane Ribeiro de Melo et al. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do brasil: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Brasil, v. 26, n. 4, p.1-11, 8 jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>.

Hernández-Nieto RA. Contributions to statistical analysis. Mérida: Universidade de Los Andes; 2002.

QUEMELO, P. R. V.; MILANI, D.; BENTO, V. F.; VIEIRA, E. R.; ZAIA, J. E. **Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017.

SOUZA, Ana Cláudia de et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Campinas, Brasil, v. 26, n. 3, p.649-659, jul. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>

INTERNATIONAL TEST COMMISSION. (2017). **The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (Second edition)**. <https://www.intestcom.org/>. Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). Acesso em 24/11/2019.

MOKKINK, Lidwine B. et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, Amsterdam, v. 63, n. 7, p.737-745, jul. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p.01-14, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00172815>.

5. NORMAS DO ARTIGO 1

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia. *Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos **Editores Associados da Revista**.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês. **Recomendações para a submissão de artigos** Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz. Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em

alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. **Seções da publicação** Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço. Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área. Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço. Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço. Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos

de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/ MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas

as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE

(<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.*) Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
 2. Instituição como autor The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
 3. Sem indicação de autoria Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
 4. Número com suplemento Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
 5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.
- Livros e outras monografias
6. Indivíduo como autor Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
 7. Organizador ou compilador como autor Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
 8. Instituição como autor Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
 9. Capítulo de livro Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
 10. Resumo em Anais de congressos Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.
 12. Dissertação e tese Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002. Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001. Outros trabalhos publicados
 13. Artigo de jornal Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
 14. Material audiovisual *HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
 15. Documentos legais Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set. Material no prelo ou não publicado Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes

com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004. Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico *CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995. 18. Programa de computador Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993. Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

6. ARTIGO 2



O papel das mídias digitais e da literacia digital na educação não-formal em saúde

The role of digital media and digital literacy in non-formal health education

Resumo

Literacia digital em saúde envolve a capacidade do indivíduo em interpretar, avaliar e usar de forma eficaz as informações de saúde obtidas por meio das mídias digitais, permitindo-o tomar decisões e ter maior autonomia sobre sua saúde. Considerando a crescente utilização das mídias digitais como fonte de informações em saúde para população, o presente estudo objetivou avaliar o nível de literacia digital em saúde de indivíduos que fazem uso das mídias digitais. O estudo foi desenvolvido com uma amostra de 431 indivíduos por meio de questionário digital para obtenção de dados socioeconômicos e o instrumento *eHealth literacy scale* (eHeals) foi utilizado para avaliar o nível de literacia digital em saúde. Os resultados indicaram que maior nível de escolaridade e renda correlacionam com maiores níveis de literacia digital em saúde. Os determinantes biológicos idade e sexo não apresentaram correlação com a literacia digital. Conclui-se que a estratégia do governo que busca por exemplo utilizar as redes sociais online *Facebook*, *Instagram* e *Twitter* como alternativa de educação não-formal em saúde deve considerar que o êxito dessa estratégia perpassa pela necessidade de investir na educação formal.

Palavras-chave: Educação não-formal, Educação para saúde, Política de saúde.

Abstract

Digital health literacy involves the individual's ability to effectively interpret, evaluate and use health information obtained through digital media, enabling them to make decisions and have greater autonomy over their health. Considering the increasing use of digital media as a source of health information for the population, the present study aimed to evaluate the digital health literacy level of individuals who use social media. The study was conducted with a sample of 431 individuals using a digital questionnaire to obtain socioeconomic data, and the *eHealth literacy scale* (eHeals) instrument was used to assess the level of digital health literacy. The results indicated that higher levels of education and income correlate with higher levels of digital health literacy. The biological determinants of age and gender did not correlate with digital literacy. It is concluded that government strategies that seek to use social media such as *Facebook*, *Instagram* and *Twitter* as an alternative to non-formal health education should consider that the success of these strategies depends on first investing in the formal education of the population.

Keywords: Non-formal education, Health education, Health policy.

1. Introdução

A relação recíproca entre educação e saúde baseia-se nas evidências de que o nível de educação de um indivíduo está relacionado aos resultados de sua saúde na idade adulta. Na mesma perspectiva, crianças mais saudáveis têm maior probabilidade de serem mais destacadas academicamente do que aquelas que apresentam problemas de saúde (BIRCH, 2017). Com embasamento nessa premissa, políticas públicas que fortaleçam programas e estratégias voltados para educação em saúde são importantes para melhoria da qualidade de vida da população (TENGLAND, 2016).

Considerando tais necessidades, no Brasil, políticas de educação e de saúde têm sido implementadas e reformuladas. Dentre elas, vale destacar que o Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria Nº 589, de 20 de maio de 2015, instituiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (MS, 2015). Dentre as diretrizes dessa política, destaca-se o estímulo ao uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde (MOREIRA; PINHEIRO, 2015).

Devido ao aumento do acesso da população às mídias digitais, especialmente após o surgimento das redes sociais *online*, estudos sobre estratégias de educação em saúde em meios não-formais tem sido cada vez mais frequentes (GABARRON et al., 2018; HSU et al., 2018; BJORNESTAD et al., 2019; LaBARGE e BROOM, 2019). No Brasil, cerca de 62% da população faz uso das redes sociais *online* (DINO, 2018), sugerindo o potencial da utilização desta ferramenta como uma estratégia não formal de educação em saúde.

Diante disso, o MS criou uma página no *Facebook*, e uma conta no *Instagram* e no *Twitter*, com intuito de divulgar informações sobre saúde e dialogar com a população (MOREIRA; PINHEIRO, 2015). Embora, até o momento, não haja registros científicos acerca dos efeitos desta iniciativa, espera-se que a ampliação do acesso à informação em saúde subsidie melhoria dos resultados de saúde da população.

Entretanto, face a crescente disseminação das chamadas *fake news* (notícias falsas), somado a teorias da conspiração e bots (robôs) que ajudam a disseminar e a viralizar tais conteúdos (VOSOUGHI et al, 2018), coloca-se em cheque os esforços direcionados ao uso das mídias digitais em estratégias de educação em saúde. Neste contexto, compreender as habilidades e competências dos usuários do sistema de saúde em usufruir de forma positiva desta gama de informações disponíveis nas redes sociais *online* é fundamental para se prever os efeitos a longo prazo dos investimentos do MS nas estratégias não formais de educação em saúde.

Como a literacia digital em saúde representa a habilidade dos indivíduos em buscar informações sobre saúde nas mídias digitais, interpretá-las e qualificá-las frente a uma determinada situação e a partir disso adotar os conhecimentos para tratar ou solucionar um problema em saúde (VAART; DROSSAERT, 2017), buscou-se no presente estudo avaliar o nível de literacia digital em saúde de indivíduos que fazem uso das mídias digitais. Ademais, analisamos também como fatores sociodemográficos influenciam esta habilidade.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e exploratório que integrou

431 participantes que responderam ao questionário *online*, estruturado no *Google Forms*, divulgado pelas redes sociais *online Facebook* e *WhatsApp* bem como por email durante o mês de setembro de 2019. O formulário *online* foi elaborado com questões sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e renda) acrescido do instrumento para avaliar o nível de literacia digital em saúde (*eHealth Literacy Scale - eHeals*) (NORMAN; SKINNER, 2006).

Instrumento *eHealth Literacy Scale (eHeals)*

Desenvolvido por Norman e Skinner (2006), avalia o nível de literacia digital em saúde por meio de oito itens de resposta tipo *Likert* com cinco alternativas que vão de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5), cuja pontuação mais elevada corresponde ao nível de literacia mais elevado. O instrumento contém mais duas questões relacionadas ao interesse dos participantes em utilizar informações em saúde oriundas das mídias digitais, com cinco alternativas do tipo *Likert* que vão de pouco útil (1) a muito útil (5).

Quadro 1. Questões do instrumento *eHealth Literacy Scale (eHeals)* validado no artigo 1 desta dissertação.

1. Eu sei quais são os conteúdos sobre saúde disponíveis na internet.
2. Eu sei onde encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.
3. Eu sei como encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.
4. Eu sei como usar a internet para responder às minhas dúvidas sobre saúde.
5. Eu sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.
6. Eu consigo avaliar os conteúdos sobre saúde que encontro na internet.
7. Eu sei diferenciar os conteúdos confiáveis dos de confiabilidade duvidosa entre os conteúdos sobre saúde na internet.
8. Eu me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.

Análise dos dados

Os dados descritivos são apresentados por meio de média e desvio padrão que correspondem às características dos participantes. Para verificar as diferenças entre os grupos com relação ao sexo foi utilizado o teste Mann-Whitney, já quando a diferença foi analisada com relação à escolaridade, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis e posteriormente análise post- Hoc de TUKEY foi utilizada para verificar diferenças entre grupos específicos, considerando-se um nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Além desta significância, recorreu-se à magnitude do tamanho do efeito, sendo calculado o coeficiente d de Cohen que é baseado nas diferenças standardizadas das médias. Os valores de referência considerados são $d = 0,20$, efeito pequeno ou modesto, $d = 0,50$, efeito moderado e $d = 0,80$, efeito importante (COHEN, 1992). Correlações entre as variáveis foram realizadas por meio do teste de correlação de Spearman, a um nível de significância de 5%. A correlação entre duas ou mais variáveis é representada pelos coeficientes de correlação, ou seja, valores que variam de -1 até +1. Valores positivos destes coeficientes ($r > 0$) indicam correlação direta, já valores negativos destes coeficientes ($r < 0$) significam uma correlação inversa. Para cada teste de correlação há um coeficiente, e segundo Spearman, valores entre 0 e 0,3 (ou 0 e -0,3) são considerados desprezíveis; valores entre 0,31 e 0,5 (ou -0,31 e -0,5) são consideradas correlações fracas; valores entre 0,51 e 0,7 (ou -0,51 e -0,7) são

consideradas correlações moderadas; valores entre 0,71 e 0,9 (ou -0,71 e 0,9) são consideradas correlações fortes; e valores $> 0,9$ (ou $< -0,9$) são consideradas correlações muito fortes (HOPKINS, 2000). Todas as análises foram realizadas pelo *software Linguagem R (R Core Team, 2018)*.

Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, de acordo com as normas estabelecidas na Resolução no 466/12 e Complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer de número 3.474.675 de 29/07/2019. Todos os indivíduos que participaram do estudo realizaram o consentimento online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. Resultados

Características dos participantes

Do total de 423 participantes, 60% são do sexo feminino (idade média de 36,4 anos, $\pm 12,6$), e 40% são do sexo masculino (idade média de 37,3 anos, $\pm 12,6$). Com relação à escolaridade, os dois grupos apresentaram maioria com Ensino Médio Completo, correspondendo 43% das mulheres e 34,3% dos homens, além disso, 27,4% das mulheres e 30% dos homens apresentam Pós-Graduação (Tabela 1)

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

Variável	Mulheres n(%)	Homens n(%)
Sexo	288 (60)	143 (40)
Idade, média (DP)	36,4 (12,6)	37,3 (12,6)
Escolaridade, n(%)		
Fundamental Incompleto	4 (1,4)	4 (2,8)
Fundamental Completo	29 (10,1)	9 (6,3)
Médio Completo	124 (43)	49 (34,3)
Superior Completo	52 (18,1)	38 (26,6)
Pós-Graduação	79 (27,4)	43 (30)

Relação da Literacia Digital em Saúde com o sexo

O nível de literacia digital dos participantes pode ser considerado alto no sentido de que se sentem aptos a realizar buscas digitais acerca de assuntos relacionados à saúde. Participantes do sexo feminino apresentaram valor médio de 3,64 ($\pm 0,64$), e os participantes do sexo masculino valor médio de 3,67 ($\pm 0,61$) (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação da literacia digital em saúde com relação ao sexo.
Mude a tabela, coloque esta aqui.

	n	M	DP	M	DP	W	p	Rank-Biserial Correlation
Literacia Digital em Saúde	431	3,64	0,64	3,67	0,61	19464	0.35	-0.055

n=número total de participantes do estudo; M=média; DP=desvio padrão.

Nota. Rank Biserial Correlation = o tamanho do efeito.

De acordo com a Tabela 2, percebe-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos divididos por sexo, apesar dos participantes do sexo masculino apresentarem média mais elevada quando comparados com os participantes do sexo feminino, $t(431) = 0,055$, $p > 0,05$.

Relação entre Literacia Digital em Saúde e características dos participantes

Foram realizadas análises de correlação entre a literacia digital em saúde e as características da amostra geral, tais como: idade, escolaridade e renda familiar. Os resultados da correlação podem ser verificados na Tabela 3.

Tabela 3. Correlação entre Literacia Digital em Saúde e características da amostra

		Idade	Escolaridade	Renda
Idade	r	—		
	p-value	—		
Escolaridade	r	0,202***	—	
	p-value	0,001	—	
Renda	r	0,394***	0,519***	—
	p-value	0,001	0,001	—
Literacia Digital em Saúde	r	0,037	0,131**	0,168***
	p-value	0,444	0,006	0,001

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

De acordo com a Tabela 3, verifica-se que a literacia digital em saúde não apresenta correlação significativa com a idade dos participantes, sendo assim, a idade não é uma variável que interfere no nível de literacia da amostra. Já quando a análise é realizada com relação à escolaridade e à renda, os resultados são diferentes. Temo que tanto a escolaridade quanto a renda dos participantes influenciam no nível de literacia digital em saúde dos mesmos. Ou seja, os resultados demonstram que quanto maior o nível educacional e também, quanto

maior a renda, maior a literacia digital em saúde dos participantes.

Considerando a correlação positiva entre o nível educacional e a literacia digital em saúde, verificou-se de forma mais detalhada as diferenças existentes no nível de literacia de acordo com os diferentes níveis educacionais. A Tabela 4 apresenta os resultados das diferenças estatisticamente significativas da literacia digital em saúde e os níveis de escolaridade.

Tabela 4. Comparação entre Literacia Digital em Saúde de acordo com os níveis de escolaridade.

	Escolaridade	N	Média	U	p
Literacia Digital em Saúde	Fundamental Completo	38	3,74	2576,5	0,037*
	Médio Completo	173	3,53		
	Total	211			
	Escolaridade	N	Média	U	p
Literacia Digital em Saúde	Médio Completo	173	3,53	7513	0,001**
	Pós-Graduação	122	3,82		
	Total	295			
	Escolaridade	N	Média	U	p
Literacia Digital em Saúde	Superior Completo	90	3,60	4420	0,015**
	Pós-Graduação	122	3,82		
	Total	212			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Considerando que há correlação entre a escolaridade e a literacia, verificou-se quais os níveis de escolaridade que mais se destacam quanto ao aumento da literacia. A análise dos dados dos participantes que relataram ter Ensino Fundamental (38) e Médio Completo (173), permitiu identificar que aqueles com Ensino Fundamental Completo apresentaram maior nível de literacia digital em saúde do que aqueles com Ensino Médio Completo ($p < 0,05$).

Quando a análise é realizada considerando níveis superiores de ensino, verifica-se que o nível de literacia digital em saúde se mostra superior, quanto maior o nível educacional. Participantes com Ensino Médio Completo apresentaram resultados mais baixos de Literacia do que os participantes com Pós-Graduação completa ($p < 0,001$). Da mesma forma, os participantes com Pós-Graduação completa apresentaram resultados mais elevados de Literacia do que os participantes com Ensino Superior Completo ($p < 0,05$).

4. Discussão

Frente ao progressivo aumento das *fake news* na área da saúde, a desinformação gerada intencional ou involuntariamente se espalha rapidamente, e

compromete, os avanços das estratégias governamentais de enfrentamento dos problemas de saúde (THOMAS et al., 2018; DIAS DA SILVA e WALMSLEY, 2018; MERCHANT e ASCH, 2018), requerendo, portanto, do usuário do sistema de saúde, maior habilidade para fazer uso das informações disponíveis nas mídias digitais. Dessa forma, avaliamos no presente estudo o nível de literacia digital em saúde em indivíduos que utilizam as mídias digitais. Mostramos que o grau de literacia da amostra avaliada apresentou-se bom, baseado em estudos anteriores que qualificaram os escores obtidos no teste entre ruim, bom e ótimo (TOMÁS et al., 2014). Ademais, mostramos que o sexo e idade não se correlacionaram com o grau de literacia digital em saúde, diferente do encontrado para outras características sociodemográficas da amostra, como nível de escolaridade e renda, que demonstraram correlações positivas.

Há consenso de que a literacia é um termo pouco conhecido no Brasil (MORAIS, KOLINSKY, 2016), assim como se faz ainda mais complexo o entendimento da literacia digital em saúde. Em linhas gerais, define-se como a capacidade de o indivíduo compreender uma informação sobre saúde obtida nas mídias digitais para desenvolver o conhecimento e intervir na saúde individual ou coletiva (PIAAC, 2018). Neste aspecto, a influência das informações sobre saúde divulgadas por fontes confiáveis pela internet, embora dependam da capacidade de compreensão e das habilidades do usuário, são produzidas para desencadear efeitos benéficos relacionados à promoção da saúde das populações (VOSOUGHI et al., 2018). Por outro lado, a grande demanda de informações falsas sobre saúde, são divulgadas deliberadamente e progressivamente compartilhadas, emergindo como ameaça potencial à saúde pública. A democratização da internet permite que notícias falsas sobre saúde sejam divulgadas como notícias reais, utilizando das redes sociais *online* para direcionar o tráfego na *Web* e ampliar seus efeitos (WASZAK, 2018).

Vosoughi e colaboradores (2018) identificaram que as informações intencionalmente falsas sobre saúde são advindas de sites com propósitos comerciais, financeiros ou ideológicos. Neste cenário desfavorável, soma-se o agravante de que as *fake news* são compartilhadas pelos usuários mais ampla e rapidamente que as informações de saúde providas de fontes embasadas em evidências científicas (SCHWITZER, 2017). Assim, identificar o nível de literacia digital em saúde dos usuários das redes sociais *online* pode representar o primeiro passo para criar estratégias para fortalecer as TIC em prol de utilizá-la como ferramenta para promover educação não-formal no campo da saúde, assim como criar mecanismos para empoderar os usuários para reconhecerem informações não confiáveis.

Apresentamos no presente estudo que os indivíduos que acessam as mídias digitais apresentam um bom nível de literacia digital em saúde. No entanto, há de se ressaltar que os respondentes do questionário *online* apresentaram nível de escolaridade elevado, onde cerca de 50% dos participantes declararam possuir nível superior completo e aproximadamente 30% com pós-graduação; situação esta, bastante diferente da realidade brasileira, em que apenas 15,3% da população possui curso superior completo (IBGE, 2017), sugerindo a possibilidade de extrapolação dos dados para uma parcela mais específica da população. Ademais, mostramos também que os determinantes biológicos, idade e sexo, não apresentaram correlação com a literacia digital em saúde, reafirmando, que questões sociais, como renda e grau de escolaridade parecem de fato serem mais relevantes para a determinação da habilidade de se utilizar as informações sobre

saúde nas mídias digitais.

Por conseguinte, a correlação entre renda elevada e maiores níveis de literacia se sustenta em dados que associam a desigualdade de renda à saúde, logo, quanto menor é a renda, piores são as condições de saúde (NUTBEAM, 2008). Nessa conjuntura, a baixa renda tem sido correlacionada com má alimentação, obesidade, falta de exercício físico, desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, cardiopatias e câncer, inclusive problemas de saúde mental. Observa-se que a maioria dessas doenças estão relacionadas aos determinantes modificáveis e podem ser evitadas ou minimizadas a partir da mudança de comportamento para atingir um estilo de vida mais saudável (GUNTZVILLER et al., 2016).

Ainda no que tange às populações de baixa renda, destacam-se as doenças transmissíveis como HIV/AIDS, dengue, enteroparasitoses, e outras que estão intrinsecamente associadas aos determinantes sociais de saúde (RAMOS et al., 2016). Vale ressaltar que essas doenças transmissíveis estão entre as prioritárias nas políticas de saúde e de educação, e como estratégia de combate a essas doenças o MS utiliza das redes sociais *online* para divulgar campanhas educativas. Outrossim, vale-se também dos portais oficiais do governo que utilizam as TIC para melhorar e facilitar o acesso da população aos serviços públicos de saúde (MOREIRA; PINHEIRO, 2015).

Embora os resultados tenham apontado que pessoas com ensino fundamental tenha maior nível de literacia digital que aquelas com ensino médio, esse dado deve ser interpretado com cautela pois pode se tratar de uma limitação do presente estudo, devido ao número reduzido de participantes com escolaridade correspondente ao nível fundamental completo, circunstância que pode refletir nos testes de correlação utilizados (LOUREIRO; GAMEIRO, 2011).

Em meio a tantos desafios no cenário brasileiro, nossos resultados reiteram que a educação formal é prioritária e deve preceder as estratégias do governo que buscam utilizar a educação não-formal, por meio das redes sociais *online*. Baixos níveis educacionais correlacionam-se com a baixa capacidade de usufruir com eficácia e eficiência a proposição das campanhas e demais conteúdos publicados nos portais do MS e aqueles divulgados nas redes sociais *online Facebook, Instagram e Twitter*. Ademais, a maioria dos artigos científicos sobre o tema, apontam as redes sociais *online* como principais veiculadoras de informações incorretas ou imprecisas em saúde (WANG et al., 2019), o que reafirma a relevância do presente estudo em analisar o grau de literacia digital em saúde e suas relações com as características sociodemográficas.

5. Conclusão

Elevado grau de escolaridade e maior renda se correlacionam com melhores níveis de literacia digital em saúde. Este estudo endossa a importância da educação formal para que as informações ou campanhas divulgadas pelas mídias digitais sejam compreendidas e utilizadas a favor dos usuários. Os determinantes biológicos, idade e sexo não apresentaram correlação com o nível de literacia digital em saúde. Em suma, conclui-se que as ações governamentais que buscam nas mídias digitais uma estratégia de educação não-formal para população, devem atentar-se que o pleno sucesso dessa estratégia perpassa pela prioritária necessidade de investir em educação formal e consequente melhoria de renda da

população.

Referências

- BAZM Soheila. Sustainable Development and Environmental Health Literacy in Iran. **J Environ Health Sustain Dev**. v.1, n.3. p.126-7, 2016.
- BIRCH, David. Improving schools, improving school education health education, improving public health: The role of SOPHE members. **Health Education & Behavior**, v. 44, n. 6, p. 839-844, 2017. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198117736353>.
- COHEN, Jacob. Statistical Power Analysis. **Current Directions in Psychological Science**. v.1, n.3, p. 98–101, 1992. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- DINO. **62% da População Brasileira está Ativa nas Redes Sociais**. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/negocios/dino/62-da-populacao-brasileira-esta-ativa-nas-redes-sociais/>>. Acesso em: 22 setembro. 2019.
- GUNTZVILLER, Lisa; KING, Andy; JENSEN, Jacob; DAVIS. Self-Efficacy, Health Literacy, and Nutrition and Exercise Behaviors in a Low-Income, Hispanic Population. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 19, n. 2, p. 489–49, 2016. <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-016-0384-4>
- IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016/2018.
- LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus; GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques. Critical interpretation of statistical results: beyond statistical significance. **Revista de Enfermagem Referencia**, v.3, p 151-162, 2011.
- MORAIS, José; KOLINSKY, Régine Kolinsky. Literacia científica: leitura e produção de textos científicos. **Educar em Revista**, n. 62, p.143-162, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.48025>.
- MOREIRA, Flávia Moraes.; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Ministério da Saúde no facebook: um estudo de caso da política de informação. **Informação & Informação**, v. 20, n. 3, p. 147–174, 2015.
- MS. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html>. Acesso em: 23 setembro 2019.
- MUKAKA, M. M. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. **Malawi Medical Journal**. v. 24, n. 3, p. 69-71, 2012.
- NORMAN, Camerin, SKINER Harvey. eHealth Literacy: Essential Skills for consumer health in a network. **J med internet Res**. v.8, n.2, e9, 2006.
- NORMAN, Cameron; SKINNER, Harvey. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. **Journal of Medical Internet Research**. v. 8, n.4, e27, 2006. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>

NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 12, p.2072-2078, 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.

PIAAC - **Program for The International Assement Of Adults Competencies**. U.s. Department Of Education. **Literacy Domain**. 2002. Disponível em: <<https://nces.ed.gov/surveys/piaac/literacy.asp>>. Acesso em: 27 set. 2019. OCDE.

R Core Team (2018). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Available online at <https://www.R-project.org/>.

RAMOS, Francisco Lúzio de Paula; HORA Ádrea Leal; SOUZA, Claudia Tereza Viera; PEREIRA, Luciana Oliveira; HORA, Dinair Leal da. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**. v.7, n.esp.,p.221-229, 2016. doi: 10.5123/S2176-62232016000500025

SCHWITZER, Gary. Pollution of health news: Time to drain the swamp. **BMJ**, v. 356, j1262, 2017.

TENGLAND, Per-Anders. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals. **Health Care Analysis**, v. 24, n. 1, p. 24–46, 2016.

TOMÁS, Catarina Cardoso; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; FERREIRA, Teresa de Jasus Rodrigues. Revitsa de Enfermagem Referência, série IV, n. 2, p.19-28, 2014.

VAART, Rosalie van der; DROSSAERT, Constance. 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.01-13, 2017. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6709>.

VOSOUGHI, Soroush; ROY, Deb; ARAL, Sinan. The spread of true and false news online. **Science**, v. 359, p. 1146-1151, 2018.

WASZAK, Przemyslaw M; KASPRZYCKA-WASZAK, Wioleta; KUBANEK, Alicja. **Health Policy and Technology**, The spread of medical fake news in social media – the pilot quantitative study, v. 7, n. 2, 115-118, 2018.

7. NORMAS DO ARTIGO 2



Artigo

Título do artigo: subtítulo (se houver) (fonte Arial 14, negrito, máximo de 15 palavras no idioma original do artigo. Somente primeira letra em caixa alta, exceto nomes próprios)

Título em inglês (obrigatório) (fonte Arial 12, caso o título original esteja em idioma estrangeiro, acrescentar aqui o título em português)

Título em espanhol (opcional) (fonte Arial 12)

Autor 1¹, Autor 2

Instituição (sigla da instituição), Cidade-Estado abreviado, País

Resumo (Fonte Arial 11, negrito)

Texto de 200 a 250 palavras ressaltando objetivo, método e conclusões do trabalho. O texto do resumo, escrito em parágrafo único, usando o verbo na terceira pessoa, deve ser livre de citações diretas ou indiretas, de símbolos ou contrações que não sejam de uso corrente, e de fórmulas e equações que não sejam absolutamente necessárias. (Fonte Arial 11)

Abstract (obrigatório)

1.1 Resumo em inglês, 250 palavras no máximo. Abstract in English, 250 words at maximum. (Fonte Arial 11).

Resumen (opcional)

1.2 Resumo em espanhol, máximo de 250 palavras. Resumen en español, máximo 250 palabras. (Fonte Arial 11).

Palavras-chave: Fonte Arial 11. (até 4 palavras, separadas por vírgula, somente a primeira letra de cada uma em caixa alta). Verificar instruções em: Para as palavras-chave em Português, pesquisar no Thesouro em educação disponível em: http://pergamum.inep.gov.br/pergamum/biblioteca/pesquisa_thesouro.php?resolution2=1024_1

Para maiores detalhes ver o Tutorial sobre o Thesouro disponibilizado pelo Portal de Periódicos da UFSCar em:

<http://www.periodicos.ufscar.br/noticias/como-e-por-que-utilizar-o-tesouro-em-educacao-da-inep>

Keywords: Fonte Arial 11. Para as keywords (descritores em Inglês), pesquisar no Thesouro internacional em educação disponível em: <http://eric.ed.gov/?ti=all>

Palabras claves:

Palavras-chave em espanhol. (Somente a primeira letra de cada palavra em maiúscula. Fonte Arial 11)

Corpo do texto

¹ Exemplo: Docente do Departamento de Educação da Universidade..., Doutor em Educação. Membro do grupo de pesquisa "...". ORCID id: E-mail:

OBS.: NÃO PREENCHER ESSES DADOS POR OCASIÃO DA SUBMISSÃO. (Fonte Arial 10)

Introdução

Na introdução do trabalho deve constar a definição do tema em linhas gerais, a delimitação do assunto estudado, o estabelecimento dos objetivos gerais e específicos, a apresentação da justificativa para a escolha do tema, a apresentação da metodologia e a indicação da organização do trabalho, ou seja, das partes que o compõem.

O texto do trabalho deve ser digitado com espaço simples entre as linhas.

2. Desenvolvimento

Parte principal do artigo, que contém a exposição ordenada e pormenorizada do assunto tratado. Divide-se em seções e subseções, conforme a NBR 6024, que variam em função da abordagem do tema e do método. Acrônimos e abreviações devem estar entre parênteses e serem precedidos de seu significado completo quando do primeiro uso no texto. As citações “com até 3 linhas devem fazer parte do próprio texto entre aspas” (AUTOR, 2019, p. 10) ou Segundo Autor (2019, p. 10), “com até 3 linhas devem fazer parte do próprio texto entre aspas”.

Citações com mais de 3 linhas devem ter recuo de 4,0cm e Fonte Arial 11). (AUTOR, 2019, p. 10) ou, De acordo com Autor (2019, p. 10), Citações com mais de 3 linhas devem ter recuo de 4,0cm e Fonte Arial 11).

3. Formatação de ilustração

Sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, do respectivo título e/ou legenda explicativa. Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor). A ilustração deve ser inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere (ABNT, 2011).

Ilustrações deverão ser incorporadas diretamente ao texto em formato jpg em boa resolução, sugerimos 300 dpis.

Exemplo de ilustração:

Figura1 - Título da figura (Arial 10, centralizado)



Fonte: (Arial, 10) [fonte dos dados ex: o(s) autor(es), pesquisa de campo)

4. Formatação de tabelas

De acordo com as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1993), tabela é uma forma de apresentação de dados numéricos, que possui a seguinte estrutura:

- a) Identificação da tabela;
- b) Elementos da tabela.

Exemplo de tabela:

Tabela 2. Tempo médio de defesa da dissertação – comparativo de 2 períodos. (Fonte Arial 11)

Mestrado			
Ano	Tempo defesa em meses	Ano	Tempo defesa em meses
1997	43	2006	29
1998	44	2007	26
1999	41	2008	24
2000	41	2009	23
2001	36	2010	24
2002	38	2011	25
2003	40	2012	23
2004	34	2013	24
2005	34	2014	24
Total do período em meses	351		222
Média do período em meses	39		25

Fonte: Pizzi e Santos, 2017. (Fonte Arial 10). (Não se esquecer de colocar as informações da obra citada nas referências).

Conclusão

Parte final do texto, na qual se apresentam as conclusões correspondentes aos objetivos e hipóteses.

Referências

Configuração do texto: Arial 12, alinhamento à esquerda, espaçamento simples.

Obs.: Obrigatório o Nome e sobrenome dos autores por extenso. Repetir os sobrenomes dos autores não usar traço/ponto: (_____.)

Listar todas e somente as obras citadas no texto em ordem alfabética de SOBRENOME do autor, segundo normas ABNT. Verificar em Diretrizes para autores instruções para as referências. Caso haja citação sua no texto, solicitamos que seja colocada no lugar do Sobrenome a palavra AUTOR, seguida da letra X. Exemplo: (AUTOR X, 2016, p.23). Na referência apenas AUTOR e ANO. Exemplo: AUTOR, 2016.

Exemplos:

a) Livro de um só autor:

SOBRENOME, Nome. **Título em negrito**. Edição. Local de edição: Editora, ano de edição, número de páginas.

b) Livro de dois autores

SOBRENOME, Nome; SOBRENOME, Nome. Idem ao primeiro exemplo.

c) Livro de três autores:

SOBRENOME, Nome; SOBRENOME, Nome; SOBRENOME, Nome. Idem ao primeiro exemplo.

d) Livro de mais de três autores:

SOBRENOME, Nome et al. Idem ao primeiro exemplo.

e) Capítulo/Artigo em livro:

SOBRENOME, Nome. Título do artigo. In: SOBRENOME, Nome (Ed./Org.). **Título do livro em negrito**. Edição. Local de edição: Editora, ano de edição, página inicial e final do capítulo.

f) Artigos em Revistas:

SOBRENOME, Nome. Título do artigo sem aspas ou itálico. **Nome da Revista em negrito**, local, volume, número, página(s), data (mês e ano).

g) Dissertações e Teses:

SOBRENOME, Nome. **Título da dissertação ou tese em negrito**. Ano da defesa. Número de folhas. Dissertação/Tese (Mestrado/Doutorado em xxx [área]) – Nome da Instituição (Faculdade, Universidade), local, ano da publicação.

h) Artigos em jornais:

SOBRENOME, Nome. Título do artigo sem aspas ou itálico. **Nome do jornal em negrito**. Local, data, Caderno/Seção, página(s).

i) Publicação em meio eletrônico:

SOBRENOME, Nome. Título da matéria ou artigo. Título da publicação (site, revista), local, número, data (mês e ano). Disponível em: (endereço eletrônico). Acesso em: (data).

Nota(s) de rodapé

As notas, numeradas sequencialmente em algarismo arábico no texto, devem figurar ao final de cada página, na mesma ordem em que aparecem no texto.

Exemplos:

¹ Primeira nota (Fonte Arial 10)

² Segunda nota.

³ Terceira nota.

APÊNDICE A (Fonte Arial 12, negrito)

Espaço para inserção de questionários e/ou outros elementos complementares ao artigo de concepção e elaboração pelo(s) próprio(s) autor(es). Configuração do

texto: Arial 12, alinhamento à esquerda, espaçamento simples.

ANEXO 1 (Fonte Arial 12, negrito)

Espaço para inserção de outros elementos complementares ao artigo. Configuração do texto: Arial 12, alinhamento à esquerda, espaçamento simples.

Agradecimentos (Arial 12, negrito)

Configuração do texto: Arial 12, alinhamento à esquerda, espaçamento simples.

Contribuição de cada um dos autores (Arial 12, negrito)

Autor 1:

Autor 2:

Autor 3:

Enviado em: NÃO PREENCHER

Aprovado em: NÃO PREENCHER

[LIMITE DE TEXTO: ATÉ 20 PÁGINAS]

8. CONCLUSÃO

A versão traduzida e adaptada transculturalmente do instrumento “e-Literacia em Saúde” para a versão portuguesa falada no Brasil apresentou confiabilidade e validade consistentes, para medir o nível de literacia digital em saúde de usuários das redes sociais online. A aplicação do instrumento validado mostrou que elevado grau de escolaridade e maior renda se correlacionam com melhores níveis de literacia digital em saúde. Este estudo endossa a importância da educação formal para que as informações ou campanhas sobre saúde divulgadas pelas mídias digitais sejam compreendidas e utilizadas a favor dos usuários. Os determinantes biológicos, idade e sexo não apresentaram correlação com o nível de literacia digital em saúde. Nesta premissa, identificou-se que as ações governamentais que buscam nas mídias digitais uma estratégia de educação não-formal para população, devem atentar-se que o pleno sucesso dessa estratégia perpassa pela prioritária necessidade de investir em educação formal e consequente melhoria de renda da população. Em suma, conclui-se que o instrumento “e-Literacia em Saúde” validado para usuários das redes sociais digitais se constitui em importante ferramenta para subsidiar estratégias de promoção da saúde no Brasil.

A utilização deste instrumento validado para uso online é uma ferramenta de fácil e rápida aplicação que poderá subsidiar pesquisas futuras na busca de melhores estratégias de comunicação para promoção da saúde dos usuários do sistema de saúde ou da população em geral.

9. REFERÊNCIAS

- ADKINS, Natalie Ross; CORUS, Canan. **Health Literacy for Improved Health Outcomes: Effective Capital in the Marketplace**. Journal of Consumer Affairs, Usa, v. 43, n. 2, p.199-222, jun. 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6606.2009.01137.x>.
- BATES DW, Bitton A. **The future of health information technology in the patient-centered medical home**. Health Aff (Millwood). 2010; 29:614–21. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0007
- BAZM S. **Sustainable Development and Environmental Health Literacy in Iran**. J Environ Health Sustain Dev. 2016; 1(3): 126-7.
- BEATON DE, Bombardier C, Guilhaermin F, Ferraz MB. **Guidelines for de process of cross-cultural adaptation of self-report measures**. Spine. 2000. Dec; 25(24): 3186-91.
- BERKMAN, N. D. et al. **Evidence Report/Technology Assessment Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review**. 2011.
- BORSA, Juliane Callegaro; DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas:Algumas Considerações. **Paidéia**, Porto Alegre, Rs, v. 22, n. 53, p.423-432, 2012.
- BRASIL, M. D. S. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. 1º EDIÇÃO ed. Brasília-DF: Série B. Textos Básicos em Saúde, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde; Saúde, Secretaria-executiva Secretaria de Vigilância em. **Glossário Temático: Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para discussão) – 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf> Acesso em 16 de outubro de 18.
- CHUNG, Seonyoon; PARK, Bu Kyung; NAHM, Eun-shim. **The Korean eHealth Literacy Scale (K-eHEALS): Reliability and Validity Testing in Younger Adults Recruited Online**. Journal of Medical Internet Research, Eua, v. 20, n. 4, p.01-10, 20 abr. 2018. JMIR Publications Inc. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8759>.
- CONASS. Promoção da Saúde: **Propostas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para sua efetivação como política pública no Brasil. 2016**. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/promocao-da-saude>>. Acesso em: 06 nov. 2018.
- DEVELLIS, R. F. (2008). **Scale development: theory and applications** (2nd ed.). London: Sage Publications, Inc.
- DORTHE, Furstrand; LARS, Kayser. Development of the eHealth Literacy Assessment Toolkit, eHLA. **Studies In Health Technology And Informatics**, Dinamarca, v. 216, n. 2015-, p.971-971, 2015. IOS Press. <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-564-7-971>.

DOUNG, T.V., et al, (2017); **A new comprehensive short-form Health Literacy Survey Tool for patients in general**. Asian Nursing Research, 11, 1, 30-35.

ESPANHA, R.; ÁVILA, P. (2016). **Health Literacy Survey - Portugal: a contribution for the knowledge on health and communications**; Procedia Computer Science, 100, 1033-1041.

FINLAY, Sarah et al. **Health literacy education for rural health professionals: shifting perspectives**. Australian Health Review, Austrália, p.1-4, 2018. CSIRO Publishing. <http://dx.doi.org/10.1071/ah18019>.

FREEDMAN DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. **Public health literacy defined**. Am J Prev Med. 2009; 36(5):446–451. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.001. [PubMed].

HANEMANN, U. 2015. **Lifelong literacy: Some trends and issues in conceptualizing and operationalizing literacy from a lifelong learning perspective**. International Review of Education – Journal of Lifelong Learning, 61 (3), pp. 295–326.

HANIK B, Stellefson M. E-health literacy competencies among undergraduate health education students: A preliminary study International Electronic Journal of Health Education. 2011; 14:46-58

HERNÁNDEZ-Nieto RA. Contributions to statistical analysis. Mérida: Universidade de Los Andes; 2002.

HOPKINS, W. G. *Correlation coefficient: a new view of statistics*. 2000. Disponível em: <<http://www.sportsci.org/resource/stats/correl.html>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

HUGHSON, Jo-anne et al. **Health professionals' views on health literacy issues for culturally and linguistically diverse women in maternity care: barriers, enablers and the need for an integrated approach**. Australian Health Review, Australia, p.10-20, 2017. CSIRO Publishing. <http://dx.doi.org/10.1071/ah17067>.

IBGE; SOCIAIS, **Estatísticas**. PNAD Contínua TIC 2016: 94,2% das pessoas que utilizaram a Internet o fizeram para trocar mensagens. Internet foi mais acessada por pessoas de 18 a 24 anos de idade. 2016. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/20073-pnad-continua-tic-2016-94-2-das-pessoas-que-utilizaram-a-internet-o-fizeram-para-trocar-mensagens.html>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION. (2017). **The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (Second edition)**. <https://www.intestcom.org/>. Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). Acesso em 24/11/2019.

INTERNET WORLD STATS. **Internet users in the world distribution by world regions – Q4 2014**. URL: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm> [accessed 01/08/2018] [WebCite Cache ID 6ShuzygAZ]

ISHIKAWA H, TAKEUSHI T, YANO E. **Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among diabetic patients**. Health Promotion

International.2008; 23:269-274.

JESSUP, Rebecca L. et al. **Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia.** BMC Health Services Research, Austrália, v. 18, n. 1, p.01-10, 22 fev. 2018. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-2921-4>.

KIM, Hyunmin et al. Mobile Health Application and e-Health Literacy: Opportunities and Concerns for Cancer Patients and Caregivers. **Journal Of Cancer Education**, Memphis, Tn , Usa, v. 34, n. 1, p.3-8, 14 nov. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-017-1293-5>.

KNAPP C, Madden V, Marcu M, Wang H, Curtis C, Sloyer P, et al. **Information seeking behaviors of parents whose children have life-threatening illnesses.** *Pediatr Blood Cancer* 2011 May; 56(5):805-811. [doi: 10.1002/pbc.22674]

KUZIEMSKY CE et al. Balancing **Health Information Exchange and Privacy Governance from a Patient-Centred Connected Health and Telehealth Perspective.** 2018. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1055%2Fs-0038-1641195>> Acesso em 16 de outubro de 2018.

LINO, Cristiane Ribeiro de Melo et al. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Brasil, v. 26, n. 4, p.1-11, 8 jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>.

MAEYAMA Aurélio, m.; Helena Jasper, Cláudia; Gabriele Nilson, Luana; Ludke Dolny, Luise; Roberto Agea Cutolo, Luiz. **Promoção da saúde como tecnologia para transformação social.** *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, n. 22, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014.** *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, Nov. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014>.

MANAFÒ E, Wong S. **Assessing the eHealth literacy skills of older adults: A preliminary study.** *Journal of Consumer Health on the Internet* 2012 Oct; 16(4):369-381. [doi: 10.1080/15398285.2012.701163]

MANCUSO JM. **Health literacy: a concept/dimensional analysis.** *Nurs Health Sci.* 2008; 10:248–255. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x. [PubMed].

MANI, Nandita S. et al. Strategies for Integrating Technology as a Team Member. **North Carolina Medical Journal**, North Carolina, v. 79, n. 4, p.245-249, jul. 2018. North Carolina Institute of Medicine. <http://dx.doi.org/10.18043/ncm.79.4.245>. Acesso em 16 de outubro de 2018.

MCKENNA, V.B.; SIXSMITH, J.; BARRY, M.M. (2017). **The relevance of context in**

understanding health literacy skills: Findings from a qualitative study. Wiley - Health Expectations, 20,1049-1060. Doi: 10.1111/hex.12547.

MINIWATTS MARKETING GROUP COPYRIGHT © 2018. SOUTH AMERICA INTERNET USERS AND POPULATION STATISTICS - 2018: **Internet Usage and Population in South America.** Miniwatts Marketing Group. Disponível em: <<https://www.internetworldstats.com/stats15.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

MOKKINK, Lidwine B. et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, Amsterdam, v. 63, n. 7, p.737-745, jul. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>.

MORAIS, José; KOLINSKY, Régine. **Literacia científica: leitura e produção de textos científicos.** Educar em Revista, Curitiba - PR, n. 62, p.143-162, dez. 2016. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.48025>.

MOREIRA, Flávia Moraes.; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Ministério da Saúde no facebook: um estudo de caso da política de informação. **Informação & Informação**, v. 20, n. 3, p. 147-174, 2015.

NACCARELLA, Lucio et al. **Improving access to important recovery information for heart patients with low health literacy: reflections on practice-based initiatives.** Australian Health Review, Australia, p.01-07, 01 set. 2018. CSIRO Publishing. <http://dx.doi.org/10.1071/ah17270>.

NETER E, Brainin E. **eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information.** J Med Internet Res 2012 Jan; 14(1):e19 [FREE Full text] [doi: 10.2196/jmir.1619] [Medline: 22357448].

NORMAN, Cameron D; A SKINNER, Harvey. **EHEALS: The eHealth Literacy Scale.** Journal of Medical Internet Research, Canadá, v. 8, n. 4, p.01-07, 14 nov. 2006. JMIR Publications Inc. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>.

NUTBEAM, Don. **The evolving concept of health literacy.** Social Science & Medicine, Austrália, v. 67, n. 12, p.2072-2078, dez. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.

OECD (2002). **Reading for change - Performance and engagement across countries: Results from PISA 2000.** Paris: OECD Publishing. Retirado de: <http://www.pisa.oecd.org/dataoecd/43/54/33690904.pdf>

OECD (2013), OECD Skills Outlook 2013 **First Results from the Survey of Adult Skills**, <https://www.oecd.org/skills/piaac/Skills%20volume%201%20> (eng) <https://www.oecd.org/skills/piaac/Skills%20volume%201%20> eBook%20(04%2011%202013).pdf. acessado em 28 setembro de 2018.

OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. 2016. **Healthy People 2020: health communication and health information technology** URL: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-communication-and-health-information-technology/objectives> [accessed 10/10/2018] [WebCite Cache ID 6sRzerPvw]

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES. **Literacia em Saúde**. Gabinete de Estudos Técnicos. Lisboa. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary Health Care - The World Health Report 2008**. Disponível em < http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf > Acesso em 16 de outubro de 2018.

PARKER, Ruth M.; KINDIG, David A. **Beyond the institute of medicine health literacy report**. Journal of General Internal Medicine, Atlanta, Usa, v. 21, n. 8, p.891-892, ago. 2006. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00541.x>.

PASSAMAI, M PB. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde** / Maria da Penha Baião Passamai, Helena Alves de Carvalho Sampaio, José Wellington de Oliveira Lima. Fortaleza: EdUECE, 2013.

PEDRO, A. R.; AMARAL, O.; ESCOVAL, A. **Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2016.

PERESTELO-PÉREZA L, Pérez-Ramos J, Abt-Sacks A, et al. **Promoción de la participación ciudadana en cuidados de salud a través de PyDEsalud.com**. Gac Sanit. 2013; 27:466-7.

PIAAC - **Program for the International Assessment of Adults Competencies**. U. S. Department Of Education. Literacy Domain. Disponível em: <<https://nces.ed.gov/surveys/piaac/literacy.asp>>. Acesso em: 27 set. 2018. OCDE (2002).

PINTO, Sara; CALDEIRA, Sílvia; MARTINS, José Carlos. E-Health in palliative care: review of literature, Google Play and App Store. **International Journal of Palliative Nursing**, Lisboa, v. 23, n. 8, p.394-401, 2 ago. 2017. Mark Allen Group. <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.8.394>.

QUEMELO, P. R. V.; MILANI, D.; BENTO, V. F.; VIEIRA, E. R.; ZAIA, J. E. **Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017.

RODRIGUES V. Literacia em saúde. Rev Port Cardiol. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>

ROOTMAN I. **Literacy and health in Canada: is it really a problem?** Can J Public Health 2003;94(6):405-406. [Medline: 23061744]

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p.01-14, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00172815>.

SANTOS, M.I.P.O.; PORTELLA, M.R. **Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 1, p. 156-164,

2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Aline Barbosa Teixeira. **TECNOLOGIAS EM SAÚDE: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza, Ce: Eduece, 2016. 482 p.

SAÚDE. Ministério da. Comitê Gestor da Estratégia E-saúde. **Estratégia e-saúde para o Brasil**. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SAÚDE, Ministério da. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. 2016. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência.

SAÚDE, Ministério da. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 24 nov. 2019.

SORENSEN, K. et al (2015). **Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLSEU)**.

SOUZA, Ana Cláudia de et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Campinas, Brasil, v. 26, n. 3, p.649-659, jul. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

TELEBRASIL, Agencia. **Sete em cada 10 brasileiros usam a internet**. 2019. Disponível em: <http://sis-publique.agenciatelebrasil.org.br/Noticias/Sete-em-cada-10-brasileiros-usam-a-internet-395.html>. Acesso em: 25 nov. 2019.

TENGLAND, Per-anders. **Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals**. Health Care Analysis, Suécia, v. 24, n. 1, p.24-46, 8 out. 2013. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10728-013-0265-0>.

TENNANT, Bethany et al. **EHealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors among Baby Boomers and Older Adults**. Journal of Medical Internet Research, U.S., v. 17, n. 3, p.01-16, 17 mar. 2015. JMIR Publications Inc.

SAÚDE, TIC. **Acesso às Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC)**. 2018. Disponível em: <https://cetic.br/pesquisa/domicilios/indicadores>. Acesso em: 07 jan. 2019.

TOBERGTE, D. R.; CURTIS, S. **Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Journal of Chemical Information and Modeling, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.

TOMÁS, Catarina; QUEIRÓS, Paulo; FERREIRA, Teresa. **Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde**. Revista de Enfermagem Referência, Portugal, n. 2, p.19-28, 30 jun. 2014. Health Sciences Research Unit: Nursing.

UNESCO. Resumo de Políticas 7 do UIL **Competências de leitura, escrita e aritmética em uma perspectiva de aprendizagem ao longo da vida**. 2017. Resumo de Políticas. Disponível em:

<<http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002470/247094por.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

UNESCO. **TIC na Educação do Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/pt/brasil/communication-and-information/access-to-knowledge/ict-in-education/>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

VAART, Rosalie van Der; DROSSAERT, Constance. **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, [s.l.], v. 19, n. 1, p.01-13, 24 jan. 2017. JMIR Publications Inc. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6709>.

VOSOUGHI, Soroush; ROY, Deb; ARAL, Sinan. The spread of true and false news online. **Science**, v. 359, p. 1146-1151, 2018.

ERKUT, Sumru. Developing Multiple Language Versions of Instruments for Intercultural Research. **Child Development Perspectives**, Wellesley, Ma, v. 4, n. 1, p.19-24, abr. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00111.x>.

WHO. Relatório mundial de envelhecimento e saúde: **resumo**. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 11 Nov. 2018.

ZAJAC IT, Flight IHK, Wilson C, Turnbull D, Cole S, Young G. **Internet usage and openness to internet-delivered health information among Australian adults aged over 50 years**. Australas Med J 2012 May 31;5 (5):262-267. [doi: 10.4066/AMJ.2012.1065]

10. ANEXOS

10.1 Anexo A - Escala e-Literacia Validado em Portugal

Escala de e-Literacia em Saúde

1. Até que ponto considera que a internet é útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde.

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

2. Até que ponto considera **importante** para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?

1	2	3	4	5
Absolutamente nada importante	Nada importante	Não tenho a certeza	Importante	Muito importante

3. Sei **quais** são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.
- 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente
4. Sei **onde encontrar** recursos úteis sobre saúde na internet
- 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente
5. Sei **como** encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.
- 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente
6. Sei **como usar** a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde
- 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente

7. Sei como usar a **informação sobre saúde** que encontro na internet para me ajudar.
 - 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente
8. Consigo **avaliar** os recursos sobre saúde que encontro na internet.
 - 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente
9. Sei distinguir os recursos de **elevada qualidade** dos de **fraca qualidade** entre os recursos sobre saúde da internet:
 - 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente
10. Sinto-me **confiante** a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde.
 - 1) Discordo totalmente
 - 2) Discordo
 - 3) Indeciso
 - 4) Concordo
 - 5) Concordo totalmente

10.2 Anexo B - Questionário de Literacia em Saúde

1. Quanto você compreende das instruções nas bulas de medicamentos?

- (1) Muito mal
- (2) Mal
- (3) Moderadamente
- (4) Bem
- (5) Muito bem
- (0) Eu não leio as bulas

2. Quanto você entende sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas?

- (1) Muito mal
- (2) Mal
- (3) Moderadamente
- (4) Bem
- (5) Muito bem
- (0) Eu não leio estas informações

3. Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações. (1) Discordo totalmente

- (2) Discordo
- (3) Concordo
- (4) Concordo totalmente
- (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

4. Quando eu quero fazer algo para a minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações.

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Concordo
- (4) Concordo totalmente
- (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

5. Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham tido dúvidas sobre problemas de saúde?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) De vez em quando
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre
- (0) Nunca tive este tipo de experiência

6. Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas (familiares e amigos)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) De vez em quando
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre
- (0) Nunca tive este tipo de experiência

7. Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde?

- (1) Muito mal
- (2) Mal
- (3) Moderadamente
- (4) Bem
- (5) Muito bem
- (0) Eu não me interesso por estes assuntos

8. Em relação às informações sobre saúde na Internet, eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade.

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Concordo
- (4) Concordo totalmente
- (0) Eu não tenho experiência neste assunto

10.3 Anexo C

Cameron D. Norman <cameron.norman@utoronto.ca>
Para: Mirian Ueda Yamaguchi <mirianueda@gmail.com>

24 de abril de 2018 11:37

Dear Mirian,

You are welcome to use the eHEALS in your research.

Best wishes,

Cameron

[Texto das mensagens anteriores oculto]

—

Cameron D. Norman PhD MDes CE

Adjunct Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto
Toronto, Canada

Principal & President
Cense Ltd.

@cdnorman
<http://censemaking.com>

10.4 Anexo D

Catarina Tomás <catarina.cardosot@gmail.com>
Para: Mirian Ueda Yamaguchi <mirianueda@gmail.com>

26 de abril de 2018 05:58

Cara Mirian,

Agradecemos o interesse demonstrado pelo instrumento de avaliação da e-literacia EHEALS.

O artigo que tem disponível online apresenta toda a informação relativa à validação do instrumento. Não obstante, se precisar de mais informação, estamos disponíveis para esclarecer.
Envio o instrumento traduzido completo para que possa aplicar.

Agradecemos a citação correta do artigo nos trabalhos em que utilizar o instrumento.
Agradecemos também o envio dos resultados obtidos com a utilização do instrumento, ou as publicações daí decorrentes.

Votos de sucesso.

Os melhores cumprimentos.
Catarina Cardoso Tomás, RN, MHN, MSc, PhD
Professor Adjunto
Departamento de Ciências de Enfermagem

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro
Apartado 4137
2411-901 Leiria
Telf. (+351) 244 845 300
Fax. (+351) 244 845 309

10.5 Anexo E – Questionário de Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil.

1. Quanto você compreende das instruções nas bulas de medicamentos?

- (1) Muito mal
- (2) Mal
- (3) Moderadamente
- (4) Bem
- (5) Muito bem
- (0) Eu não leio as bulas

2. Quanto você entende sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas?

- (1) Muito mal
- (2) Mal
- (3) Moderadamente
- (4) Bem
- (5) Muito bem
- (0) Eu não leio estas informações

3. Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações.

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Concordo
- (4) Concordo totalmente
- (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

4. Quando eu quero fazer algo para a minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações.

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Concordo
- (4) Concordo totalmente
- (0) Eu não tenho experiência com este tipo de situação

5. Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham tido dúvidas sobre problemas de saúde?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) De vez em quando
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre
- (0) Nunca tive este tipo de experiência

6. Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas (familiares e amigos)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) De vez em quando

- (4) Frequentemente
- (5) Sempre
- (0) Nunca tive este tipo de experiência

7. Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde?

- (1) Muito mal
- (2) Mal
- (3) Moderadamente
- (4) Bem
- (5) Muito bem
- (0) Eu não me interesso por estes assuntos

8. Em relação às informações sobre saúde na Internet, eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade

- (1) Discordo totalmente
- (2) Discordo
- (3) Concordo
- (4) Concordo totalmente
- (0) Eu não tenho experiência neste assunto

11. APÊNDICES

11.1 Apêndice A - Questionário de Perfil Socioeconômico demográfico

QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO DEMOGRÁFICO

1) **SEXO:** Masculino () Feminino ()

2) **ETNIA/ RAÇA:** Branca () () Amarela Parda () Negra ()

3) **IDADE:** _____

4) **ESTADO CIVIL:**

() Solteiro

() Casado (a)

() Separado (a) / Divorciado (a)

() Viúvo (a)

5) **CIDADE QUE RESIDE:** _____ **UF:** _____

6) **ESCOLARIDADE:**

1) Fundamental

() Completo () Incompleto

2) Médio

() Completo () Incompleto

3) Superior

() Completo () Incompleto

4) Pós-Graduação (*Lato Sensu*)

() Completo () Incompleto

5) Pós-Graduação (*Stricto Sensu*, Nível Mestrado)

() Completo () Incompleto

6) Pós-Graduação (*Stricto Sensu*, Nível Doutor)

() Completo () Incompleto

7) **QUAL SUA PARTICIPAÇÃO NA VIDA ECONOMICA DE SUA FAMÍLIA? VOCÊ:**

() Não trabalha e seus gastos são custeados

() Trabalha e é independente financeiramente

() Trabalha, mas não é independente financeiramente

() Trabalha e é responsável pelo sustento da sua família

8) **QUAL SUA PROFISSÃO?** _____

9) **QUAL SUA RENDA INDIVIDUAL?**

() Nenhuma

() Até 02 salários mínimos – inferior à 1.996,00

() de 02 a 03 salários mínimos – de 1.996,00 à 2.994,00

() De 03 a 05 salários mínimos – de 2.994,00 à 4.990,00

() De 05 a 08 salários mínimos – de 4.990,00 a 7.984,00

() Superior a 08 salários mínimos – superior à 7.984,00

() Benefício Social Governamental?

Sim, Qual? _____ () Não

10) RECEBE ALGUM BENEFICIO SOCIAL?

() Bolsa Família

() Carteira do Idoso

() Aposentadoria para pessoa de baixa renda

() Tarifa Social de Energia Elétrica

() Passe Livre para pessoa com Deficiência

() Pro Jovem Adolescente

() Programa de Fomento as Atividades Produtivas Rurais

() Bolsa Verde – Programa de Apoio à Conservação Ambiental

() Nenhum

11) QUAL É O MEIO DE COMUNICAÇÃO QUE VOCÊ MAIS UTILIZA PARA SE MANTER INFORMADO?

() Jornal Escrito e/ou Revistas

() Jornal TV

() Jornal Rádio

() Internet

12) VOCÊ TEM TELEFONE CELULAR?

() Sim

() Não

13) VOCÊ TEM ACESSO À INTERNET EM SUA CASA?

() Sim

() Não

14) QUAIS OS MEIOS QUE VOCE MAIS UTILIZA PARA ACESSAR A INTERNET?

() Computador

() Tablet

() Celular

() Notebook

11.2 Apêndice B - Processo de Tradução e Validação do Instrumento

QUESTIONÁRIO ORIGINAL	TRADUZIDO	ADAPTADO TRANCULTURALMENTE
1. Até que ponto considera que a internet é útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre sua saúde.	1. Até que ponto considera a internet útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre sua saúde.	1. Até que ponto você considera a internet útil para ajudá-lo (a) a tomar decisões sobre saúde.
2. Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet.	2. Até que ponto considera importante para você poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet.	2. Até que ponto você considera importante poder ter acesso a conteúdo sobre saúde na internet.
3. Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	3. Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	3. Eu sei quais são os conteúdos sobre saúde disponíveis na internet.
4. Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	4. Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	4. Eu sei onde encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.
5. Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	5. Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	5. Eu Sei como encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.
6. Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	6. Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	6. Eu sei como usar a internet para responder às minhas dúvidas sobre saúde.
7. Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	7. Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	7. Eu sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.
8. Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	8. Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	8. Eu consigo avaliar os conteúdos sobre saúde que encontro na internet.
9. Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.	9. Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.	9. Eu sei diferenciar os conteúdos confiáveis dos de confiabilidade duvidosa entre os conteúdos sobre saúde da internet.
10. Sinto-me confiante a usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	10. Me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	10. Eu me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.

11.3 Apêndice C- Processo de Adaptação Transcultural

LITERACIA *eHEALTH* EM SAÚDE DIGITAL

Eu me chamo Josiane Kelly e sou mestranda orientanda pela Profª Drª Mirian Ueda Yamaguchi, no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (UNICESUMAR).

Nossa pesquisa diz respeito à tradução e validação do instrumento das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de Avaliação de eLiteracia em Saúde, por Catarina Cardoso Tomás Universidade do Porto – Portugal – 2014, **LITERACIA *eHealth* (Literacia em Saúde Digital) – *eHEALS*, para o contexto brasileiro**. É um instrumento que avalia a opinião e experiência no uso da internet para acessar informações sobre saúde.

Neste momento, estamos conduzindo a etapa de verificação das evidências de validade de conteúdo.

Esta etapa consiste na submissão do questionário e seus itens a doutores de áreas correlatas da UNICESUMAR, para que sejam avaliados o instrumento de pesquisa.

A partir de pesquisa na página oficial da Unicesumar chegamos ao seu nome e consideramos muito importante a sua participação nesta etapa do processo.

Este é um convite para que você participe conosco da pesquisa.

Mediante seu aceite, solicito que preencha o documento que segue em anexo, para avaliação dos itens do questionário. No anexo, há orientações a respeito de como fazê-la.

Agradeço a sua participação.

Josiane Kelly de Barros
PPGPS/UNICESUMAR

Identificação:

Prof.(a), Dr.(a):_____.

ANÁLISE DE ITENS – ESPECIALISTAS

LITERACIA EM SAÚDE DIGITAL (*eHEALTH*): VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PESQUISA

ESCALA DE LITERACIA *eHEALTH* (eHEALS)

PARA A AVALIAÇÃO DOS ITENS QUE COMPÕEM O QUESTIONÁRIO:

Os itens da Escala de Literacia *eHealth* deverão ser avaliados quanto a três aspectos, mediante uma escala tipo Likert, que varia de 1 a 5. O público-alvo, para o qual está sendo adaptado e validado, é a população em geral.

Os aspectos a serem avaliados nos itens são:

Clareza de linguagem: considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. Você acredita que a linguagem de cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível? Fazer observação, caso julgue pertinente.

Pertinência Prática: Considera que cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse em uma determinada população. Analisa se de fato cada item possui importância para o instrumento. Você acredita que os itens propostos são pertinentes para população? Em que nível? Fazer observação, caso julgue pertinente.

Relevância teórica: Considera o grau de associação entre o item e a teoria. Visa analisar se o item está relacionado com o construto. Você acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma das dimensões dele, considerando a teoria em questão? Em que nível? Fazer observação, caso julgue pertinente.

OBSERVAÇÕES A RESPEITO DA ESCALA DO TIPO LIKERT:

Questão 1:

1	2	3	4	5
Absolutamente inútil	Inútil	Não tenho certeza	Útil	Muito útil

Questão 2:

1	2	3	4	5
Absolutamente nada importante	Nada importante	Não tenho certeza	Importante	Muito importante

Questões 3 a 8:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente

LITERACIA EM SAÚDE DIGITAL (*eHEALTH*): VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO ESCALA DE LITERACIA *Ehealth*

POR FAVOR, USE A ESCALA DE AVALIAÇÃO SEGUINTE PARA RESPONDER TODOS OS ITENS

(SE UMA PERGUNTA FOR IRRELEVANTE PARA VOCÊ DEIXE A RESPOSTA EM BRANCO):

Para responder a cada pergunta, por favor, circule o número que melhor descreve seu nível de concordância com cada afirmação.

Se uma pergunta for irrelevante ou se você não tiver certeza da resposta, deixe a resposta em branco.

Por favor, seja o mais honesto possível.

As questões a seguir permitirão compreender o interesse dos participantes em utilizar informações eletrônicas em saúde.

Observação sobre o texto de orientação:

Especialista, favor realçar com um “X” o número selecionado em cada aspecto (Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica), em cada item. Quando sua escolha for 3 ou abaixo, por gentileza, envie suas observações/sugestões a respeito do item.

	Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica
1. Até que ponto considera a internet útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre sua saúde.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Até que ponto considera importante para você poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Observações/sugestões:

Os itens a seguir permitirão compreender a opinião e experiência no uso da internet para

aceder informações sobre saúde.

Observação sobre o texto de orientação:

Especialista, favor realçar com um “X” o número selecionado em cada aspecto (Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica), em cada item. Quando sua escolha for 3 ou abaixo, por gentileza, envie suas observações/sugestões a respeito do item.

	Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica
3. Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Observações/sugestões:

11.4 Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa online

Você está sendo convidado a cooperar com uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde cujo objetivo é avaliar a Literacia em Saúde Digital e Literacia em Saúde ou seja, mensurar a opinião e experiência no uso da internet para acessar informações sobre saúde, e, avaliar capacidade do indivíduo de acessar informações sobre saúde. Sua cooperação contribuirá com a comunidade científica.

O questionário online é composto de três partes a Parte 1 com 14 perguntas referentes ao Perfil Socioeconômico e a Parte 2 com 10 perguntas sobre Literacia em Saúde Digital e a Parte 3 com oito perguntas sobre Literacia em Saúde. As perguntas são de múltipla escolha, e abertas para que escreva sua opinião.

Sua participação é totalmente voluntária e sem qualquer tipo de pagamento pela sua colaboração. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente e os resultados serão apresentados de forma conjunta sem a identificação dos participantes sendo assim, seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora Josiane Kelly de Barros pelo telefone (43) 99950-9708 ou com o comitê de Ética em Pesquisa da UNICESUMAR pelo telefone (44) 3037-6360 ramal 1345 ou no 5º andar do Bloco Administrativo de segunda à sexta das 8h às 17h.

Desta forma, caso esteja de acordo e aceite a participar da pesquisa, clique em SIM e após isso a opção abaixo PRÒXIMA para prosseguir.

11.5 Apêndice E – Instrumento Adaptado Transculturalmente no Brasil

Escala de e-Literacia em Saúde

Gostaríamos de conhecer a sua opinião e experiência no uso da internet para aceder a informação sobre saúde.

Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflete a sua opinião e experiência neste momento.

1. Até que ponto considera a internet **útil** para ajuda-lo (a) a tomar decisões sobre saúde.

1	2	3	4	5
Absolutamente inútil	Inútil	Não tenho certeza	Útil	Muito útil

2. Até que ponto considera **importante** poder ter acesso a conteúdo sobre saúde na internet.

1	2	3	4	5
Absolutamente nada importante	Nada importante	Não tenho certeza	Importante	Muito importante

3. Eu sei **quais** são os conteúdos sobre saúde disponíveis na internet.

- 1)Discordo totalmente
- 2)Discordo
- 3)Indeciso
- 4)Concordo
- 5)Concordo totalmente

4. Eu sei **onde encontrar** conteúdos úteis sobre saúde na internet.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

5. Eu sei **como** encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet.

- 1)Discordo totalmente
- 2)Discordo
- 3)Indeciso
- 4)Concordo
- 5)Concordo totalmente

6. Eu sei **como usar** a internet para responder às minhas dúvidas sobre saúde.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

7. Eu sei como usar a **informação sobre saúde** que encontro na internet para me ajudar.

- 1)Discordo totalmente
- 2)Discordo
- 3)Indeciso
- 4)Concordo
- 5)Concordo totalmente

8. Eu consigo **avaliar** os conteúdos sobre saúde que encontro na internet.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

9. Eu sei diferenciar os conteúdos **confiáveis** dos de **confiabilidade duvidosa** entre os conteúdos sobre saúde da internet.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

10. Eu me sinto **confiante** para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente