

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO & ORGANIZAÇÃO DO
CONHECIMENTO

CHRISTINE CONCEIÇÃO GONÇALVES

**COMPORTAMENTOS E VALORES INFORMACIONAIS NO
CENÁRIO BRASILEIRO DE CRISE SANITÁRIA DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19**

Belo Horizonte

2023

CHRISTINE CONCEIÇÃO GONÇALVES

**COMPORTAMENTOS E VALORES INFORMACIONAIS NO
CENÁRIO BRASILEIRO DE CRISE SANITÁRIA DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão & Organização do Conhecimento, Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do grau de Doutor, área de concentração Ciência da Informação.

Linha de Pesquisa: Gestão & Tecnologia da Informação e Comunicação (GETIC)

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Barbosa

Belo Horizonte

2023

G635c Gonçalves, Christine Conceição.
Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico] : / Christine Conceição Gonçalves – 2023.

1 recurso online (267 f. : il., color.) : pdf.

Orientador: Ricardo Rodrigues Barbosa.

Tese (doutorado)– Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação.

Referências: f. 183-190.

Apêndice: f. 191-263.

Anexo: f. 264-267.

Exigência do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Ciência da informação – Teses. 2. Comportamento informacional - Teses. 3. COVID-19 (Doença) - Teses. 4. Saúde – fontes de informação – Teses. I. Barbosa, Ricardo Rodrigues. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Ciência da Informação. III. Título.

CDU: 659.2:025.5

Ficha catalográfica: Maianna Giselle de Paula - CRB: 6/2642

Biblioteca Profª Etelvina Lima, Escola de Ciência da Informação da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - ECI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO - PPGOC

FOLHA DE APROVAÇÃO

Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19

CHRISTINE CONCEIÇÃO GONÇALVES

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO, como requisito para obtenção do grau de Doutor em GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO, área de concentração CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, linha de pesquisa Gestão e Tecnologia.

Aprovada em 15 de dezembro de 2023, por videoconferência, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Ricardo Rodrigues Barbosa (Orientador)
Aposentado/UFMG

Prof(a). Frederico Cesar Mafra Pereira
ECI/UFMG

Prof(a). Claudio Paixão Anastácio de Paula
ECI/UFMG

Prof(a). Marta Lígia Pomim Valentim
UNESP

Prof(a). Mércia Aleide Ribeiro Leite
PUC-Minas

Dr(a). Wilimar Junio Ruas
Copasa

Prof(a). Amanda Damasceno de Souza
Universidade FUMEC

Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Rodrigues Barbosa, Membro de comissão**, em 05/01/2024, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Damasceno de Souza, Usuária Externa**, em 31/01/2024, às 19:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilimar Junio Ruas, Usuário Externo**, em 31/01/2024, às 23:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marta Lígia Pomim Valentim, Usuário Externo**, em 01/02/2024, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Frederico Cesar Mafra Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 01/02/2024, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudio Paixão Anastacio de Paula, Professor do Magistério Superior**, em 13/03/2024, às 08:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mércia Aleide Ribeiro Leite, Usuária Externa**, em 10/04/2024, às 07:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2900137** e o código CRC **FA3901A2**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - ECI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO - PPGGOC

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA

CHRISTINE CONCEIÇÃO GONÇALVES

Realizou-se, no dia 15 de dezembro de 2023, às 09:00 horas, por videoconferência, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19*, apresentada por CHRISTINE CONCEIÇÃO GONÇALVES, número de registro 2018666686, graduada no curso de BIBLIOTECONOMIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ricardo Rodrigues Barbosa - Aposentado/UFMG (Orientador), Prof(a). Frederico Cesar Mafra Pereira - ECI/UFMG, Prof(a). Claudio Paixão Anastácio de Paula - ECI/UFMG, Prof(a). Marta Lígia Pomim Valentim - UNESP, Prof(a). Mércia Aleide Ribeiro Leite - PUC-Minas, Dr(a). Wilimar Junio Ruas - Copasa, Prof(a). Amanda Damasceno de Souza - Universidade FUMEC.

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2023.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Rodrigues Barbosa, Membro de comissão**, em 05/01/2024, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Damasceno de Souza, Usuária Externa**, em 31/01/2024, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilimar Junio Ruas, Usuário Externo**, em 31/01/2024, às 23:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marta Lígia Pomim Valentim, Usuário Externo**, em 01/02/2024, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Frederico Cesar Mafra Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 01/02/2024, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudio Paixão Anastacio de Paula, Professor do Magistério Superior**, em 13/03/2024, às 08:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mércia Aleide Ribeiro Leite, Usuária Externa**, em 10/04/2024, às 07:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2900099** e o código CRC **FFC0379B**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas oportunidades de aprendizado.

Ao meu orientador Ricardo Rodrigues Barbosa, por sua paciência, generosidade e profissionalismo em conduzir esta pesquisa. Grata pela oportunidade de ter trabalhado e aprendido com ele. Esta pesquisa é o resultado de nossa parceria.

Aos professores Amanda Damasceno de Souza, Benildes Coura Moreira dos Santos Maculan, Cláudio Paixão Anastácio de Paula, Frederico Cesar Mafra Pereira, Marta Lígia Pomim Valentim, Mércia Aleide Ribeiro Leite, pelas considerações no processo de qualificação desta pesquisa e por todas as contribuições pertinentes a este estudo.

Ao Wilimar Ruas, pelas considerações e por todas as contribuições pertinentes a este estudo.

À professora Célia da Consolação Dias, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão & Organização do Conhecimento (PPGGOC), pelo suporte e apoio.

Ao professor Renato Rocha Souza, pelas considerações e sugestões sempre valiosas durante todo o meu percurso acadêmico.

Aos professores da Escola de Ciência da Informação, pelas valiosas contribuições para a compreensão do processo de pesquisa e do percurso docente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio à pesquisa e viabilização de uma bolsa de estudos.

Aos amigos do programa de pós-graduação Jeanne Louize Emydio, Cláudia Vilhema, Daniele Rioga, Joana Beira e a todos os colegas de percurso acadêmico.

À Gildenara Costa e ao Vinícius Correa, pelo suporte no que diz respeito aos processos administrativos.

À Maianna Giselle e Elaine Diamantino, por todo suporte no uso dos recursos oferecidos pela biblioteca da Escola de Ciência da Informação.

A todos os profissionais da Escola de Ciência da Informação.

Aos respondentes e entrevistados deste estudo, por valorizarem a Ciência.

À minha família, pelo aprendizado constante. Em especial, ao suporte e confiança da Karine, Simone e do Júnior. Obrigada por acreditarem neste processo de conhecimento.

Aos amigos Albino Teixeira, Adelaide Rosas e José Raimundo Dias, Alline Moreira, Ângela Bedeschi, Antônio Abreu, Carla Carbatti, Cida Cota, Danielle do Carmo, Fabiane Oliveira, Fabrícia Carvalho do Carmo e Daniel do Carmo, George Valadão e Clô Valadão, Leandro Gomes, Ludimila Dias, Marco Túlio Santos e Jane Cátia Santos, Mônica Fernandino, Regina Chagas, Tatiana Xavier, Tiago Dias, Vânia Madsen, Wanessa Ribeiro, Yara Gouvea e todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“O conhecimento é o mais potente dos afetos”

Baruch Espinoza

“Nada prejudica mais a receptividade do que a certeza. Quando sentimos que temos ‘a resposta’, toda a motivação para questionar nosso raciocínio desaparece”

Peter Senge

RESUMO

A existência de fluxos, cada vez mais intensos, de informações em todas as áreas de empreendimentos individuais, organizacionais e sociais, requer o aprimoramento de competências e habilidades, que possibilitem acessar e usar informações para a tomada de decisões em saúde de maneira eficaz e que respondam às demandas cotidianas frente às incertezas e necessidades de mudanças. Este estudo descreve e analisa os comportamentos e valores informacionais em saúde, no cenário brasileiro de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19, e explicita as fontes de informação utilizadas neste contexto. Utilizou-se, como base teórica para este estudo, o modelo de Orientação Informacional (OI) desenvolvido por Donald A. Marchand, William J. Kettinger e John D. Rollins, complementado pelos modelos de Busca de Informações na Vida Cotidiana de Savolainen, Uso da Informação de Taylor e de Choo. O modelo OI possui como componentes centrais as práticas de tecnologia da informação, gestão da informação e comportamentos e valores informacionais. Para o desenvolvimento desta pesquisa, caracterizada como quanti-qualitativa de natureza aplicada, concentrou-se no componente 'comportamentos e valores informacionais'. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário enviado através de um *link* via *Internet* a indivíduos brasileiros, que utilizam mídias e redes sociais virtuais, e foi complementada com entrevistas semiestruturadas, permitindo a explicitação de fontes e canais de informação utilizadas durante a pandemia de COVID-19. Para examinar os dados obtidos com a aplicação do questionário, utilizou-se da estatística descritiva para analisar as médias entre as variáveis, bem como explorar a relação entre as variáveis das sete dimensões estudadas nesta pesquisa: proatividade em relação à informação, transparência e formalidade quanto ao uso da informação, integridade, compartilhamento, monitoramento e uso da informação em saúde. Testes de estatística *t* foram realizados para descrever associações entre variáveis das fontes de informação e identificar diferenças entre homens e mulheres quanto aos comportamentos e valores informacionais em saúde. Testes qui-quadrado (χ^2) foram realizados para analisar as diferenças entre as porcentagens nos graus de relevância e confiança atribuídos às fontes de informação. Os dados obtidos, com as entrevistas, foram transcritos e analisados por meio do desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente, que auxiliaram na compreensão dos discursos. Os resultados da pesquisa revelaram os comportamentos e valores informacionais em saúde dos participantes da pesquisa, bem como as múltiplas fontes de informação por eles utilizadas: mídias digitais; mídias tradicionais; fontes institucionais; fontes científicas; especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins; fontes pessoais e agentes multiplicadores de informação. Entre as sete dimensões dos comportamentos e valores informacionais, houve predominância da integridade da informação, uso da informação e proatividade em relação à informação.

Palavras-chave: Comportamento Informacional; Valores Informacionais; Fontes de Informação; Busca de Informação; Uso da Informação; COVID-19.

ABSTRACT

The existence of increasingly intense flows of information in all areas of individual, organizational and social enterprises requires the improvement of skills and abilities that make it possible to access and use information to make health decisions effectively and respond to daily demands in the face of uncertainties and needs for change. This study describes and analyzes health informational behaviors and values in the Brazilian health crisis scenario during the COVID-19 pandemic; and explains the sources of information used in this context. The Information Orientation (IO) model developed by Donald A. Marchand, William J. Kettinger and John D. Rollins was used as a theoretical basis for this study, complemented by Savolainen's model Everyday Life Information Seeking - ELIS, Taylor's Information Use and Choo's Information Use. The IO model has as its central components information technology practices, information management and informational behaviors and values. For the development of this research, characterized as quantitative-qualitative of an applied nature, it focused on the component 'informational behaviors and values'. Data collection was carried out through a questionnaire sent via an Internet link to Brazilian individuals who use virtual media and social networks; and was complemented with semi-structured interviews, allowing the explanation of sources and channels of information used during the COVID-19 pandemic. To examine the data obtained from the application of the questionnaire, descriptive statistics were used to analyze the means between the variables, as well as explore the relationship between the variables of the seven dimensions studied in this research: proactive information use, transparency and formality as to the use of information, integrity, sharing, monitoring and use of health information. T-statistic tests were performed to describe associations between variables from information sources and identify differences between men and women regarding health informational behaviors and values. Chi-square tests (χ^2) were performed to analyze the differences between the percentages in the degrees of relevance and trust attributed to the information sources. The data obtained from interviews were transcribed and analyzed by breaking the text down into analogically grouped categories so as to help understanding the discourses. Results show that the health informational behaviors and values of the research participants, as well as the multiple sources of information used by them: digital media; traditional media; institutional sources; scientific sources; specialists in the areas of Health Sciences, Biological Sciences and related areas; personal sources and information multiplier agents. Among the seven dimensions of informational behaviors and values, there was a predominance of information integrity, use of information and proactive information use.

Keywords: Informational Behavior; Informational Values; Information Sources; Information Seeking; Use of Information; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Krikelas _____	35
Figura 2 – Modelo de Kuhlthau _____	37
Figura 3 – Modelo de Savolainen _____	42
Figura 4 – Modelo de Johnson _____	43
Figura 5 – Modelo de Wilson _____	48
Figura 6 – Modelo dos comportamentos e valores informacionais _____	51
Figura 7 – Modelo de uso da informação de Choo _____	63
Figura 8 – Modelo dos comportamentos e valores informacionais em saúde _____	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias para análise e extração das fontes de informação das entrevistas

146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Nível de escolaridade dos respondentes _____	78
Tabela 2 – Gênero dos respondentes _____	78
Tabela 3 – Faixa etária dos respondentes _____	79
Tabela 4 – Região dos respondentes _____	79
Tabela 5 – Proatividade em relação à informação _____	80
Tabela 6 – Transparência quanto ao uso da informação _____	81
Tabela 7 – Integridade da informação _____	81
Tabela 8 – Compartilhamento da informação _____	82
Tabela 9 – Monitoramento da informação _____	83
Tabela 10 – Formalidade quanto ao uso da informação _____	84
Tabela 11 – Uso da informação _____	85
Tabela 12 – Proatividade em relação à informação e uso da informação _____	90
Tabela 13 – Proatividade em relação à informação, confiança e relevância das fontes de informação _____	93
Tabela 14 – Transparência quanto ao uso da informação e de fontes de informação _____	95
Tabela 15 – Transparência quanto ao uso da informação, confiança e relevância das fontes de informação _____	97
Tabela 16 – Integridade da informação e uso de fontes de informação _____	99
Tabela 17 – Integridade da informação e confiança em fontes de informação _____	100
Tabela 18 – Integridade da informação e relevância das fontes de informação _____	101
Tabela 19 – Compartilhamento da informação e uso de fontes de informação _____	102
Tabela 20 – Compartilhamento da informação e confiança em fontes de informação _____	104
Tabela 21 – Compartilhamento da informação e relevância das fontes de informação _____	106
Tabela 22 – Monitoramento da informação e uso de fontes de informação _____	108
Tabela 23 – Monitoramento da informação e confiança em fontes de informação _____	112
Tabela 24 – Monitoramento da informação e relevância das fontes de informação _____	114
Tabela 25 – Formalidade quanto ao uso da informação e uso de fontes de informação _____	116
Tabela 26 – Formalidade quanto ao uso da informação e confiança em fontes de informação _____	118
Tabela 27 – Formalidade quanto ao uso da informação e relevância das fontes de informação _____	120
Tabela 28 – Uso da informação e de fontes de informação _____	122
Tabela 29 – Uso da informação e confiança em fontes de informação _____	125
Tabela 30 – Uso da informação e relevância das fontes de informação _____	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 31 – Frequência de uso de fontes institucionais e científicas de informação	129
Tabela 32 – Frequência de uso de fontes pessoais de informação	130
Tabela 33 – Frequência de uso de mídias tradicionais	131
Tabela 34 – Frequência de uso de mídias digitais	132
Tabela 35 – Graus de confiança em fontes institucionais e científicas de informação	133
Tabela 36 – Graus de confiança em fontes pessoais de informação	136
Tabela 37 – Graus de confiança em mídias tradicionais de informação	137
Tabela 38 – Graus de confiança em mídias digitais de informação	138
Tabela 39 – Graus de relevância das fontes institucionais de informação	140
Tabela 40 – Graus de relevância das fontes científicas de informação	141
Tabela 41 – Graus de relevância das fontes pessoais de informação	142
Tabela 42 – Graus de relevância das mídias tradicionais	142
Tabela 43 – Graus de relevância das mídias digitais	143
Tabela 44 – Fontes institucionais de informação acessadas durante a pandemia de COVID-19	147
Tabela 45 – Fontes científicas de informação acessadas durante a pandemia de COVID-19	148
Tabela 46 – Fontes pessoais de informação acessadas durante a pandemia de COVID-19	149
Tabela 47 – Especialistas multiplicadores de informações sobre saúde acessados durante a pandemia de COVID-19	150
Tabela 48 – Mídias tradicionais de informação e comunicação acessadas durante a pandemia de COVID-19	151
Tabela 49 – Mídias digitais de informação e comunicação acessadas durante a pandemia de COVID-19	153
Tabela 50 – Agentes multiplicadores de informação	154

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ARIST – *Annual Review of Information Science and Technology*
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- CVI – Comportamentos e Valores Informacionais
- CVIS – Comportamentos e Valores Informacionais em Saúde
- ELIS – *Everyday Life Information Seeking*
- EMBASE – *Excerpta Medica dataBase*
- GI – Gestão da Informação
- Medline – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- MSB – Ministério da Saúde Brasileiro
- OI – Orientação Informacional
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- RH – Recursos Humanos
- TI – Tecnologia da Informação
- TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
- WHO – *World Health Organization*
- WoS – *Web of Science*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Problema da pesquisa	20
1.2 Pressupostos e hipótese	25
1.3 Justificativa e relevância	26
1.4 Objetivos	27
1.4.1 Objetivo geral	27
1.4.2 Objetivos específicos	27
1.5 Estrutura da tese	28
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 Comportamento informacional	32
2.1.1 Modelo de Krikelas	34
2.1.2 Modelo de Kuhlthau	36
2.1.3 Modelo de Savolainen	38
2.1.4 Modelo de Johnson	43
2.1.5 Modelo de Wilson	47
2.2 Comportamentos e valores informacionais	49
2.3 Busca de informação	58
2.4 Fontes de informação	59
2.5 Uso da informação	62
2.6 Comportamentos e valores informacionais em saúde	66
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	70
3.1 Caracterização da pesquisa	71
3.2 Procedimentos de coleta de dados	71
3.3 Procedimentos de análise de dados	76
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	78
4.1 Caracterização dos respondentes	78
4.2 Análise dos resultados	79
4.2.1 Variáveis dos comportamentos e valores informacionais em saúde	80
4.2.2 Homens e mulheres: diferenças nos comportamentos e valores informacionais em saúde	87
4.2.3 Frequência de uso das fontes de informação	128
4.2.4 Confiança em fontes de informação	133
4.2.5 Relevância das fontes de informação	139
4.3 Dados obtidos com as entrevistas	144
4.4 Discussão dos resultados	155
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	171
REFERÊNCIAS	183
BIBLIOGRAFIA	190
APÊNDICES	191
ANEXOS	264

1 INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou “emergência de saúde pública de interesse internacional” WHO, 2020 (tradução nossa) em virtude da detecção, em vários países asiáticos, de casos de infecção por COVID-19 e sua possível expansão em escala mundial. A partir disso, vários segmentos da sociedade se mobilizaram na busca de informações em saúde e protocolos sanitários necessários para minimizar o contágio pela COVID-19.

A OMS alertou também que, devido às contingências de um processo pandêmico, o excesso de informações – algumas precisas e outras não, dificultaria a localização de fontes idôneas e orientações confiáveis. Esse fenômeno foi chamado de *infodemia*, palavra que se refere a um aumento significativo do volume de informações relacionadas a um assunto específico, como no caso da pandemia de COVID-19. *Infodemia*, segundo Chong *et al.* (2020), pode ser compreendido como um termo usado para se referir à rápida disseminação de informações ou notícias falsas, por meio de plataformas de mídia social e outros meios de comunicação. Para esses autores, a *infodemia* criou um ambiente social complexo de ser apreendido pelo público geral, que pretendia permanecer saudável e tomar as medidas preventivas apropriadas ao combate da COVID-19.

Uma *infodemia* tende a produzir um excesso de informações para um público exposto a uma ampla gama de informações errôneas e não confiáveis, dificultando a seleção de informações baseadas em evidências (Naeen; Bhatti, 2020). A abundância de informações nas mídias sociais, sem a verificação de sua autenticidade, tornou-se um desafio, pois as consequências de informações falsas e fabricadas em um contexto de pandemia causam danos irreversíveis.

Em um cenário pandêmico, é importante considerar alguns elementos da competência em informação relativa à saúde. Essa competência é baseada nos conceitos de competência informacional em saúde e mídia e, de acordo com Sentell, Vamos e Okan (2020), ela se refere à capacidade do indivíduo de buscar, compreender e avaliar informações, a partir de recursos eletrônicos, para tomar decisões em saúde.

O fascínio pela tecnologia trouxe consigo o esquecimento do principal objetivo da informação: informar (Davenport, 1998). E informar pressupõe a importância de dar conhecimento ou tomar ciência de informações verdadeiras e úteis. É preciso ainda considerar a influência da cultura (Yi, Y. J *et al.*, 2012), dos comportamentos, valores e

de habilidades informacionais do indivíduo, ao acessar e manipular informações provenientes de várias fontes, disponibilizadas em diversos formatos. De fato, a influência de valores e a de atitudes relacionadas à informação, nos comportamentos das pessoas, foram demonstradas por Gillian Oliver (2008) em três estudos de casos realizados em contextos organizacionais.

O desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e o dos sistemas de informação têm contribuído para produzir soluções capazes de gerenciar informações de maneira eficiente, possibilitando sua rápida recuperação. Todavia, as TIC mostram-se inábeis para distinguir, em tempo real, informações enganosas e tendenciosas de informações portadoras de credibilidade, verdadeiras e úteis para atender às necessidades informacionais da população em um contexto de emergência de saúde pública internacional (Battineri, G. *et al.* 2020). De fato, embora as plataformas de mídias sociais e eletrônicas auxiliem no acesso e compartilhamento de informações, o compartilhamento massivo de informações não autenticadas pode trazer consequências negativas. Casero-Ripollés (2020) destaca o aumento da circulação de notícias falsas como sendo o grande obstáculo para os cidadãos acessarem os meios de comunicação, que lhes proporcionem informações verdadeiras e os auxiliem no entendimento de uma crise sanitária.

Além das questões relacionadas, especificamente, à saúde, a desinformação e o uso antiético de informações resultam no compartilhamento de informações incorretas, que podem causar danos às pessoas, tais como o medo, a ansiedade, o nervosismo e a apreensão. Além disso, o problema relacionado às notícias falsas se tornou um desafio com potencial para ameaçar os limites do conhecimento e de informações confiáveis (Durodolu; Ibenne, 2020).

A veiculação de notícias falsas e a propagação da desinformação contribuem para a mudança da percepção e do comportamento das pessoas, levando-as a se descuidarem das medidas protetivas necessárias para minimizar o impacto de uma pandemia. A desinformação é uma informação falsa ou imprecisa cuja intenção deliberada é enganar; vindo a circular e ser absorvida muito rapidamente e a alterar o comportamento das pessoas, induzindo-as a correr riscos (OPAS, 2020). Nota-se, pois, a necessidade crucial do reconhecimento de informações e notícias falsas, de lidar com a desinformação veiculada nos mais diversos meios de comunicação e redes sociais, bem como o de selecionar fontes de informação relevantes e confiáveis.

No início da pandemia, a OMS (2020) anunciou que todo surto seria acompanhado por um *tsunami* de informações e que, no conteúdo, estaria sempre inserida a desinformação e boatos etc. Mencionou que a questão fundamental, durante um surto dessa natureza, seria garantir às pessoas que elas se comportassem de forma a controlar a doença para mitigar o seu impacto. Não se tratava apenas de informação para garantir que as pessoas estivessem informadas, mas devidamente informadas, para que elas pudessem agir de maneira adequada (Zaracostas, 2020).

O acesso a fontes de informação confiáveis e de qualidade demanda a seleção de informações úteis e o reconhecimento de notícias falsas. Nesse sentido, torna-se fundamental a capacidade de filtrar informações, fazer julgamentos críticos sobre a sua validade e formar opiniões pertinentes sobre suas implicações (Shafik, 2021). Desse modo, o conhecimento funcional da informação possibilita uma avaliação crítica para eliminar notícias falsas (Durodolu; Ibenne, 2020).

A consolidação das tecnologias digitais e a conseqüente proliferação de canais, plataformas e provedores de informação, criaram um ecossistema saturado de notícias, em que estar informado tornou-se uma tarefa extremamente desafiadora (Casero-Ripollés, 2020). O verdadeiro problema é supor que a tecnologia, em si, possa resolver todas as dificuldades (Davenport, 1998, p.15). Em especial, no contexto da pandemia de COVID-19, evidenciou-se a importância de o usuário da informação reconhecer, selecionar e utilizar canais e fontes de informação e comunicação relevantes, para ser auxiliado na tomada de decisões em saúde e na de medidas preventivas adequadas. De fato, a interpretação de informações, provenientes de diversas fontes de informação, quer sejam formais ou informais, institucionais ou não, tornou-se um fator crucial nesse contexto.

Drucker (1988), definiu o termo “informação” como dados dotados de relevância e propósito. Por essa razão, em situações de crise na saúde pública e coletiva, é fundamental o acesso, em níveis individual e coletivo, a informações capazes de auxiliar as pessoas a tomarem medidas preventivas adequadas (Park *et al.*, 2023). Portanto, para se acessarem informações verdadeiras e úteis, é fundamental selecionar fontes de informação relevantes, atinando para a capacidade de identificar notícias falsas. Para Lancaster (1989), a

[...] informação é uma palavra usada com frequência no linguajar cotidiano e a maior parte das pessoas que a usam pensam que sabem

o que ela significa. No entanto, é extremamente difícil definir informação, e até mesmo obter consenso sobre como deveria ser definida. O fato é, naturalmente, que informação significa coisas diferentes para pessoas diferentes (Lancaster, 1989, p.1).

Segundo Buckland (1991), o termo “informação” pode ser compreendido como coisa, processo ou conhecimento. A informação como processo descreve o ato de informar, frequentemente, na forma de comunicação do conhecimento de fato ou ocorrência. Informação, como conhecimento, inclui crenças, opiniões e outras construções conceituais; é intangível e deve ser expressa, descrita ou representada em algum meio físico. Informação como coisa é a representação tangível de informações intangíveis, incluindo dados, objetos, textos, documentos e registros de eventos.

Davenport (1998) vem chamando a atenção de estudiosos e usuários da informação sobre a importância da administração eficiente do uso dela, uma vez que o investimento, em tecnologias da informação, não tem por si só capacidade de garantir o tratamento da informação de maneira eficaz. Para esse autor, é essencial, pois, buscar uma perspectiva holística da informação ou uma administração informacional centrada no ser humano.

Vivemos em um mundo permeado de informações e gerenciar essas informações significa gerenciar nossa realidade (Jones, 2007). No contexto de uma pandemia, o desafio não é somente o de dominar as tecnologias de informação disponíveis, mas, principalmente, o de selecionar fontes confiáveis e informações relevantes, verdadeiras e úteis para a tomada de decisões em saúde e no uso da informação no cotidiano.

O volume de informações sobre a COVID-19 gerou o desafio de avaliar e determinar a relevância dos canais e fontes de informação, que veicularam informações a respeito dessa doença e compartilharam orientações na tentativa de minimizar o impacto dela. Para Dickens *et al.* (2013), o nível de competência do público geral, no manuseio de informações relacionadas à saúde, é muitas vezes superestimado pelos profissionais da área de saúde. Nesse sentido, é preciso considerar as limitações dos indivíduos na compreensão do cenário pandêmico e na capacidade de selecionar e interpretar informações oriundas de diversas fontes, sejam elas pessoais ou impessoais, institucionais ou não.

É crucial entender como as pessoas percebem o risco de um vírus, como o Coronavírus, respondem ao risco percebido e buscam informações para limitar o risco de contrair a doença (Park *et al.*, 2023). Compreender, pois, esses fatores, é primordial para

aumentar o engajamento das pessoas em comportamentos preventivos. Os resultados obtidos, por esses autores, mostraram que o risco percebido procedente da COVID-19 provocou ansiedade e medo nas pessoas, aumentou a sua percepção relativa à insuficiência de informações e, como consequência, elas sentiram necessidade de buscar mais informações. Além disso, este estudo destacou a importância de se saber como e onde buscar informações seguras e precisas para responder adequadamente ao risco percebido (Park *et al.*, 2023).

A incerteza pode influenciar o comportamento de busca de informações em saúde, de forma a determinar a maneira pela qual o indivíduo realiza essa busca, analisa e toma decisões a partir da interpretação dessas informações. Zanchetta (2005), ao explorar elementos das teorias da incerteza na doença e de orientação pela incerteza, respectivamente, originados nas disciplinas de Enfermagem e Psicologia Social, buscou compreender as possíveis influências da condição de incerteza sobre o comportamento de busca de informação em saúde.

Essa autora analisa como as proposições da teoria da incerteza na doença explicam o processamento cognitivo dos estímulos relacionados à doença e à interpretação dos significados pessoais dos fatos a ela associados. Dentre as várias pesquisas correlacionadas a essa teoria, pode-se destacar a incerteza como resposta à sobrecarga informacional sobre a capacidade cognitiva e os recursos disponíveis para o processamento de informações. Entre os elementos antecedentes para a incerteza, a capacidade cognitiva relacionada às habilidades pessoais de processamento de informações também é destacada (Zanchetta, 2005).

A teoria de orientação pela incerteza (Sorrentino, 1986; 1996; 2000)¹ propõe a integração de teorias da cognição e da motivação. Neste caso, o foco teórico é a motivação pessoal para se assimilar uma nova informação, interpretá-la e atribuir-lhe valor afetivo sob condições de incerteza. Dentre as várias pesquisas fundamentadas por essa teoria, destacam-se os estudos sobre indivíduos de mentes abertas e restritivas a novas crenças e informações e aos fatos conhecidos ou previsíveis, de acordo com os sistemas individuais

¹ SORRENTINO, R. M., SHORT, J. C. Uncertainty orientation, motivation, and cognition. In: SORRENTINO, R. M, HIGGINS, E. T. eds. Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior. New York: Guilford Press. 1986 Vol. 1: 379-03

SORRENTINO, R. M. The role of conscious thought in a theory of motivation and cognition: The uncertainty orientation paradigm. In Gollwitzer P M, Bargh J A eds. The psychology of action: Linking cognition and motivation to behaviour. USA: Guilford Press. 1996: 619-44.

SORRENTINO, R. M., RONEY, C, J, R. The Uncertain Mind: Individual Differences in Facing the Unknown. London: Psychology Press. 2000.

de crenças cognitivas. Essa teoria assume uma dimensão da personalidade, que envolve não apenas a tipificação de qual indivíduo, cuidadosa e sistematicamente, processa informações adquiridas, como também questiona quando tal processamento ocorre para diferentes tipos de indivíduos. Tal processamento de informações acontece, quando novos conhecimentos devem ser considerados para guiar resoluções internas em situações de incerteza ou de uma determinada condição particular, que caracteriza a presença da incerteza.

O resultado desse processo guia a manifestação de comportamentos orientados pela incerteza ou pela certeza (Mishel,1988). Os indivíduos, orientados pela incerteza, tendem a ser guiados pela curiosidade, pela descoberta e são receptivos a informações incongruentes e ambivalentes. Eles buscam informações sobre si mesmos, os outros e sobre o ambiente, independente do desejo de manter a clareza e predição da situação. Já os indivíduos orientados pela certeza evitam o processamento de informação, têm baixa tolerância à ambiguidade, o que os leva a manifestarem um modo de aprender dogmático e autoritário e a ignorarem a necessidade de mudanças ou de atualização de suas ideias prévias. Eles são guiados por aquilo que lhes é familiar ou conhecido, buscando, com isso, evitar a incerteza ou a confusão, mantendo assim suas crenças pessoais (Sorrentino, 1986; 1996; 2000).

Para Johnson (2015), além dos limites cognitivos relacionados ao volume de informações, que os indivíduos podem processar, a presença de informações adicionais, especialmente, em eventos críticos e em condições de sobrecarga, como por exemplo, no caso da experiência de pacientes quando diagnosticados, pela primeira vez, com câncer, diminui essa capacidade limitada. Desse modo, é importante considerar o contexto em que os indivíduos estão inseridos, para se compreender a maneira como as informações são percebidas, selecionadas e interpretadas para a tomada de decisão em saúde.

Logo, o aperfeiçoamento de habilidades informacionais se faz relevante por permitir, aos usuários da informação, acompanharem e se manterem inseridos em ambientes organizacionais e sociais mutáveis e exigentes.

O processo de reconhecer e acessar uma informação, com potencial para satisfazer uma determinada necessidade informacional, é uma função importante da busca, que está diretamente relacionada ao conhecimento e aos comportamentos dos usuários da informação. Essa busca pressupõe um conhecimento das estruturas, linguagens e vários outros elementos indeclináveis relacionados às habilidades. Ao afirmar que se trata do problema-chave da Ciência da Informação, Hjørland (1997) assevera que o domínio

dessas habilidades, em níveis elevados de eficiência, pressupõe treinamento especializado e experiência substancial.

Uma abordagem relevante para o campo da Ciência da Informação diz respeito à exploração de comportamentos e valores informacionais. Essa temática implica abordagens personalizadas voltadas ao comportamento informacional do indivíduo, tais como a importância dada à informação e a fontes de informação, sua maneira de buscar, acessar, avaliar, compartilhar e usar informações.

A competência dos indivíduos em lidar com a informação contribui para o alcance de objetivos pessoais, sociais, ocupacionais e de aprendizado. Deve ser considerada como uma capacidade importante para combater a disseminação de notícias falsas (Durodolu; Ibenne, 2020). Essa competência seria, portanto, fundamental para promover, nas pessoas, o compromisso de acessar, analisar e interpretar informações para se gerarem novos conhecimentos e a resolução de problemas no cotidiano.

Com a explosão da informação e a conseqüente sobrecarga informacional aliadas ao avanço das TIC, o aperfeiçoamento dos comportamentos e valores informacionais relacionados ao uso, que as pessoas fazem da informação, tornou-se crucial para o estabelecimento eficiente da gestão da informação no plano individual. Para tanto, comportamentos e valores informacionais, que viabilizem o uso eficiente da informação na tomada de decisões, devem ser incorporados por todos os interessados em adquirir habilidades e competências para melhor gerir a informação.

Em síntese, todo o comportamento humano relacionado às fontes e canais de informação, incluindo a busca ativa e passiva de informação e o uso da informação, é definido como comportamento informacional. Engloba atos físicos e mentais envolvidos na incorporação da informação encontrada na base do conhecimento da pessoa (Wilson, 2000).

É fundamental, pois, reconhecer que o uso da informação está centrado no indivíduo, tendo como base o contexto de decisões, tarefas e atividades, que precisam ser executadas para que ele atinja determinados objetivos, seja no âmbito pessoal, profissional ou social. Desse modo, o uso da informação não envolve apenas a maneira como esse indivíduo utiliza as TIC e gerencia informações para ser auxiliado na tomada de decisões, mas, sobretudo, a forma como ele se comporta diante da informação, de acordo com os valores informacionais associados ao seu bom uso.

Conceitualmente, Marchand, Kettinger e Rollins (2001) definiram valores como as crenças pessoais, que podem se manifestar por meio de comportamentos e gerar

consequências para determinada organização. Isso posto, é possível compreender valores no âmbito individual, como crenças pessoais, ou seja, um conjunto de convicções pessoais influenciando nas diversas dimensões da vida – familiar, social, cultural, política, espiritual etc., que podem se manifestar através de comportamentos e resultar em consequências para determinado indivíduo. No plano individual e no âmbito informacional, podem-se compreender os comportamentos e valores informacionais como a capacidade que o indivíduo tem de manifestar um conjunto de comportamentos e valores relativos à informação que resultam no seu uso eficiente.

Para facilitar o acesso e a utilização de informações verdadeiras e úteis, é imprescindível explicitar a importância de uma abordagem crítica dessas informações, bem como sua gestão, tanto em nível individual quanto em nível organizacional e social. Também se faz necessário refletir sobre os canais e fontes de informação, uma vez que, na era digital, mídias e redes sociais, tais como o *YouTube*, *Instagram*, *Facebook*, *Twitter* e *WhatsApp*, por exemplo, têm sido cada vez mais utilizadas como canais e fontes de informação no atendimento às mais diversas demandas pessoais e necessidades informacionais.

1.1 Problema da pesquisa

Conforme declarado pela OMS, em janeiro de 2020, o surto de COVID-19 em escala mundial foi acompanhado por um excesso de informações – algumas precisas e outras não, que dificultou a localização de fontes idôneas e orientações confiáveis. Esse fenômeno foi chamado de *infodemia*, palavra que se refere a um aumento notável no volume de informações relacionadas a um assunto específico, como no caso da pandemia de COVID-19.

Infodemia, segundo Chong *et al.* (2020), refere-se à rápida disseminação de informações ou notícias falsas por meio de plataformas de mídias sociais e outros meios de comunicação. Também pode ser definida como um volume excessivo de informações sobre um problema, uma questão, de modo que a solução se torne mais difícil. Esse processo gera um público ansioso e com dificuldade em distinguir informações baseadas em evidências de informações errôneas e não confiáveis (Naeem; Bathhi, 2020). Esses fatos devem ser levados em consideração, uma vez que o excesso de informações não

significa acesso às necessárias e úteis para que a população tome conhecimento da doença e aja de acordo com as orientações das autoridades de saúde e órgãos competentes cujo objetivo é evitar o contágio e a proliferação do vírus.

O contexto *infodêmico*, observado durante a pandemia de COVID-19, possibilitou a disseminação de notícias falsas, desinformação e teorias da conspiração, então manifestadas, desde o início da pandemia, nas mídias e redes sociais. Com isso, nota-se, por exemplo, que a desinformação resulta em confusão, ao ser diluída no conjunto de informações legítimas (The Lancet Infectious Diseases, 2020).

Torres-Salinas, em uma pesquisa realizada em abril de 2020 cujo objetivo era obter uma visão global do crescimento diário da produção científica relacionada à COVID-19 em diferentes fontes de informação, tais como *Dimensions*, *Web of Science*, *Scopus*, *PubMed* e outros oito repositórios, observou a ocorrência de um fenômeno bibliométrico: a taxa de crescimento global foi de 500 publicações diárias, sendo a produção dobrada a cada 15 dias. Esses dados refletiram um dos maiores desafios da comunidade científica, o de reunir a maior concentração de recursos científicos que objetivavam resolver um problema específico. No entanto, a explosão de informações sobre a COVID-19 criou um problema paralelo, que deveria ser resolvido, o de traduzir os resultados desses esforços à população, apresentando-lhe orientações e informações concisas, que a auxiliasse a tomar decisões em saúde e que tais refletissem cuidados pessoais e coletivos, englobando, portanto, a responsabilidade pessoal, individual, bem como a social.

No plano individual, os desafios, que o indivíduo enfrentou para lidar com a sobrecarga informacional, requisitou dele saber selecionar e coletar informações relevantes, prever o valor dessas informações para subsidiar a tomada de decisões em saúde e usá-las de maneira eficaz. Para tanto, foi necessário não só identificar fontes e canais de comunicação, como também identificar as informações confiáveis e relevantes, refletindo sobre o valor delas.

O conceito de relevância, no campo da Ciência da Informação, também é usado como sinônimo de valor da informação (Repo, 1989). Assim, o valor da informação se refere à sua relevância, sendo o grau de relevância de uma informação o efeito que ela tem sobre a redução da incerteza associada a um determinado evento ou conjunto de eventos (Carter, 1986).

Davenport e Prusak (1997) alertam para o fato de que as pessoas tendem a acreditar, equivocadamente, que a simples introdução de computadores irá solucionar os

mais diversos problemas informacionais e organizacionais. Nota-se, pois, a importância de uma abordagem mais humanística do que, puramente, tecnológica para se superarem os desafios atuais, em que se observa um entorpecimento da crítica em relação às informações e conhecimentos disponíveis tanto em meios físicos quanto em meios digitais e ambientes virtuais.

O surgimento e a consolidação de tecnologias digitais promoveram inúmeras transformações no sistema de mídia (Casero-Ripollés, 2018). Criou-se, assim, um sistema complexo, caracterizado pela proliferação de canais, plataformas e provedores de informação. Como resultado, surgiu um ecossistema saturado de notícias, onde estar informado tornou-se um desafio (Casero-Ripollés, 2020). Isso posto, é fundamental repensar o papel do usuário da informação, neste sistema complexo, quando se tornam oportunas as indagações: quais os mecanismos utilizados para a busca e seleção de informações? Quais fontes e canais são acessados? Quais as estratégias utilizadas para se avaliarem as informações, utilizá-las e compartilhá-las?

Em uma emergência de saúde pública de interesse internacional, reconhecer, selecionar e utilizar canais e fontes de informação e comunicação relevantes e confiáveis, torna-se crucial para a tomada de decisões e mudanças nos hábitos, que assegurem as medidas preventivas de maneira adequada. A interpretação de informações provenientes de diversas fontes, sejam estas formais ou informais, institucionais ou não, torna-se um fator fundamental nesse contexto.

Para efetivar a busca de informações, o usuário da informação passa por processos, que o impele a iniciar essa busca. Segundo Choo

[...] o vazio cognitivo, ou a incerteza, impulsiona o processo de busca de informações, e é acompanhado de diferentes estados emocionais. Nos primeiros estágios desse processo, a incerteza e a falta de conhecimento provocam ansiedade, confusão, frustração e dúvida. À medida que o processo se desenvolve e a busca de informações é suficiente, a confiança aumenta e surge um sentimento de satisfação. Esses estados emocionais motivam e determinam a maneira como o indivíduo processa e usa as informações. Portanto, as reações emocionais influenciam e são influenciadas pela capacidade do indivíduo de construir significado, focar a busca, identificar informações relevantes, lidar com o emocional e suas expectativas, e aprofundar seu interesse na pesquisa (Choo, 2006, p.93).

Choo (2006), ao considerar os fatores cognitivos, afetivos e situacionais na busca da informação, afirma que o indivíduo, no momento da busca, faz escolhas sobre onde e

como procurar informação. Os critérios utilizados levam em consideração a disponibilidade ou acessibilidade, a confiabilidade e a relevância da fonte de informação. Para esse autor, a seleção de fontes de informação é um importante componente na busca de informação. Nesse processo, o indivíduo baseia-se na qualidade da fonte sob o aspecto cognitivo, na motivação e no interesse no problema do ponto de vista afetivo e na acessibilidade da fonte. As fontes de informação são divididas em quatro tipos e a partir de dois critérios: fontes internas e externas (de uma instituição ou organização), fontes pessoais e fontes impessoais.

Enquanto a racionalidade rege os sistemas, a irracionalidade rege as pessoas, afirma Jonhson (2015). Segundo esse autor, o comportamento informacional está na interseção de muitas questões teóricas e políticas e os formuladores de políticas precisam estar a par dessas tensões básicas de informação, reconhecendo os limites humanos reais que representam para informar o público. Esse autor explorou, na literatura de busca de informações, tensões que determinam o comportamento informacional em saúde, tais como a comunicação interpessoal, acessibilidade, nível de habilidade, preferências individuais, limites psicológicos, inércia e custos. Apontou que, mesmo que se desenvolva um ótimo sistema de informações, as pessoas não necessariamente dele se utilizam em função da força dessas tensões subjacentes. Ou seja, em eventos críticos, informar o público, a fim de capacitá-lo a tomar decisões em saúde, demanda considerar e confrontar os dilemas e paradoxos incorporados nessas tensões. Desse modo, pensar a informação como orientadora envolve traduzir informações para uma linguagem simples e acessível em atendimento ao público geral.

Uma pesquisa, que foi realizada no Canadá por Jardine, C.G. *et al.* (2015) para explorar fontes de informação usadas pelo público, juntamente com sua utilidade e credibilidade durante a epidemia de síndrome respiratória aguda grave (SARS), de 2003 e 2009, e a pandemia de gripe H1N1 em 2010, apontou que os meios de comunicação tradicionais (televisão, rádio e jornais) foram as fontes de informação mais utilizadas pelos entrevistados. Os resultados desse estudo indicaram também que, embora o uso da *Internet* tivesse aumentado o percentual de 25% durante a SARS e para 56% durante o H1N1, o uso geral de mídias sociais não foi tão alto quanto o esperado. Amigos e parentes eram, comumente, usados como fontes de informação, embora não fossem considerados muito úteis ou confiáveis. Por outro lado, médicos e profissionais da área de saúde foram considerados confiáveis, mesmo não sendo consultados com muita frequência. O uso de várias fontes de informação aumentou quase 60% entre as pesquisas de SARS e H1N1.

Concluiu-se, com base nos dados acima, que as pessoas usam, cada vez mais, múltiplas fontes de informações sobre riscos à saúde, presumivelmente, de maneira complementar. Assim, embora o uso de mídia *online* seja importante, esta deve ser adotada para ampliar e não para substituir os canais de informação mais tradicionais. Conforme as autoras desse estudo, esforços devem ser feitos para melhorar a transferência de conhecimento para médicos e profissionais da área da saúde de forma a proporcionar-lhes oportunidades de se tornarem mais acessíveis as fontes de informação. Além do mais, segundo essas autoras, surtos recentes de doenças infecciosas resultaram no reconhecimento da importância do planejamento e execução da comunicação de riscos para estratégias de controle de saúde pública. A chave para esses esforços é o acesso do público a informações inteligíveis, confiáveis, que atendam às suas necessidades na tomada de decisões em saúde. Aprender, portanto, seguindo a tendência pelas fontes usadas em surtos anteriores, permitirá melhorias no acesso à informação em surtos futuros.

Os elementos, acima apresentados, reforçam a importância de se compreenderem os processos pelos quais os indivíduos buscam e acessam canais e fontes de informação e usam informações, para tomar decisões em saúde no contexto de uma pandemia. Em um cenário de crise sanitária internacional, esse entendimento se faz essencial para uma melhor articulação de conhecimentos e informações em vários canais, mídias e redes sociais, além de auxiliar na compreensão dos esforços, que devam ser conjugados nas esferas particular, profissional, pública e coletiva.

Algumas abordagens, em contextos organizacionais, tratam da capacidade de indivíduos em lidar com a informação e o conhecimento de maneira proativa e crítica, que revela suas habilidades e competências informacionais. Nesse contexto, o conceito de Orientação Informacional (OI), introduzido por Marchand, Kettinger e Rollins (2001), diz respeito à competência informacional que uma organização possui para atingir resultados elevados quanto ao uso efetivo da informação. A OI, em uma organização, envolve práticas de tecnologia da informação, práticas de gestão da informação e comportamentos e valores informacionais.

Para os autores supracitados, à medida que o Século XXI avança, o aperfeiçoamento dos comportamentos e valores relacionados ao uso que as pessoas fazem da informação, seja em contextos organizacionais, seja no plano pessoal, envolve a utilização de tecnologias digitais, sendo uma atividade de gestão informacional realizada de maneira informal e incompleta.

Diferentemente das perspectivas da Tecnologia da Informação e da Gestão da Informação, segundo as quais a identificação, busca, seleção, organização e a disponibilização da informação ocorrem conforme normas e procedimentos quanto ao seu uso em contextos organizacionais, aprimorar ou motivar comportamentos e valores das pessoas, em relação à informação, é percebido por Marchand, Kettinger e Rollins (2001) como sendo de pouca ou nenhuma importância.

Segundo esses autores, comportamentos e valores informacionais, em um contexto organizacional, referem-se à competência em estimular, nas pessoas, um conjunto de comportamentos e valores, que lhes proporcionem o uso eficiente da informação. Isso posto, no plano individual, pode-se entender que tais comportamentos e valores informacionais se manifestam na capacidade de buscar e selecionar fontes relevantes de informação, ser proativo em relação à informação, estar disposto a refletir, realizar e a melhorar a gestão da informação. Desse modo, a proatividade em relação à informação proporciona uma das pré-condições necessárias para as pessoas perceberem novas necessidades informacionais, para defini-las com mais clareza, incluindo a utilização de múltiplas fontes e canais de informação em auxílio à tomada de decisões.

Levando-se em consideração os elementos apresentados, nesta pesquisa, recorreu-se à pergunta, que norteou este estudo: **como as pessoas buscaram, avaliaram e usaram informações em saúde, no cenário de crise sanitária brasileira decorrente da pandemia de COVID-19?**

1.2 Pressupostos e hipótese

Os comportamentos e valores informacionais influenciam, diretamente, a maneira como as pessoas usam as informações (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001). Além disso, o contexto tem papel fundamental no entendimento das motivações e do comportamento dos usuários da informação (Pettigrew; Fidel; Bruce, 2001). Desse modo, acredita-se que os comportamentos e valores informacionais influenciam, diretamente, a maneira como as pessoas usam as informações e fontes de informação.

A partir desses pressupostos, este estudo tem como objetivos identificar, no contexto da pandemia de COVID-19, os comportamentos e valores informacionais em saúde, a diferença nos comportamentos e valores informacionais de homens e mulheres,

a frequência com que as pessoas usaram as informações, bem como identificar a relevância e confiança atribuídas às informações e fontes de informação acessadas e/ou recebidas.

Formulou-se, portanto, a hipótese de que o efeito cumulativo da proatividade em relação à informação, transparência e formalidade quanto ao uso da informação, integridade da informação, monitoramento, compartilhamento e uso da informação forma uma base para o estabelecimento de comportamentos e valores informacionais adequados no que se refere ao uso eficaz de informações e fontes de informação em saúde.

1.3 Justificativa e relevância

A existência de fluxos, cada vez mais intensos, de informações em todas as áreas de empreendimentos individuais, organizacionais e sociais, requer o aprimoramento de habilidades e competências informacionais, que possibilitem acessar e usar informações para a tomada de decisões em saúde de maneira eficaz e que respondam às demandas cotidianas frente às incertezas e necessidades de mudanças.

No cenário de crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19, o papel da comunidade científica foi e é essencial para auxiliar a conscientização das pessoas por meio da educação em saúde pública, ao fornecer informações ao público geral, bem como orientações ao acesso a informações verdadeiras, úteis e práticas.

Para obter êxito em um cenário de crise sanitária, como foi o da pandemia de COVID-19, as estratégias de segurança em saúde pública exigem aceitação social de medidas como fechamento de escolas, trabalho remoto, isolamento domiciliar, dentre outras. É preciso, no entanto, considerar a realidade e os recursos disponíveis em cada país. Contudo, a disponibilização e viabilização de informações úteis e orientadoras, para o público geral, devem fazer parte de toda estratégia de êxito nesse cenário (Heymann; Shindo, 2020).

Na era das mídias digitais, a desinformação se espalha por diferentes canais de mídias sociais como *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, *WhatsApp* etc. Ali e Gatiti (2020) argumentaram que vários tópicos precisavam ser incorporados em campanhas de conscientização sobre a COVID-19, tais como as medidas que as pessoas deveriam tomar para evitar o contágio, instruções gerais sobre o uso de máscaras, lavagem de mãos e uso de desinfetantes e outras várias maneiras para controlar a propagação do vírus. Os autores salientaram que profissionais da informação têm a responsabilidade de compartilhar

informações baseadas em evidências sobre a pandemia. Dentre os tópicos explicitados por eles, destacou-se a necessária orientação sobre como evitar informações falsas.

Os desafios, que os indivíduos enfrentam no processo de gestão da informação, envolvem lidar com a sobrecarga informacional, selecionar e coletar informações relevantes, bem como prever o valor dessas informações para subsidiar a tomada de decisões em saúde e usá-las de maneira eficaz.

Compreender, pois, o que motiva determinados comportamentos e valores informacionais e o que justifica a busca, a seleção e o uso de certas fontes de informação em detrimento de outras, pode contribuir para uma visão mais centrada nas pessoas e mais focada para os valores e comportamentos informacionais no que diz respeito ao uso efetivo da informação. Além do mais, pode ser útil à ampliação de uma visão mais crítica das informações, dos canais e das fontes de informação e dos sistemas de informação.

1.4 Objetivos

O presente estudo se baseou no pressuposto de que é possível descrever e analisar comportamentos e valores informacionais em saúde no contexto da pandemia de COVID-19. Os comportamentos e valores informacionais explicitam as fontes de informação formais e informais consideradas mais relevantes e confiáveis, além de destacar as habilidades informacionais dos indivíduos em responder às mudanças impostas por uma crise na saúde pública e coletiva, retratada em um cenário pandêmico.

1.4.1 Objetivo geral

- Analisar os comportamentos e valores informacionais em saúde referentes à busca, avaliação e uso da informação em fontes de informação formais e informais no cenário brasileiro de crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19.

1.4.2 Objetivos específicos

- Elaborar um modelo de comportamentos e valores informacionais em saúde;

- Descrever os comportamentos e valores informacionais no contexto da pandemia de COVID-19;
- Descrever os valores informacionais no contexto da pandemia de COVID-19 relativos à busca, avaliação e ao uso da informação e fontes de informação;
- Verificar as fontes de informação em saúde utilizadas durante a pandemia de COVID-19;
- Verificar diferenças entre homens e mulheres quanto aos comportamentos e valores informacionais em saúde.
- Elaborar sugestões com vistas à promoção de comportamentos e valores informacionais referentes ao uso da informação no cotidiano.

1.5 Estrutura da tese

Além deste capítulo de introdução, esta tese é composta de mais quatro capítulos. O capítulo 2 apresenta o referencial teórico utilizado como base para elaborar o modelo de comportamentos e valores informacionais em saúde. Nesse capítulo, são apresentados os conceitos de comportamento informacional, comportamentos e valores informacionais, fontes de informação e uso da informação. Ele se finaliza com um resumo do referencial teórico, contendo os principais autores e as contribuições conceituais para o escopo desta pesquisa.

O capítulo 3 descreve os procedimentos metodológicos aplicados, a caracterização da pesquisa e os métodos de coleta de dados realizados neste estudo.

O capítulo 4 apresenta os resultados e a análise desses resultados.

O capítulo 5 apresenta as considerações finais e recomendações. Aponta as contribuições do trabalho, bem como suas limitações e possíveis estudos futuros. Por fim, são apresentadas as referências utilizadas, a bibliografia, os apêndices, e os anexos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As pesquisas sobre usuários, necessidades e uso da informação revelam uma evolução no panorama, tanto nas metodologias aplicadas quanto nos aspectos conceituais. Nesse contexto, Figueiredo (1994) compreende estudos de usuários como as investigações realizadas para se conhecerem as necessidades informacionais dos usuários ou para se avaliar o atendimento de suas necessidades de informações. Essa autora identificou três fases nos estudos de usuários: de 1948 a 1965, estudos concentrados no uso de informações por cientistas e engenheiros com utilização de questionários, entrevistas e coleta de dados quantitativos, como métodos principais de coleta de dados para promover o aprimoramento dos serviços de informação para esses usuários.

A partir de 1965, os estudos eram realizados por meio de técnicas de observação indireta do uso de coleções bem como a análise de coleções e métodos sociológicos, para identificar as características dos comportamentos dos usuários; e, a partir de 1970, observa-se a continuidade de estudos sociológicos e pesquisas mais amplas e exploratórias com foco em usuários da informação de áreas como as ciências sociais e humanidades.

A evolução teórico-metodológica dos estudos de usuários bem como a ampliação de sua visão epistemológica foram analisadas por Dias Gasque e Costa (2010), com base em revisões publicadas no periódico *Annual Review of Information Science and Technology* (ARIST). Segundo essas autoras, a mudança conceitual de “estudos de usuários” ou “necessidades e uso de informação” para “comportamento informacional de usuários” não representa apenas uma alteração terminológica, e sim uma mudança paradigmática, resultante de transformações na maneira como esse tópico é definido, abordado e investigado.

Em síntese, as mudanças, no foco dos estudos de usuários e usos da informação, culminaram em: a) pesquisas mais centradas no indivíduo; b) inclusão de outros grupos estudados (alunos, professores, gestores, por exemplo), além de cientistas e tecnólogos; c) abordagem multifacetada, englobando os aspectos sociocognitivo e organizacional; d) compreensão do comportamento informacional como processo em que os indivíduos estão, constantemente, buscando e usando informações; e) ampliação dos estudos qualitativos, assim como uso de múltiplos métodos; f) maior consistência teórica com

aumento de fundamentação interdisciplinar; e g) crescimento do número de pesquisas, em todas as partes do mundo (Dias Gasque; Costa, 2010).

No campo da Ciência da Informação, diversos modelos abordam a necessidade, a busca e o uso da informação.

Modelos podem ser compreendidos como versões simplificadas da realidade e, ao ilustrar processos causais, facilitam observar se as hipóteses são consistentes com o que é observado na vida real (Case; Given, 2016). A maioria dos modelos de comportamento de busca de informação são declarações, que buscam descrever uma atividade de busca de informação, as causas e consequências dessa atividade ou as relações entre os estágios do comportamento de busca de informação (Kundu, 2017). Os modelos, portanto, intencionam descrever e explicar circunstâncias, que preveem ações de indivíduos na busca de informações e no uso ou não delas. Dessa maneira, busca-se compreender os comportamentos e valores informacionais dos indivíduos no contexto em que se encontram.

A despeito da complexidade do ser humano e de suas atitudes em relação à informação, os comportamentos e valores informacionais podem ser entendidos como um conjunto de competências, que proporciona o uso eficiente da informação (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001). Esses comportamentos e valores em relação à informação dizem respeito à motivação, à capacidade para promover o uso eficiente da informação sob uma perspectiva sistêmica, que envolve integridade, formalidade, transparência, monitoramento, compartilhamento e proatividade.

Case e Given (2016) destacam que uma distinção inicial entre os modelos surge se eles enfatizam a exposição - geralmente à mídia de massa ou a mensagens da *Internet*, em vez de uma busca proativa de informações; ou seja, por ação voluntária de buscar informações baseando-se em uma situação ou necessidade emergente. Esse aspecto está associado à natureza recorrente das necessidades e usos; por exemplo, o ser humano sempre precisa de boa saúde, embora não preste muita atenção às informações sobre como mantê-la; e, geralmente, adquire informações relacionadas a tarefas imediatas. Assim, os modelos, que enfatizam a exposição, são tipicamente aqueles que se relacionam com saúde, locais de trabalho e, às vezes, compras - tópicos nos quais outras partes tentam influenciar o comportamento humano.

Outra maneira de variação dos modelos diz respeito à sua estrutura. Os modelos de fluxograma, por exemplo, tendem a se concentrar no processamento de informações e na tomada de decisões, dando menos atenção às variáveis contextuais, pessoais e aos tipos

de fontes e ações. Eles tendem a ser inequívocos, com uma sequência determinística de ações das quais nenhum desvio é representado. Como lidam com comparações, decisões e ações repetidas, esses tipos de modelos podem incorporar *loops* de *feedback* para mostrar a necessidade de repetir determinadas sequências.

O grau em que os modelos especificam ações e canais ou fontes usadas na busca de informações e os resultados dessa busca (usar ou evitar a informação) são outra dimensão da variação. Ou seja, alguns modelos, simplesmente, "terminam" com uma caixa ou círculo que diz "busca de informações" ou "busca", ou "parada", se as informações atuais forem consideradas adequadas (Case; Given, 2016).

Por fim, segundo Case e Given (2016), um terceiro aspecto de diferenciação entre os modelos de busca de informações indica se eles são realmente "testáveis" ou "confiáveis"; por exemplo, por meio de medidas quantitativas e técnicas de correlação estatística, ou por meio de coleta e análise sistemática de dados qualitativos.

De acordo com os autores acima citados, geralmente, os modelos de busca de informações concentram-se, estreitamente, em alguma dimensão: por tarefa, disciplina ou ocupação. Por exemplo, os modelos propostos por Ingwersen (1996) e Marchionini (1995) devem ser aplicados a uma tarefa específica, tipicamente pesquisando informações eletrônicas em bancos de dados ou catálogos de bibliotecas *online*; variantes mais recentes de tais modelos (Marton, 2011) se concentram em pesquisas na *Internet*.

Outros modelos como as de Voigt (1961), Menzel (1964), Paisley (1968) e Orr (1970), retratam ocupações específicas, como o comportamento informacional dos cientistas. O modelo de necessidades de informação de Hernon (1984) foi usado para estudar cientistas sociais. O modelo de Tabak e Wilson (2012) mostra como as informações são compartilhadas entre os acadêmicos. O modelo "*Parallel Research Practice*" de Given e Willson (2015) documenta o contexto de trabalho, no qual os acadêmicos de humanidades se envolvem na busca e uso de informações colaborativas. O modelo de Baldwin e Rice (1997) era destinado a analistas de segurança. O modelo de Abrahamson e Goodman-Delahunty (2013) descreve o comportamento de policiais. Stokes e Urquhart (2015) criaram um modelo para enfermeiros. Como se observa, todos esses são modelos valiosos para públicos bem delimitados (Case; Given, 2016).

Os modelos são, pois, utilizados e testados nos estudos de comportamento informacional como uma maneira de possibilitar a representação de processos complexos como a necessidade, busca e uso da informação. Para Kundu (2017), a maioria dos modelos de comportamento de busca de informação são declarações, que buscam

descrever uma atividade de busca de informação, as causas e consequências dessa atividade ou as relações entre os estágios do comportamento de busca de informação. Esse autor realizou um estudo exploratório, analisando, qualitativamente, as necessidades informacionais e alguns modelos de comportamento de busca de informação. O estudo concluiu que cada modelo representa uma abordagem diferente e também sobreposta ou semelhante à pesquisa de comportamento de busca de informação.

Para o desenvolvimento do presente estudo, elementos de alguns modelos foram considerados para a exploração e a descrição de comportamentos e valores informacionais em saúde e do uso de fontes de informação no contexto da crise sanitária brasileira durante a pandemia de COVID-19.

Nesta seção, inicialmente, serão apresentados alguns conceitos e modelos para a compreensão dos estudos de usuários da informação ao longo das últimas décadas. Ao final, será apresentado o modelo dos comportamentos e valores informacionais em saúde, elaborado para a realização da primeira etapa desta pesquisa.

2.1 Comportamento informacional

Na Ciência da Informação, é objeto de estudo a maneira como os indivíduos se comportam com relação à informação. A relação da CI com as ciências do comportamento demonstra a interdisciplinaridade do campo, que aborda o estudo científico do comportamento humano em sua busca de informação e do modo de processá-la (Harmon, 1971; Saracevic, 1996).

O conceito de comportamento informacional envolve a relação do indivíduo com a informação, bem como com as fontes e canais de informação. Esse comportamento engloba atitudes envolvidas na incorporação da informação, como também o ato de desprezar informações. Neste sentido, comportamento informacional se refere à maneira como a pessoa lida com a informação; ou seja, como ela busca, utiliza, cria, altera, acumula, valoriza e estabelece tantas outras atitudes com relação à informação, incluindo até mesmo o ato de ignorá-la (Davenport, 1998).

De acordo com Wilson (2000), comportamento informacional é todo comportamento humano relacionado às fontes e canais de informação, incluindo a busca ativa e passiva de informação e o uso da informação. Engloba atos físicos e mentais

envolvidos na incorporação da informação encontrada na base do conhecimento da pessoa.

Para Pettigrew, Fidel e Bruce (2001), o comportamento informacional pode ser compreendido como as atividades, que envolvem as necessidades dos sujeitos e a forma como eles buscam, usam e transferem a informação em diferentes contextos. Para esses autores, o contexto tem papel fundamental no entendimento das motivações e do comportamento do usuário de informações. Este comportamento se define como a conduta humana na busca de informação, sendo o estudo da interação entre pessoas os diversos formatos de dados, informação, conhecimento e sabedoria, nos variados contextos em que interagem (Todd, 2003).

O termo comportamento informacional é um conceito abrangente, que se refere a qualquer interação humana com informação (Savolainen, 2005; Spink; Case, 2012). Neste sentido, as pessoas buscam, produzem, organizam e consomem informações para resolver problemas da vida cotidiana (Spink; Case, 2012). As perspectivas sobre o comportamento informacional salientam a importância de se compreender e explorar esse conceito para melhor analisá-lo dentro dos diversos contextos pessoais, profissionais e sociais.

Sob a perspectiva de gênero, ao estudar o comportamento informacional de usuários de bibliotecas na Eslováquia, no que diz respeito à busca de informação e utilização de recursos eletrônicos, Steinerová e Šušol (2007) observaram, por exemplo, que as mulheres enfatizavam a necessidade das relações pessoais e da interação social. Elas também recorriam à ajuda dos bibliotecários com mais frequência. Já os homens tendiam ao trabalho individual com mais frequência e apresentaram maior preferência pelo uso da *Internet* como primeira fonte de informação. Fatores estes que, segundo os autores, tiveram impacto na articulação das necessidades informacionais, na escolha das estratégias de busca e no julgamento de relevância dos resultados dessas buscas.

Ainda quanto à investigação de como o gênero afeta o comportamento informacional relativo à saúde de finlandeses, Ek (2013) apresentou resultados que mostraram que o gênero desempenha um papel crucial nos padrões de comportamento informacional. Nesse estudo, as mulheres, em comparação aos homens, apresentaram comportamentos mais proativos na busca e obtenção de informações relacionadas à saúde. Além disso, elas também prestaram mais atenção a potenciais pandemias; estavam mais atentas à forma como os bens, que compravam, afetavam a sua saúde. O estudo de Ek (2013) também demonstrou que, em comparação com os homens, as mulheres

recebiam muito mais informações informais relativas à saúde de fontes pessoais de informação, tais como de familiares próximos, outros parentes, amigos e de colegas de trabalho.

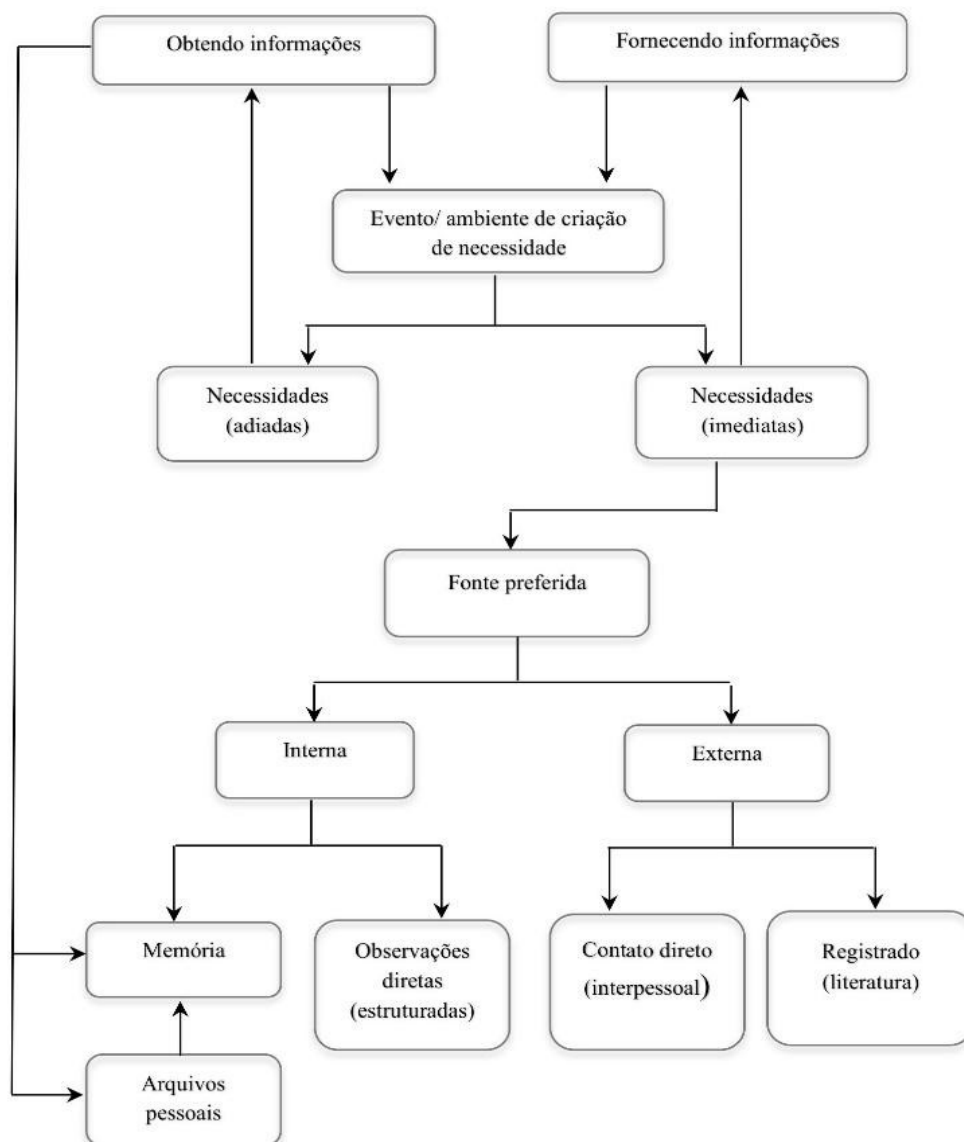
A seguir, serão apresentados alguns modelos de comportamento informacional.

2.1.1 Modelo de Krikelas

Segundo Case e Given (2016), o modelo antigo e, amplamente, citado de Krikelas (1983), além de ser uma das primeiras representações explícitas da busca de informações, mostrou-se prudente ao enfatizar tanto a importância da incerteza, como fator motivador, quanto o potencial de um usuário de informações, ao recuperar uma resposta de sua própria memória ou da memória de pessoas próximas.

O modelo de Krikelas (FIGURA 1) é um modelo geral, que pode ser aplicado à “vida comum”, embora tivesse sido desenvolvido como um modelo de pesquisa em bibliotecas. Portanto, talvez fosse mais aplicável à busca de informações de estudantes ou profissionais em um contexto acadêmico ou orientado para o trabalho. Esse modelo possui virtudes de simplicidade e abrangência: ressalta os papéis importantes das próprias fontes, tipicamente, enfatizadas no modelo (Case; Given , 2016).

Figura 1 – Modelo de Krikelas



Fonte: Adaptado de Case e Given (2016, p.149, tradução nossa)

No topo do modelo, implicando um começo, estão as ações "obtendo informações" (coleta de informações) e "fornecimento de informações". As atividades de coleta de informações ocorrem em resposta a necessidades geradas, que, por sua vez, foram estimuladas por um evento ou pelo ambiente geral do usuário.

Para Krikelas (1983) os resultados da coleta de informações são direcionados para a memória ou, em forma física, para algum tipo de arquivo pessoal ou outro mecanismo de armazenamento. No entanto, como revelado em sua discussão, o que o usuário tem, principalmente, em mente são os esforços para acompanhar a literatura relevante para o trabalho de alguém - que é uma versão mais específica e orientada para a ocupação da

busca de informações. Segundo Krikelas (1983), a coleta de informações também tem um objetivo mais geral e menos formal, que ele descreve como uma tentativa de construir, continuamente, um 'mapa' ambiental cognitivo para facilitar a necessidade de lidar com a incerteza. Esse autor identifica, portanto, a incerteza como um conceito-chave.

2.1.2 Modelo de Kuhlthau

O modelo do processo de busca de informações de Kuhlthau (1991) é, universalmente, aplicável a qualquer domínio, mas, especialmente, àqueles em contextos de aprendizado formais e / ou estruturados (Case; Given, 2016). Com base nas teorias da aprendizagem, ele descreve uma série de estágios ou comportamentos cognitivos e afetivos ao longo dos quais as pessoas se movem, à medida que encontram e avaliam as informações.

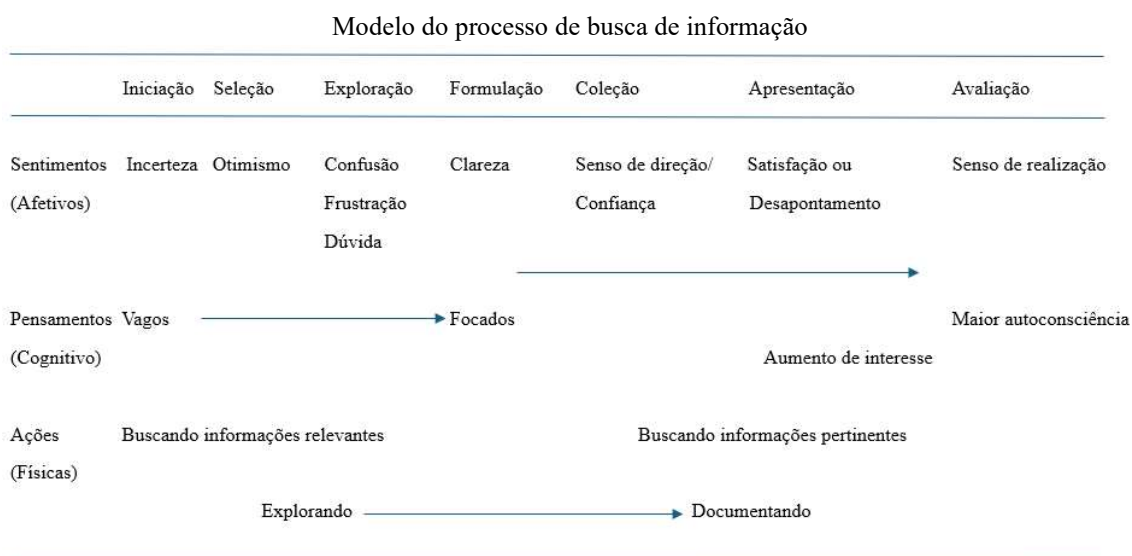
O modelo de Kuhlthau não considera alguns fatores e variáveis, geralmente, refletidos na busca de informações (por exemplo, o tipo de necessidade e o tipo de informação ou outra "ajuda" que pode satisfazê-la) ou a disponibilidade de fontes e suas características. Seu foco está nos sentimentos, pensamentos e ações, que se seguem à medida que a pessoa se torna consciente de uma lacuna em seu conhecimento. Em particular, o modelo de Kuhlthau foi um dos primeiros a chamar a atenção para a importância do afeto na busca de informações (Savolainen, 2015b), uma ênfase que ele compartilha com os modelos de Given (2007), Nahl (2007b) e Nessel (2013) (Case; Given, 2016).

Segundo Case e Given (2016), as publicações de Kuhlthau foram citadas mais de cinco mil vezes na literatura acadêmica, o que, certamente, é uma evidência de sua aplicabilidade, pelo menos no aprendizado formal.

O modelo de Kuhlthau (FIGURA 2) inclui sete estágios, movendo-se da esquerda para a direita como uma sequência temporal. Na extrema esquerda do modelo (o começo), está o estágio de "iniciação", no qual uma pessoa toma consciência da incerteza ou falta de conhecimento sobre algo. É o nascimento de uma necessidade de informação, pois a pessoa identifica o que está faltando em seu conhecimento. O estágio a seguir é o da "seleção", no qual se seleciona o tópico de busca e a forma de abordá-lo. Nesse ponto, avaliam-se o próprio grau de interesse, as tarefas necessárias e os recursos disponíveis

(tempo, informações relevantes) e há uma tendência a ser otimista quanto ao processo e ao resultado. No terceiro estágio, o da "exploração", sentimentos de dúvida e confusão podem surgir à medida que as fontes são exploradas e a busca de informações se torna difícil de enquadrar ou de se expressar em sistemas de informação ou outras pessoas. Nesse ponto, algumas pessoas podem abandonar seus esforços para expandir seu entendimento. O quarto estágio é o da "formulação", momento em que o foco é aguçado e a clareza de propósito pode ser alcançada. Nesse ponto, a pesquisa pode diminuir e a confiança no resultado tende a retornar. O estágio cinco é o da "coleta", quando o esforço é focado na coleta, digestão e registro das informações mais relevantes sobre o tópico. No sexto estágio, o da "apresentação", é possível usar as informações recuperadas para responder à pergunta inicial ou concluir a tarefa (por exemplo, um relatório para a escola ou o trabalho). Qualquer pesquisa adicional, nesse estágio, provavelmente, resultará em informações redundantes. Finalmente, um sétimo estágio pode ser "uma avaliação do que se realizou, levando a uma melhor autoconsciência e estima.

Figura 2 – Modelo de Kuhlthau



Fonte: Adaptado de Kuhlthau (1991, p.367, tradução nossa)

O modelo de Kuhlthau é baseado em muitos anos de pesquisa, principalmente, com estudantes. A autora identifica a incerteza como um conceito-chave e enfatiza o papel que as emoções (como frustração ou dúvida) desempenham na motivação da busca de informações. Concentra-se em ações, cognições e emoções, que ocorrem durante uma

pesquisa, embora não se ofereça uma explicação geral do "antes" e "depois" da sequência. Ou seja, esse modelo não representa nenhum fator contextual, que leve ao reconhecimento de uma necessidade de informação (por exemplo, escola ou trabalho ou demandas e curiosidades da vida cotidiana), nem segue as ações de acordo com suas especificidades (por exemplo, tipos de fontes consideradas e acessadas). Embora seja geral em suas declarações, o modelo foi, prioritariamente, aplicado em contextos educacionais. (Beheshti *et al.*, 2015; Gross, 2001), Savolainen (2015b) e Robson e Robinson (2013) oferecem análises adicionais do modelo de Kuhlthau (Case; Given, 2016).

2.1.3 Modelo de Savolainen

O modelo de Savolainen - *Everyday Life Information Seeking (ELIS)* - foi desenvolvido no decorrer de suas entrevistas com 11 professores, que trabalhavam em escolas primárias e institutos profissionais, e 11 trabalhadores industriais, portanto, cidadãos comuns, que realizavam atividades "fora do trabalho". Segundo o autor, a ênfase típica em ações relacionadas ao trabalho, na pesquisa de comportamento informacional, tende a negligenciar o tipo de coisas que se exercem na vida cotidiana, como por exemplo, fazer compras, cuidar de nossas casas, realizar *hobbies* e outros interesses pessoais. Como Savolainen (1995) ressalta, a busca de informações úteis e não-funcionais não é exclusiva uma da outra; geralmente é complementar.

O modelo *ELIS* enfatiza o papel dos fatores sociais e culturais, que afetam a maneira como as pessoas escolhem e usam as fontes de informação. A esse respeito, o modelo prioriza elementos mais sociológicos que os outros, pois incorpora conceitos como capital social e capital cognitivo e considera fatores econômicos como a renda das pessoas. Assim, os estudos empíricos, desse autor, consideraram, por exemplo, como a classe socioeconômica afeta o consumo de mídia.

Savolainen (1995) desenvolve questões a partir de três conceitos básicos em seu modelo: modo de vida, domínio da vida e busca de informações na vida cotidiana.

Em seu sentido mais geral, o conceito de modo de vida se refere à “ordem das coisas”, que se baseia nas escolhas que os indivíduos fazem na vida cotidiana. Tais “coisas” representam várias atividades, que acontecem no mundo da vida cotidiana, incluindo não apenas trabalho, mas também tarefas produtivas necessárias, como

cuidados domésticos e atividades voluntárias. Ordem das coisas refere-se às preferências dadas a essas atividades. A ordem das coisas é determinada em bases objetivas e subjetivas. Um exemplo de bases objetivas é a duração do dia útil, que determina de alguma maneira o tempo de lazer diário, enquanto as percepções das formas mais agradáveis de passar o tempo de lazer se referem a razões subjetivas da ordem das coisas. Para o autor, como na maioria dos casos, a ordem das coisas é uma configuração, relativamente, bem estabelecida de atividades de trabalho e não trabalho, que ocorrem durante um dia ou uma semana. É fácil considerar essa configuração como a maneira mais natural ou normal de se organizar a vida cotidiana.

Da mesma forma, as pessoas têm uma ordem cognitiva indicando suas percepções de como as coisas são quando “normais”. Por meio de suas escolhas, os indivíduos se engajam em uma certa ordem de coisas e é do interesse de cada qual mantê-la enquanto acharem-na significativa. Parece que, pelo menos, implicitamente, prossegue Savolainen (1995), “a maioria das pessoas procura uma coerência interna das coisas cotidianas porque isso lhes dá melhores chances de planejar suas escolhas e agir de maneira coerente”.

O conceito de “modo de vida” foi operacionalizado, levando-se em consideração a estrutura do orçamento de tempo, descrita como uma relação entre tempo de trabalho e lazer, modelos de consumo de bens e serviços e natureza dos *hobbies*. A estrutura do orçamento de tempo revela as proporções de tempo gasto no trabalho e nas atividades necessárias fora do trabalho, como tarefas domésticas e *hobbies*.

Os modelos de consumo indicam como parte do dinheiro é gasto na aquisição de vários bens ou serviços, por exemplo, livros e ingressos para eventos esportivos. A análise dos *hobbies* lança luz sobre a substância do modo de vida, porque sua natureza informa sobre as coisas que as pessoas acham mais agradáveis; a análise também revela os interesses informacionais, por exemplo, a leitura de jornais durante o lazer.

Salovainen (1995) salienta que as maneiras pelas quais os indivíduos se orientam em situações típicas de problemas e buscam informações para facilitar a resolução desses problemas são fatores importantes, que moldam o domínio da vida. O autor aponta duas dimensões, que descrevem, centralmente, as qualidades do comportamento de resolução de problemas. Por um lado, a dimensão cognitiva *versus* afetiva indica o grau de considerações racionais em uma situação de solução de problemas.

Uma orientação cognitiva enfatiza uma abordagem analítica e sistemática dos problemas, enquanto a orientação afetiva se refere a uma reação, emocionalmente,

carregada e bastante imprevisível para os problemas em questão. A segunda dimensão, otimismo *versus* pessimismo, descreve a expectativa em relação à resolubilidade do problema. Essa dimensão ocorre em quatro classes: otimismo não reservado (sem contratempos esperados na solução de problemas); otimismo reservado (alguns contratempos previstos); pessimismo reservado (falhas previstas) e pessimismo não reservado (falhas consideradas inevitáveis). A tabulação cruzada dessas dimensões produz quatro tipos ideais de domínio da vida, com implicações no comportamento de busca de informações.

O domínio da vida cognitivo-otimista é caracterizado por uma forte dependência de resultados positivos, para a solução de problemas. O indivíduo acredita que, em sua maioria, os problemas podem ser resolvidos, ao concentrar-se em uma análise detalhada que vá resultar na seleção de instrumentos mais eficazes, os quais contribuirão para uma solução ideal. Nesse domínio, a busca sistemática de informações de diferentes fontes e canais é indispensável.

O domínio da vida cognitivo-pessimista difere do anterior, na medida em que os objetivos da solução de problemas são definidos de uma maneira menos ambiciosa, isto é, pela possibilidade de aceitar que o problema não possa ser resolvido de maneira ideal. Apesar disso, o indivíduo pode ser, igualmente, sistemático na solução de problemas e na busca de informações que o servem.

O domínio da vida afetivo-defensivo baseia-se em visões otimistas sobre a resolubilidade do problema. Desse modo, na solução de problemas e na busca de informações, fatores afetivos predominam. Isso se manifesta no fato de o indivíduo poder evitar situações, que impliquem em risco de fracasso ou na fácil aceitação de pensamentos ilusórios, em vez de considerações realistas. Segundo Savolainen (1995), esse estilo de domínio da vida é, em parte, problemático, porque nem sempre fica claro como esse tipo pode ser localizado na dimensão otimismo *versus* pessimismo; ou seja, o grau de otimismo e pessimismo pode variar de situação para situação. No entanto, o clima otimista é predominante, porque o indivíduo tem uma concepção positiva de suas habilidades cognitivas, apesar de algumas falhas em situações semelhantes a solução de problemas.

O domínio da vida afetivo-pessimista pode ser definido na expressão “desamparo aprendido”. O indivíduo não confia em suas habilidades para resolver problemas da vida cotidiana, mas adota estratégias no sentido de evitar esforços sistemáticos para melhorar sua situação. A deriva no dia a dia e a busca de prazeres instantâneos são características

desse tipo ideal de domínio da vida. A busca sistemática de informações não desempenha um papel vital, porque as reações emocionais e a miopia, ou seja, a pouca ou nenhuma perspicácia para perceber e compreender as situações, dominam o comportamento de solução de problemas.

O conceito de busca de informações na vida cotidiana enfatiza a natureza legítima dos contextos de não trabalho. Amplamente definido, o conceito de *ELIS* refere-se à aquisição de vários elementos informacionais que as pessoas empregam para se orientar na vida cotidiana, ou para resolver problemas não, diretamente, relacionados ao desempenho de tarefas ocupacionais. Tais problemas podem estar associados a várias áreas da vida cotidiana como, por exemplo, consumo e cuidados com a saúde.

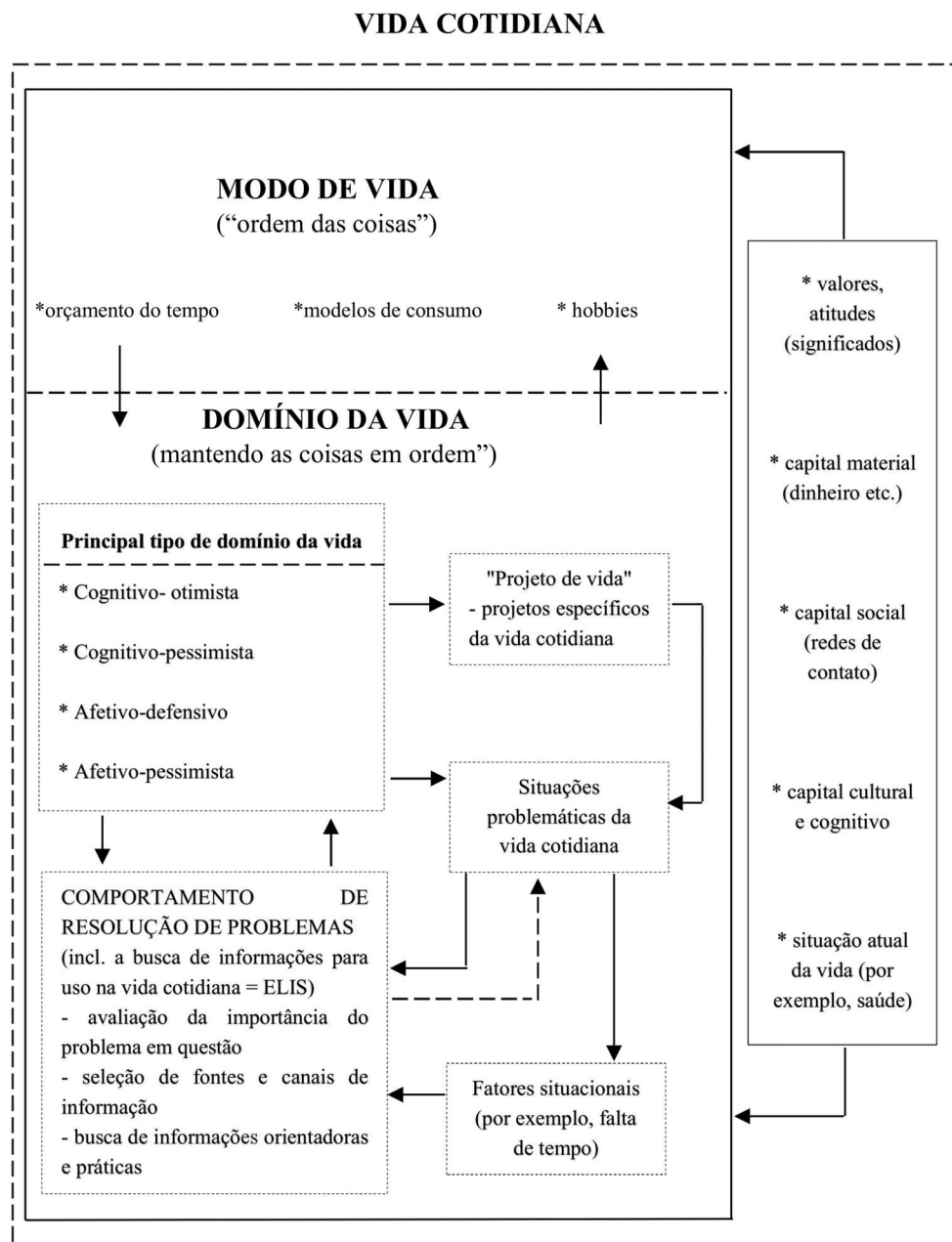
As maneiras, pelas quais o indivíduo monitora eventos diários e busca informações para resolver problemas específicos, são determinadas por valores, atitudes e interesses característicos de seu modo de vida. O modelo *ELIS* recebe seu significado por meio desses valores, atitudes e interesses. Na maioria dos casos, a relevância de diferentes fontes e canais de informação é avaliada com base em sua familiaridade e eficácia em situações de uso da informação. Como diferentes fontes e canais de informação são percebidos como familiares ou desconhecidos, no contexto do modo de vida, seu uso se torna natural ou até evidente em certas situações problemáticas.

Valores, concepções e a fase atual da vida afetam o modo de vida e o domínio da vida do indivíduo. Igualmente importante é o capital material, social e cultural (cognitivo) de propriedade desse indivíduo, que lhe fornecem recursos básicos para a busca e o uso de informações. Savolainen (1995) reconhece que o modo de vida ou o domínio da vida não são suficientes para dizer como uma pessoa busca informações.

Ao representar uma configuração de atividades cotidianas e sua avaliação mútua, o modo de vida fornece apenas critérios gerais para a escolha e o uso de fontes e canais de informação, na medida em que indica quais escolhas são naturais ou até evidentes à luz de escolhas anteriores. Da mesma forma, a identificação do tipo de domínio da vida pode não, necessariamente, revelar, em detalhes, como uma pessoa busca informações no contexto da vida cotidiana. A natureza do domínio da vida descreve a tendência de se adotar uma estratégia pré-determinada de busca de informações em situações de solução de problemas. Para analisar com mais precisão o comportamento de busca de informações associado à solução de problemas, é necessário levar em consideração também os recursos específicos da situação do problema, por exemplo, o repertório de fontes de informação disponíveis e a intensidade do problema.

Os componentes do Modelo de Savolainen (FIGURA 3) - *ELIS* incluem, portanto, fatos pessoais, como valores, atitudes e orientação psicológica em relação à vida (otimista versus pessimista, cognitivo versus afetivo) e uma variedade de fatores situacionais, como tempo disponível e estado atual de saúde. Esse modelo, de acordo com Case e Given (2016), é menos uma representação de um processo causal do que uma lista de conceitos importantes, que devam ser explorados a partir de abordagens qualitativas detalhadas, como entrevistas.

Figura 3 – Modelo de Savolainen



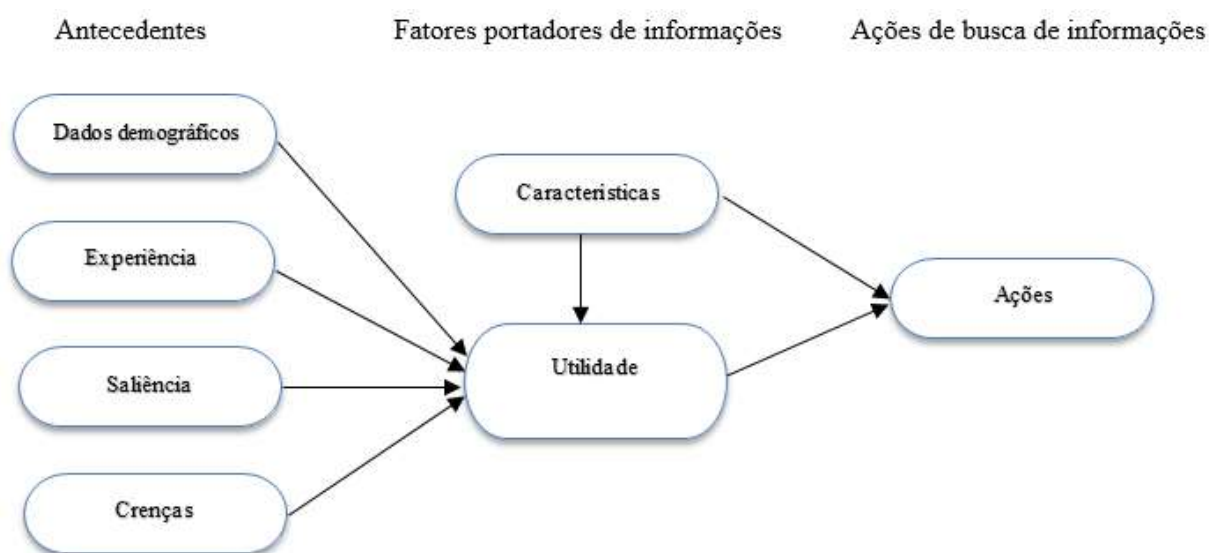
Fonte: Adaptado de Savolainen (1995, p.268, tradução nossa).

2.1.4 Modelo de Johnson

O modelo de Johnson é representado como um processo causal, que se inicia com quatro fatores "antecedentes" em duas categorias. Nesse modelo, são os fatores antecedentes que motivam uma pessoa a buscar informações. Os dois primeiros são agrupados sob o rótulo de fatores de segundo plano. Um fator são os dados demográficos: idade, sexo e etnia, juntamente com variáveis socioeconômicas como educação, ocupação e renda. Historicamente, essas variáveis demográficas são a base da pesquisa social, que tenta encontrar padrões entre os comportamentos, crenças e atitudes das populações com base nas correlações com essas variáveis demográficas. Em qualquer pesquisa orientada ao consumidor, a divisão de uma população por essas variáveis é denominada segmentação de audiência (ou de mercado) (Case e Given, 2016).

Em certos contextos, variáveis demográficas podem ser úteis para caracterizar e prever o uso de informações, como diferenças de gênero no contexto das informações em saúde. No entanto, Johnson (1997) ressalta que caracterizar o uso da informação com base na etnia é problemático, devido à sobreposição de membros do grupo e diferenças dentro do grupo.

Figura 4 – Modelo de Johnson



Fonte: Adaptado de Johnson (2003, p.742, tradução nossa).

Um fator de fundo difícil de caracterizar, ressaltado por Case e Given (2016), é a experiência direta de alguém em relação ao domínio de interesse. É importante considerar que, normalmente, começa-se a conhecer algo - talvez muito ou pouco - sobre um fenômeno de interesse, bem como sobre as maneiras pelas quais se pode encontrar informações sobre ele. Assim, um conceito-chave, que se manifesta sob o título da experiência, é a rede social do indivíduo pela sua necessidade de informação: “quem eu sei que pode responder às minhas perguntas ou saber como descobrir?”. Por exemplo, Johnson (1997) se concentra em informações sobre o câncer e, portanto, um dos principais determinantes do conhecimento é "quem eu sei que teve câncer?" A maioria das famílias é afetada por essa doença de alguma forma e a ocorrência de câncer em uma pessoa da família, geralmente, motiva outros familiares a buscarem informações sobre o tratamento, demonstrando que as informações sobre o câncer têm alto nível de significado social.

Assim, prossegue o autor, como o primeiro e o segundo fatores são agrupados, o terceiro e o quarto se enquadram no título de “relevância pessoal”. Isso inclui crenças sobre o tópico e a relevância das informações sobre ele também. Ambas dependem do grau de conhecimento de uma pessoa - ou, inversamente, de seu estado de ignorância sobre o tópico.

Johnson (1997) faz uma distinção importante sobre a ignorância, quando afirma ser ela diferente de "ignorar", o que, geralmente, acontece quando um indivíduo, conscientemente, sabe que existe um problema, mas escolhe não enfrentá-lo. Isso ocorre porque a ignorância, por si só, não é, tipicamente, um motivador para a busca de informações, ou seja, as pessoas só são motivadas a buscar informações, quando sabem que são ignorantes e a ausência de informações se torna saliente. Como observado, anteriormente, às vezes, as pessoas preferem ser ignorantes, principalmente, em questões de saúde.

O conceito de “saliência” implica que as informações são percebidas não apenas como relevantes para uma necessidade, mas como também aplicáveis. Nos termos de Dervin (1989), a informação destacada é aquela que poderia ser usada para preencher uma lacuna, resolver um problema ou resolver uma ambiguidade problemática. Assim, a saliência é o principal motivador na decisão de procurar informações (Johnson, 1997, p. 72).

As crenças são importantes na busca de informações, porque delimitam o pensamento e o nível de motivação do indivíduo em relação à busca de informações. As crenças, que as pessoas têm sobre o mundo e sobre elas mesmas, determinam as respostas

para perguntas como: "Existe um problema?", "Há uma solução?", e "Posso mudar minha situação?". Portanto, as crenças não influem apenas sobre fatos, mas também sobre a relação do indivíduo com a situação atual; com seu grau de controle e sobre os eventos e sua autoeficácia. Se não há crença de que saber mais sobre determinado tópico facilita a realização de uma mudança, provavelmente, não seriam buscadas mais informações. Por outro lado, sentir que um problema pode ser resolvido, isso motivará o indivíduo à busca de meios para se informar, o que inclui a coleta de informações.

A segunda coluna do modelo de Johnson - fatores portadores de informações - abrange as características e a utilidade dos canais de informação selecionados e usados pelos usuários. Johnson (1997) destaca que, o que preocupa os usuários de informações é o conteúdo da informação, não o canal pelo qual ela chega.

A literatura que define um "canal" é, frequentemente, confusa (Case; Give, 2016). A principal distinção, geralmente, feita entre as tipologias mais antigas se dá entre a interpessoal (interações face a face com outras pessoas) e a mediada (mídia impressa e de massa).

Para os autores supracitados, é importante observar, nos estudos, que, em quase qualquer contexto de busca de informações, há uma forte preferência por informações vindas diretamente de outras pessoas. O uso de outros canais tende a ser previsto pela presença social que eles oferecem; ou seja, o quanto são percebidos como uma conversa face a face com outra pessoa, ou como Johnson expõe: "a extensão em que revelam a presença de outros interativos humanos e pode capturar o lado humano do sentimento dos relacionamentos" (Johnson, 1997, p.92).

Johnson (1997) não trata com profundidade a utilidade dos canais. Seu ponto principal aponta para os canais que são selecionados com base na correspondência com as necessidades do usuário e com as expectativas em relação ao provável grau de satisfação a ser obtido. Esse autor sugere, no entanto, que a facilidade de acesso, geralmente, vence a autoridade (a última implicando, aparentemente, uma melhor utilidade); o público ainda recebe grande parte de suas informações sobre saúde de forma diluída dos meios de comunicação de massa, mesmo havendo a disponibilidade dos profissionais de saúde para responder às suas perguntas e a preferência geral por canais interpessoais (Case; Given, 2016).

O componente final do modelo de Johnson é a busca de informações. A busca por informações envolve escolhas conscientes entre canais e fontes, como também processos, sentimentos e toda uma série de outros elementos comportamentais e cognitivos. Mesmo

as escolhas simples, entre canais e fontes, podem ser caracterizadas pelo número (se escolhido) e pela profundidade em que foram examinadas.

De acordo com Case e Given (2016), Johnson parece adotar uma perspectiva que faz sentido, ao discutir a busca de informações. Ele descreve, por exemplo, como toda a busca de informações ocorre e é influenciada por um contexto. Ele também observa a imprecisão do conceito de contexto em si. O autor afirma que a busca de informações começa, quando uma pessoa percebe uma lacuna em seu nível de conhecimento ou reconhece possíveis gratificações em adquiri-las. Nesse ponto, as ações de busca se inicia e os fatores, no modelo, começam a ser aplicados. Ações ou estágios específicos, na busca, não são, no entanto, identificados.

Conforme destacam Case e Given (2016), os testes empíricos do modelo de Johnson para a saúde e a tomada de decisões apontam para a importância do contexto e a dificuldade de guiar a busca de informações. Em algumas audiências e tarefas, por exemplo, as variáveis antecedentes tiveram pouca influência sobre as ações tomadas; em outras, seus efeitos foram significativos. Os dados coletados, na seleção de canais, sugerem que, em muitos casos, um canal pode substituir outro; portanto, as características deles podem ser menos importantes do que os estudiosos pensavam anteriormente. Por exemplo, entre um grupo de engenheiros, as questões motivacionais talvez sejam menos motivadas pelo problema em si do que pelo papel: a busca de informações é um fim em si mesma, porque é uma atividade esperada de certos indivíduos em um sistema social.

Johnson (1997) também observa que, entre as dificuldades gerais inerentes ao estudo das ações que as pessoas tomam quando procuram informações, há uma distinção entre aquisição ativa e passiva. No entanto, é difícil, se não impossível, saber se alguém encontrou informações em seu ambiente (aquisição ativa) ou se, em vez disso, as recuperou da memória (aquisição passiva).

Esse autor conclui que seu modelo pode ser melhorado por meio da inclusão de ciclos de *feedback* entre ações e antecedentes. Os fatores anteriores continuam a guiar as ações de busca à medida que prosseguem, enquanto as ações podem modificar, simultaneamente, os fatores antecedentes não demográficos da experiência, crença e saliência. Ou seja, a busca de informações é claramente um processo dinâmico e o nível de conhecimento de um indivíduo vai mudando à medida que ele avança, juntamente com a percepção de suas lacunas.

Uma consideração importante do modelo de Johnson, segundo Case e Given (2016), merece ser feita, porque ele foi a base da pesquisa empírica testada em estudos de

comunicação em saúde, financiados pelos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos. Seu modelo foi também aplicado em outros contextos relacionados à saúde, como a genética do câncer. Embora seja um modelo geral destinado a ser aplicado em populações adultas, é menos aplicável em situações de trabalho.

2.1.5 Modelo de Wilson

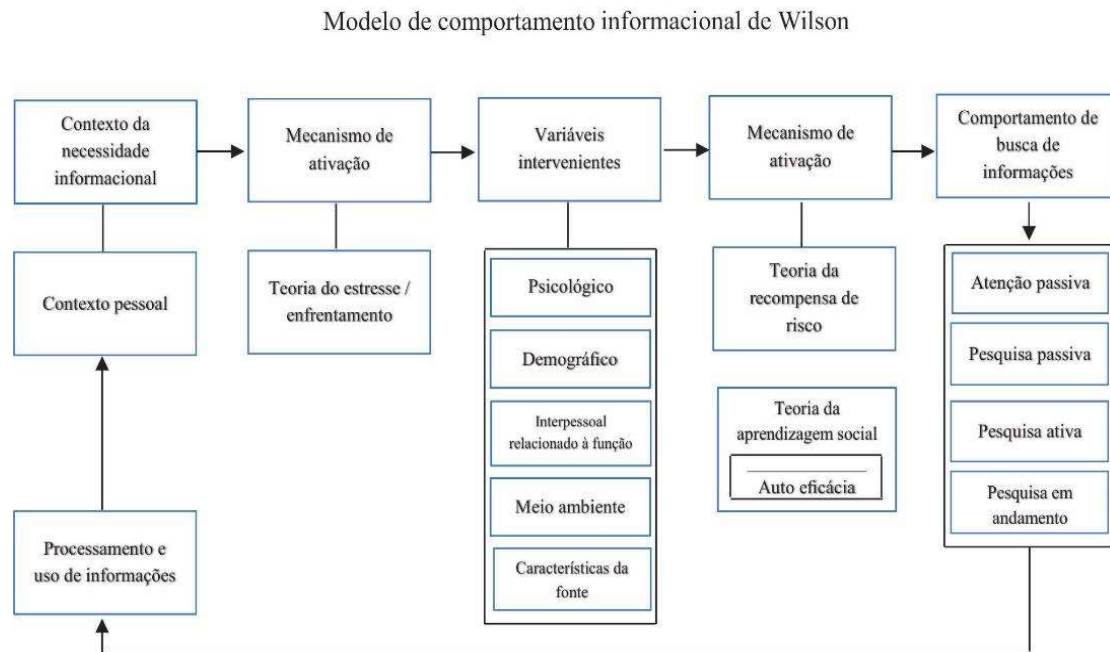
Uma série de modelos de Wilson (1981, 1994, 1997, 1999a) reflete tendências na teoria e prática da busca de informações. O modelo de Wilson (FIGURA 5) é baseado em um de seus diagramas de 1981, o qual enfatiza o contexto complexo da busca de informações. Wilson (1999a) identificou os fatores desse modelo em pesquisas de outros campos, incluindo a "tomada de decisão, psicologia, inovação, comunicação em saúde e pesquisa do consumidor".

O modelo de Wilson invoca teorias explícitas, em alguns pontos, para explicar os três aspectos da busca de informações, a seguir:

- . Por que algumas pessoas precisam de informações rápidas buscando mais do que outras? (estresse / teoria do enfrentamento, da psicologia);
- . Por que algumas fontes de informação são usadas mais que outras? (teoria de risco / recompensa, de pesquisas com consumidores); e
- . Por que as pessoas podem, ou não, perseguir uma meta com sucesso, com base em suas percepções de sua própria eficácia? (teoria da aprendizagem social, da psicologia).

De acordo com Case e Given (2016), pode-se pensar nos "mecanismos de ativação" de Wilson (1999a) como motivadores: "o que motiva uma pessoa a procurar informações, como e em que medida?". Esses motivadores são afetados pelas seguintes variáveis intervenientes: a) predisposições psicológicas (tendem a ser curiosas ou avessas ao risco); b) antecedentes demográficos (idade ou educação, por exemplo); c) fatores relacionados ao seu papel social (por exemplo, se alguém está agindo como gerente ou mãe); d) variáveis ambientais (recursos disponíveis, por exemplo); e e) características das fontes (acessibilidade e credibilidade, por exemplo).

Figura 5 – Modelo de Wilson



Fonte: Adaptado de Wilson (2000, p.53, tradução nossa).

Um aspecto relevante do modelo de comportamento informacional de Wilson (1999) está no fato de ele reconhecer a existência de diferentes tipos de comportamentos de busca de informações: atenção passiva, pesquisa passiva, pesquisa ativa e pesquisa em andamento. Por processamento e uso da informação, Wilson (1999) considera que a informação é avaliada quanto ao seu efeito na necessidade e por fazer parte de um ciclo de *feedback*, ela que pode iniciar novamente o processo de busca, caso a necessidade não for satisfeita. Esse modelo, portanto, apresenta vários ciclos de atividades informacionais, que vão desde a necessidade informacional até a fase em que a informação está sendo utilizada (Case; Given, 2016).

As perspectivas sobre o comportamento informacional assinaladas, neste estudo, salientam a importância de se compreender e explorar esse conceito para melhor analisá-lo dentro dos diversos contextos pessoais, profissionais e sociais e, especialmente, em situações que envolvam riscos à saúde.

2.2 Comportamentos e valores informacionais

No contexto organizacional, o modelo de orientação informacional (OI), desenvolvido pelos autores Marchand, Kettinger e Rollins (2001), pode ser compreendido como a necessária competência em informação de uma organização para atingir resultados superiores quanto ao uso efetivo da informação, o que envolve: (i) capacidades de práticas de tecnologias da informação; (ii) práticas de gestão da informação; e (iii) comportamentos e valores informacionais referentes à capacidade de inculzir e promover comportamentos e valores nas pessoas, objetivando o uso da informação.

Esses autores discutiram três escolas de pensamento, que alicerçaram o modelo de OI: as Escolas de Tecnologia da Informação (TI), Gestão da Informação (GI) e a Escola de Comportamentos e Controle. Eles acreditam que uma organização precisa ser forte em três capacidades, para atingir altos desempenhos. São elas:

- Práticas de tecnologia da informação: referem-se à capacidade de gerenciar bem os aplicativos e a infraestrutura de TI para dar suporte às operações, processos empresariais, inovação e tomada de decisões no nível gerencial;
- Práticas de gestão da informação: dizem respeito à capacidade de gerenciar a informação com eficiência durante o ciclo de vida do uso da informação, incluindo percepção, coleta, organização, processamento e manutenção;
- Comportamentos e valores informacionais: referem-se à capacidade de inculzir e promover comportamentos e valores nas pessoas, objetivando o uso da informação.

A pesquisa sobre OI conduzida pelos autores, realizada com 1.009 altos executivos de diversos setores industriais, em 26 países da Europa, Ásia, Oceania e América do Norte e a do Sul, revelou que, para as organizações serem realmente eficazes no uso da informação e alcançarem um alto desempenho, elas devem ser efetivas nessas três capacidades.

Esses autores comprovaram, empiricamente, que certos comportamentos e valores influenciam, diretamente, a maneira como as pessoas usam as informações em uma

organização. No entanto, tais comportamentos e valores também se manifestam em contextos decisórios individuais. Ou seja, esses autores definiram valores como sendo crenças pessoais, que podem se manifestar por meio de comportamentos individuais.

Neste sentido, busca-se compreender os comportamentos e valores informacionais dos indivíduos no contexto em que se encontram. Embora a complexidade do ser humano e suas atitudes em relação à informação, compreendem-se comportamentos e valores informacionais como sendo um conjunto de competências, que proporciona o uso eficiente da informação (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001).

A teoria sobre comportamentos e valores informacionais, quanto ao uso eficiente da informação, é baseada em alguns pressupostos, entre eles:

- Uma preferência comportamental pelo uso proativo da informação proporciona as pré-condições necessárias para as pessoas perceberem melhor novas necessidades informacionais, o que as ajuda a defini-las com mais clareza, permitindo que a TI se encaixe de forma mais adequada na tomada de decisões e na solução de problemas;

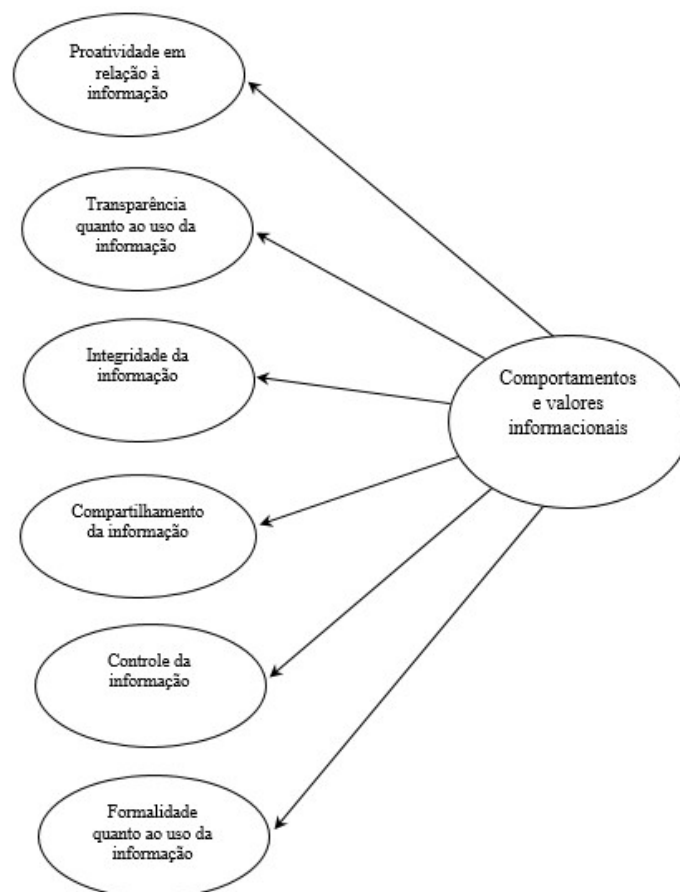
- Desenvolver um comportamento proativo em relação à informação não é tarefa simples, pois não é algo que surge, naturalmente, e vai depender de uma série de outros comportamentos e valores que influenciam o grau em que se manifesta em uma organização.

O modelo de pesquisa dos comportamentos e valores informacionais (CVI), desenvolvido por Marchand, Kettinger e Rollins (2001), (FIGURA 6) se fundamenta na ideia de que a proatividade em relação à informação depende de uma série de dimensões relacionadas a comportamentos e valores individuais. Essas dimensões, extraídas das vertentes de recursos humanos e controle gerencial, são: integridade, formalidade, controle, transparência e compartilhamento. O modelo se baseia no pressuposto de que o efeito cumulativo da integridade da informação, formalidade e transparência quanto ao uso da informação, bem como o controle e compartilhamento da informação influenciam de forma direta e indireta a proatividade em relação à informação.

De acordo com Marchand, Kettinger e Rollins (2001), as organizações, ao estimularem a interação entre esses cinco comportamentos e valores, promovem usuários de informação esclarecidos, proativos e com uma forte tendência a refletir sobre como usar a informação para o desenvolvimento de novos produtos, processos e serviços; para captar e selecionar informações no ambiente organizacional externo; e para tomar as melhores decisões.

Para a realização do presente estudo, os comportamentos e valores informacionais do modelo de Marchand, Kettinger e Rollins (2001) foram considerados como base inicial para a elaboração do modelo dos comportamentos e valores informacionais em saúde. Portanto, os conceitos desse modelo foram configurados para o plano individual, uma vez que foram estudados os comportamentos e valores informacionais em saúde, no cenário brasileiro de crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. As considerações e o modelo de comportamentos e valores informacionais em saúde (CVIS) serão apresentados no item 2.6.

Figura 6 – Modelo dos comportamentos e valores informacionais



Fonte: Adaptado de Marchand; Kettinger e Rollins (2001, p. 120, tradução nossa).

Segundo Marchand, Kettinger e Rollins (2001), os comportamentos e valores em relação à informação, que oferecem uma visão mais integrada da melhoria do uso eficiente da informação, são:

. Integridade da informação

A informação deve ser vista como sendo verdadeira, precisa e não tendenciosa. A integridade da informação é um valor, que exerce papel importante no uso eficiente da informação.

No nível individual, a integridade envolve características inter-relacionadas como a firmeza do princípio moral, a busca e revelação da verdade, palavras e atos sinceros ou diretos. Inicialmente, a integridade sugere que uma pessoa pratique o que fala, independentemente de pressão emocional ou social. Uma pessoa íntegra não oculta as más notícias nem ameniza fatos ou considerações relevantes, que são difíceis de serem comunicados a outras pessoas. Assim, suas palavras e atos serão sinceros e acompanhados pelo bom senso. Sua preocupação não é fazer as outras pessoas se sentirem bem, mas tratá-las honestamente.

A integridade atua como base para o uso da informação, estabelecendo limites apropriados para o comportamento ético e influenciando, diretamente, o uso formal da informação.

Para que a informação tenha valor nos processos decisórios, inicialmente, ela deve estar isenta de distorções, de modo que reflita a realidade com precisão, ou seja, os eventos, o contexto e as ações à medida que acontecem. As pessoas não devem repassar informações, reconhecidamente, imprecisas.

Marchand, Kettinger e Rollins (2001) afirmam que as informações pertinentes devem estar disponíveis, para que as decisões sejam tomadas com eficiência. Ou seja, se as pessoas guardam para si informações relevantes, que podem ser usadas nesse processo, a integridade no uso delas e na tomada de decisões ficam comprometidas. A retenção da informação ocorre por vários motivos, entre eles: medo de consequências pessoais que possam ocorrer ao ser ela disponibilizada, proteção da influência exercida resultante da retenção dessa informação ou ocultação da informação pela dificuldade de compartilhá-la.

Por fim, segundo os autores, a integridade da informação deve, ao menos, impedir que as pessoas utilizem informações para obtenção de ganhos pessoais. Sendo assim, a integridade da informação exige que as pessoas estabeleçam limites para seu uso e que

tomem medidas para que esses limites sejam respeitados, promovendo um ambiente onde a informação é vista como precisa, honesta e confiável. A confiança é uma pré-condição para o compartilhamento de informações; portanto, os indivíduos devem possuir integridade pessoal, caso tenham intenção de compartilhar, regularmente, informações relevantes para a tomada de decisões, que afetem o seu desempenho e o de outras pessoas.

. Formalidade quanto ao uso da informação

Refere-se ao uso formal da informação em detrimento de fontes informais. O uso formal ou a formalidade, quanto ao uso da informação, requer das pessoas estabelecerem processos e fluxos informacionais, a fim de obter resultados previsíveis, de modo a garantirem controle apropriado para o uso eficiente da informação. Nesse contexto, espera-se que os indivíduos utilizem fontes e sistemas formais de informação para garantir a eficiência na gestão dos processos informacionais. Entretanto, sabe-se que os indivíduos buscam complementar as informações formais na tomada de decisões, recorrendo a contatos informais e comunicações com outras pessoas, a fim de verificar sua confiabilidade ou para complementá-la, se necessário.

A formalidade, quanto ao uso da informação, também é definida como a disposição de uma pessoa para usar padrões formais de comunicação e informação (Hwang; Kettinger; Yi, 2015).

. Controle da informação

O modelo OI sugere que a informação seja controlada no sentido de garantir a apresentação de dados sobre o desempenho das pessoas, objetivando influenciar o desempenho individual e do grupo social. As pessoas devem estar motivadas a usar a informação fornecida ou obtida no ambiente em que estão inseridas para que, desta forma, possam melhorar seu desempenho individual. Quando as pessoas não sabem por que estão fazendo o que fazem e como isso está relacionado ao seu desempenho, na tomada de decisão e uso da informação, pode-se perder o controle, em vez de ganhá-lo.

O controle da gestão é exercido por meio do controle da informação, o que, segundo Simons (1995), se dá por meio de quatro abordagens. Duas delas são positivas e duas negativas. As abordagens positivas são sistemas de crenças utilizados para inspirar e direcionar a busca por novas oportunidades e sistemas de controle interativos, utilizados para estimular o aprendizado e o surgimento de novas ideias e estratégias. Já as abordagens negativas são sistemas limitadores, utilizados para estabelecer limites ao

comportamento que busca oportunidades e sistemas de diagnósticos usados para motivar, monitorar e recompensar o cumprimento de metas específicas. Os sistemas de crenças inspiram a busca, mas os sistemas de limites definem o foco e a atenção a serem direcionados à busca por parte das pessoas.

Sistemas interativos estimulam as pessoas a se comunicar umas com as outras para incentivar novas ideias e para aprender com os erros, enganos e as falhas, enquanto sistemas de controle diagnóstico ajudam a avaliar se o desempenho individual está de acordo com a estratégia pretendida.

Para atender aos objetivos, deste estudo, o controle da informação do modelo de Marchand, Kettinger e Rollins (2001) foi considerado como um processo de monitoramento informacional. De acordo com Valentim e Molina (2004), esse monitoramento é o método ou técnica de observação e acompanhamento constante de dados, informações e conhecimentos relevantes ao negócio da organização. No plano individual, considerando os objetivos desta pesquisa, pode-se compreender o monitoramento informacional como o acompanhamento, observação e avaliação de dados, informações e conhecimentos relevantes para a tomada de decisões em saúde e uso da informação no cotidiano.

. Transparência quanto ao uso da informação

A transparência quanto ao uso da informação propicia o tratamento de erros, enganos, falhas e surpresas, como oportunidades de aprendizagem construtiva, acelera o *feedback* entre a estratégia individual pretendida, suas ações para implementar a estratégia e capacidade de corrigir ou alterar o curso ao longo do processo.

A transparência está associada às seguintes características: franqueza e imparcialidade, honestidade, confiança entre as pessoas, receptividade às ideias e considerações de terceiros, mesmo quando as notícias não forem boas. Sugere que são necessários níveis altos de integridade pessoal, para que haja transparência em relação às ‘notícias ruins’ ou surpresas em um ambiente. Portanto, a transparência implica que informações sobre erros, surpresas e falhas sejam tratadas de forma direta, sincera, confiável e justa pelos indivíduos. Um ambiente transparente, quanto ao uso da informação, melhoraria o uso proativo dela, ao estimular o comportamento de compartilhamento das informações.

A transparência, quanto ao uso da informação, pode ser definida como a disposição de uma pessoa em divulgar informações negativas sobre suas experiências a

outras pessoas, para que elas possam aprender com essas experiências (Hwang; Kettinger; Yi, 2015).

A transparência, em relação às informações sobre fracassos, erros, enganos, falhas e surpresas, é necessária por alguns motivos:

A melhoria na qualidade das decisões depende da identificação e resolução de enganos e erros. Há necessidade de se desenvolver atitudes e aprimorar valores informacionais, de modo que o medo de cometer erros seja reduzido. Portanto, identificar enganos e solucionar problemas de maneira construtiva deve ser estimulado, para que os processos informacionais melhorem constantemente.

A transparência, quanto aos erros e às falhas, é fundamental para o aprendizado pessoal e social. Os indivíduos são, constantemente, confrontados com mudanças, nos ambientes em que estão inseridos, e o grande desafio é aprender a lidar com essas mudanças de maneira a corrigirem suas estratégias ou pontos de vista, adotando atitudes receptivas de aprendizado construtivo.

Outro motivo pelo qual a transparência, em relação aos erros, enganos e surpresas, é importante diz respeito ao nível de incertezas, com o qual as pessoas se deparam e com a velocidade do *feedback* e da resposta, que devam ser dados para confrontar modificações turbulentas nas condições sociais. Diante de condições cada vez mais desafiadoras, as pessoas devem empregar seu tempo para lidar com a incerteza, ao usarem informações imprecisas. Se escolhas e resultados são incertos até certo ponto, então, a capacidade, que um indivíduo tem de perceber, processar e aprender sobre as fontes relevantes de incerteza, é essencial.

. Compartilhamento da informação

Refere-se à disposição das pessoas em fornecer a terceiros informações de forma apropriada e colaborativa. Davenport (1998) define o compartilhamento da informação como o ato voluntário de colocá-la à disposição de outros. Para esse autor, compartilhar não deve ser confundido com relatar; este ato é considerado uma troca involuntária de informações de maneira rotineira ou estruturada. Neste sentido, o vocábulo compartilhamento implica vontade (Davenport, 1998, p.115). Para Hwang, Kettinger e Yi (2015), o compartilhamento da informação é definido como a disposição de uma pessoa para compartilhar informações de maneira colaborativa.

O modo como as pessoas compartilham informações será afetado por cinco pré-condições: a existência de uma linguagem comum e significados compartilhados entre as

peças; a existência de um relacionamento prévio entre elas e o quanto se sabe sobre essas pessoas em relação às suas funções e cargos; o nível de confiança entre as pessoas; a existência de um interesse comum e o reconhecimento de que compartilhar informações é importante para auxiliar a tomada de decisões e o uso eficiente da informação; por fim, o compartilhamento de informações deve fazer parte da cultura de uma organização ou sociedade.

A transparência, quanto ao uso da informação, permite que as pessoas promovam a confiança necessária para potencializar o compartilhamento de informações em todos os níveis. Se os indivíduos reconhecem erros, enganos e falhas de forma positiva, então, provavelmente, estarão mais dispostos a compartilhar outros tipos de informação.

O controle da informação também tem influência direta sobre o compartilhamento da informação. Se as pessoas disponibilizam informações formais, confiáveis e úteis, podem desenvolver um clima de confiança em suas redes sociais, determinando a disposição que elas terão para compartilhar informações importantes referentes ao seu próprio desempenho na tomada de decisões e uso da informação.

O compartilhamento da informação tem como base o nível de confiança entre as pessoas. Deve haver também uma finalidade ou um interesse em comum, ou seja, compartilhar informações deve ser considerado importante para atingir bons resultados e concorrer para o uso eficiente da informação. Deve existir, ao menos, a ideia de que o não compartilhamento das informações resultará em consequências negativas. E por fim, o compartilhamento da informação deve fazer parte da cultura. Espera-se que as pessoas reconheçam a importância de compartilhar informações e tenham comportamentos associados ao compartilhamento constante de informações e conhecimento. No entanto, Marchand, Kettinger e Rollins (2001) reconhecem que compartilhar informações em uma organização é algo complexo.

. Proatividade em relação à informação

A proatividade em relação à informação refere-se à preocupação ativa sobre como usar e obter novas informações, bem como ao desejo de aplicar informações úteis. Consiste na reflexão e aprendizagem, ao se usar a informação para a tomada de decisões, a melhoria da capacidade de buscar de forma ativa mudanças no ambiente, para se criarem previsões, ampliando a capacidade de agir e responder a essas informações e conhecimentos. Essa proatividade está, portanto, entrelaçada ao reconhecimento da necessidade de refletir e aprender a usar a informação para tomar melhores decisões.

A proatividade também envolve a aquisição de informações para antecipar alterações e tendências, além de mudanças no ambiente. Atuar na informação percebida e coletada exige uma cultura informacional, na qual as pessoas buscam, constantemente, informações e respondem a elas rapidamente. Estudiosos da gestão do conhecimento abordam essa questão como uma necessidade para o desenvolvimento de habilidades, que proporcionam às pessoas flexibilidade para responder a essas informações e conhecimentos.

Proatividade em relação à informação também é definida, segundo Hwang, Kettinger e Yi (2015), como a disposição de uma pessoa para buscar, ativamente, informações para realizar as suas atividades e tarefas. Uma pessoa proativa, em seu comportamento de uso de informações, é motivada a pensar, procurar e responder novas informações, para executar as suas atividades e tarefas. Esse comportamento proativo, em relação à informação, pode direcionar práticas mais eficazes de gestão da informação, pois proporciona uma melhor compreensão das informações necessárias para a execução de seu trabalho e atividades (Hwang; Kettinger; Yi, 2015).

De acordo com Marchand, Kettinger e Rollins (2001), o comportamento proativo pode impulsionar a adoção de práticas mais eficientes de processamento de informação e conhecimento, como acontece nos locais onde as pessoas compreendem melhor as informações necessárias para executar suas tarefas. Quando os sistemas de TI auxiliam, na formalização do conhecimento, a transparência quanto ao uso da informação aumenta, estimulando o compartilhamento de informações e conhecimentos e os comportamentos proativos em relação à informação.

Para os autores do modelo OI, comportamentos e valores informacionais são apenas um componente de um conceito mais eminente de uso eficaz da informação, que também deve incluir práticas de TI e GI. No entanto, com base nesse modelo, as pessoas podem começar a delinear e aperfeiçoar aqueles comportamentos comprovados, empiricamente, como essenciais ao uso eficiente da informação.

No contexto de uma pandemia, o desafio não se limita somente a dominar as tecnologias de informação disponíveis, mas implica identificar ferramentas tecnológicas adequadas; selecionar fontes e informações relevantes, verdadeiras e úteis para a tomada de decisões relacionadas à saúde e ao uso da informação no cotidiano. Nesse ambiente, é essencial compreender como os indivíduos se comportam, quando expostos e defrontados com um fluxo intenso de informações, como avaliam e tomam decisões sobre saúde

baseadas em informações provenientes de um cenário peculiar de emergência em saúde pública.

2.3 Busca de informação

A busca de informação é um componente importante do comportamento de usuários da informação. Segundo Wilson (1997), na raiz da questão do comportamento de busca de informação está o conceito de necessidade de informação e essa necessidade é uma experiência subjetiva, que ocorre apenas na mente do indivíduo e, conseqüentemente, não é diretamente acessível a um observador.

De acordo com Savolainen (2010), a busca de informação pode ser analisada em dois contextos principais: no ambiente do trabalho (ambientes organizacionais) e em ambientes não relacionados ao trabalho. O modelo de Savolainen (1995) – *Everyday Life Information Seeking* (ELIS) concentra-se na busca de informações fora do trabalho, mais precisamente, apontado como um modelo de busca de informações na vida cotidiana; isto é, enfatiza a natureza legítima dos contextos de não trabalho.

O modelo ELIS enfatiza o papel dos fatores sociais e culturais, que afetam a maneira como as pessoas escolhem e usam as fontes de informação. Ou seja, o conceito de ELIS refere-se à aquisição de vários elementos informacionais, que as pessoas empregam para se orientar na vida cotidiana ou para resolver problemas não diretamente relacionados ao desempenho de tarefas ocupacionais. Tais problemas podem estar associados a várias áreas da vida como, por exemplo, consumo e cuidados com a saúde. O estudo de Savolainen (1995) reforçou o princípio de que o modo de vida de uma pessoa direciona a sua busca de informações de maneira significativa. Ou seja, as pessoas apresentam comportamentos diferenciados quando procuram informações capazes de ajudá-las em suas atividades cotidianas.

Para efetivar a busca de informações, o usuário da informação passa por processos que o impelem a iniciar essa busca. Segundo Choo (2006), o vazio cognitivo e/ou a incerteza impulsionam o processo de busca de informações e este é acompanhado de diferentes estados emocionais. Esse autor considera os fatores cognitivos, afetivos e situacionais significativos na busca de informações e afirma que o indivíduo, no momento da busca, faz escolhas sobre onde e como procurar a informação. Nos processos de busca, as pessoas levam em consideração a disponibilidade ou acessibilidade, a confiabilidade e a relevância da informação.

A compreensão da necessidade de informação é a base para se investigar o comportamento de busca de informação. Wilson (1981) sugere que esse comportamento resulta do reconhecimento de alguma necessidade percebida pelo usuário da informação, que, por sua vez, pode fazer demandas sobre sistemas formais, habitualmente, definidos como sistemas de informação ou sobre sistemas, que podem executar funções informativas. O usuário também pode buscar informações de outras pessoas ao invés de sistemas.

Qualquer que seja a fonte de informação, ela será em algum momento utilizada, ainda que apenas no sentido de ser avaliada para se descobrir sua relação com a necessidade de informação. A utilização dessa fonte de informação pode satisfazer ou não a necessidade de informação e pode também ser reconhecida como sendo de relevância potencial para a necessidade de outra pessoa, vindo a ser, dessa forma, compartilhada com mais pessoas (Wilson, 1981). Para esse autor, a questão central, no que tange à necessidade de informação, é compreender por que e com qual objetivo o usuário decide buscar a informação? E, quando acessada, qual o uso efetivo dessa informação? Além disso, o autor sugere que, ao se avaliarem as necessidades de informação, deve-se ter em mente uma concepção de informação; ou seja, de fatos, dados, opiniões ou de conselhos, por exemplo, como um meio para satisfazer tais necessidades informacionais.

2.4 Fontes de informação

Acesso a informações de qualidade é um desafio para qualquer usuário da informação. Há um grande volume de informações, que podem ser acessadas e, por isso, torna-se imprescindível que a integridade delas seja avaliada com antecedência, pois esse procedimento permitirá o uso de informações verdadeiras e úteis. O foco dessa avaliação, portanto, está em verificar se a fonte de informação é relevante e confiável.

A identificação, avaliação e seleção de fontes e canais de informação confiáveis e relevantes torna-se crucial em uma emergência de saúde pública. A tomada de decisões em saúde visa gerar alterações nos hábitos, que possibilitem assegurar a própria saúde e a dos demais indivíduos inseridos nesse cenário de crise na saúde pública e coletiva.

Avaliar não é um processo simples. Envolve considerar uma determinada fonte de informação em relação a outras, aos interesses sociais, políticos e econômicos que essa fonte serve ou neutraliza. Envolve também a subjetividade do usuário que é influenciada,

em variados graus, por perspectivas pessoais, profissionais, sociais, culturais, políticas ou econômicas, por exemplo.

Jonhson (2015) aponta que uma estratégia viável, na busca de informações em saúde, seria a realização de programas de treinamento, que possibilitassem a conscientização das pessoas sobre as fontes, como usá-las e quais seriam essas fontes apropriadas.

A seleção das fontes é um importante componente da busca da informação. O indivíduo baseia-se na qualidade da fonte sob o ponto de vista cognitivo, na motivação, no interesse pelo problema do ponto de vista afetivo e na acessibilidade da fonte para estabelecer seu procedimento de busca da informação. As fontes de informação podem ser divididas em quatro tipos e a partir de dois critérios: fontes internas e externas (a uma instituição ou organização), fontes pessoais e fontes impessoais (Choo, 2006).

Fonte de informação pode ser compreendida como qualquer recurso, que responda a uma demanda de informação por parte dos usuários, incluindo produtos e serviços de informação, pessoas ou rede de pessoas, *software* etc. (Bireme, 2005, p.9). Para Oliveira e Ferreira (2009), as fontes de informação são

[...] documentos, pessoas ou instituições que fornecem informações pertinentes a determinada área, fatores essenciais para se produzir conhecimento. O desenvolvimento da ciência, das tecnologias e dos meios de comunicação amplia as formas de se disseminar informação (2009, p.70).

Muitas pesquisas sobre fontes de informação, segundo Hjørland (2012), estão direcionadas à qualidade dessas fontes, isso porque existe um incalculável número de documentos disponíveis e a necessidade de se apresentarem, aos usuários, documentos que melhor atendam suas necessidades informacionais, direcionando-os para fontes adequadas. Desse modo, refletir sobre acessibilidade, qualidade e confiabilidade das fontes de informação disponíveis, que atendam as demandas informacionais do público em geral em um cenário de crise sanitária, torna-se relevante.

A pandemia de COVID-19 motivou a realização de diversos estudos para se analisar o uso da informação nesse contexto. Uma pesquisa, realizada nos Estados Unidos por Nazione, Perrault e Pace (2021), revelou que, dentre os 698 respondentes, 97,6% buscaram informações em fontes de notícias como jornais, televisão e rádio. Quanto ao uso de redes sociais, 89,8% dos participantes acessaram também *Facebook* (76,1%), *Instagram* (47,6%) e *Twitter* (43,8%). Quanto aos *sites*, 34,2% dos respondentes afirmaram ter acessado sites de saúde com o objetivo de coletar informações sobre

COVID-19. Os mais visitados foram os do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (24,9%), da OMS (15,6%) e das secretarias estaduais de saúde (15,2%).

No Brasil, uma pesquisa, realizada por Bazán *et al.* (2020) em uma instituição de saúde em São Paulo, mostrou, em relação às fontes de informação, que 90,1% dos 2.646 respondentes acessaram informações por meio de canais de mídias tradicionais (televisão e rádio), seguidos por *WhatsApp* (73%), boca a boca (57%), *e-mail* (54,4%), local de trabalho (47,7%), *Facebook* (47,2%), *Instagram* (40,4%), *YouTube* (22,1%), outros (10,8%) e *Twitter* (7%).

Rodrigues *et al.* (2021) realizaram um estudo sobre higiene e mudança de hábitos durante a pandemia de COVID-19. Os dados desse estudo, obtidos com residentes da Paraíba, Ceará, Pernambuco e São Paulo, revelaram que 95% dos participantes buscaram informações sobre higiene, para mitigar a contaminação de covid-19. Quanto às fontes de informação utilizadas, 78% dos respondentes buscaram informações por meio da *Internet*; 37% em telejornais; 30% utilizaram um *e-book* produzido pelo Departamento de Gastronomia da UFPB. E 5% dos respondentes buscaram informações em livros e em jornais impressos.

Em um cenário de crise sanitária internacional, nota-se, portanto, a importância de se entenderem os processos pelos quais os indivíduos buscam e acessam canais e fontes de informação, para tomar decisões relacionadas à sua saúde. Compreender esses processos se faz essencial para uma melhor articulação de conhecimentos e informações relevantes em vários canais, mídias e redes sociais e para auxiliar na compreensão dos esforços, que devam ser conjugados nas esferas pública, particular, profissional e coletiva.

Embora o conceito de relevância seja particular para cada usuário da informação, investigar os graus de relevância atribuídos às fontes de informação formais e informais - sejam elas mídias tradicionais ou digitais, fontes institucionais ou pessoais - auxilia a ampliar o entendimento dos profissionais da área de ciência da informação e das áreas envolvidas no estudo das fontes de informação formais e informais, bem como no estudo de usuários da informação.

A despeito do crescente volume de informações disponível, é necessário reconhecer que nem todas as fontes de informação e os meios de comunicação garantem acesso efetivo à informação. Nesse sentido, é fundamental ampliar estudos sobre as fontes de informação formais e informais, institucionais ou não.

2.5 Uso da informação

Estudos sobre o uso da informação buscam compreender como os usuários da informação percebem suas necessidades de informação e em que bases eles se propõem a buscar e usar informações para atender às suas demandas informacionais.

Entre os elementos mais importantes, que influenciam o uso da informação, estão as atitudes e os comportamentos do indivíduo em relação à informação e à sua busca, atitudes essas que são fruto da educação, do treinamento, de experiências passadas, das preferências pessoais etc. Além disso, os ciclos de busca e uso da informação estão inseridos em um ambiente de processamento da informação constituído das estruturas cognitivas e disposições emocionais do indivíduo, assim como de um ambiente mais amplo de uso da informação, determinado pelas condições do meio em que a informação é usada (Choo, 2006). Portanto, o uso da informação ocorre em etapas, permitindo examinar os efeitos das dimensões cognitivas, emocionais e situacionais sobre o indivíduo.

O modelo de uso da informação de Choo (FIGURA 7) oferece uma estrutura para a análise do processo de uso da informação em três etapas: necessidade, busca e uso da informação. Além do mais, em cada estágio, esse modelo permite examinar os efeitos das dimensões cognitivas, emocionais e situacionais sobre o indivíduo.

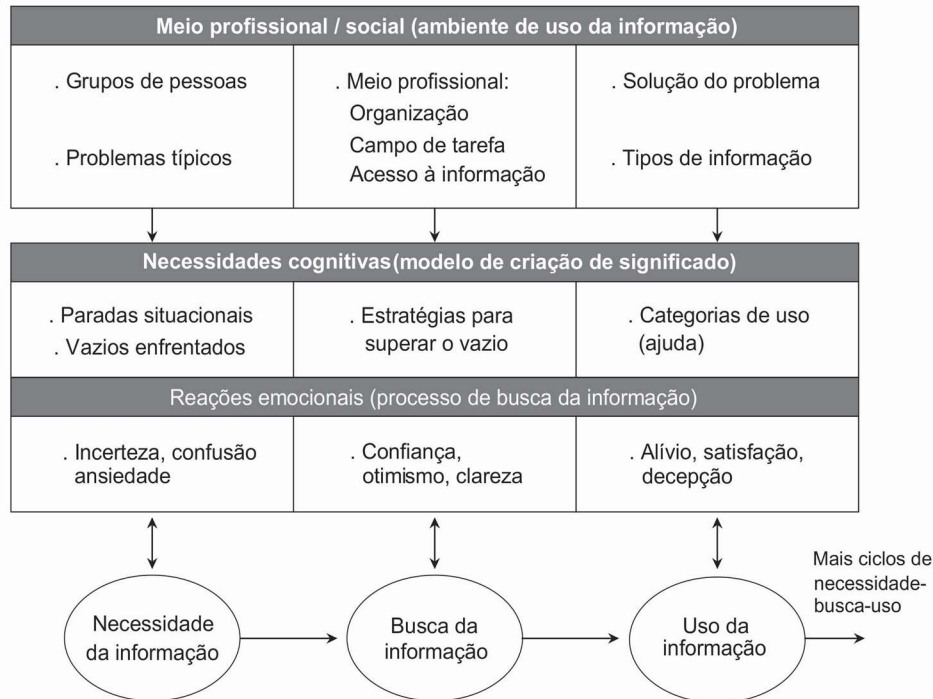
A necessidade de informação, segundo esse autor, pode ser analisada em termos de seus elementos cognitivos, emocionais e situacionais. Pode começar pelo indivíduo que sente uma vaga sensação de inquietude sobre seu grau de conhecimento ou de compreensão de uma situação. Essa necessidade é progressivamente clarificada por meio de conversas com outros, observações e reflexões até que o indivíduo seja capaz de expressá-la na forma de uma narrativa ou de afirmações dispersas.

A busca da informação é a segunda etapa conceitual desse modelo. O autor destaca que ela é importante após o indivíduo ter desenvolvido uma compreensão, suficientemente clara, da necessidade de informação e é capaz de expressá-la na forma de perguntas ou tópicos, que podem guiar sua busca. Esta se concentra nos comportamentos dos indivíduos quando da busca de informações.

A etapa final desse modelo é o uso da informação. Nela, o indivíduo atua sobre a informação selecionada para, por exemplo, responder a uma questão, solucionar um problema, tomar uma decisão, negociar uma posição ou dar sentido a uma situação.

Logo, o resultado do uso da informação, de acordo com Choo (2006), é uma mudança no estado de conhecimento do indivíduo e em sua capacidade de agir.

Figura 7 - Modelo de uso da informação de Choo



Fonte: (Choo, 2006)

Para esse autor, o vazio cognitivo e/ou a incerteza impulsionam o processo de busca de informações e este é acompanhado de diferentes estados emocionais. Em seus primeiros estágios, a incerteza e a falta de conhecimento provocam ansiedade, confusão, frustração e dúvida. À medida que o processo se desenvolve e a busca de informações é suficiente, a confiança aumenta e surge um sentimento de satisfação. Esses estados emocionais motivam e determinam a maneira como o indivíduo processa e usa as informações. Portanto, as reações emocionais influenciam e são influenciadas pela capacidade do indivíduo de construir significado, focar a busca, identificar informações relevantes, lidar com o emocional e suas expectativas e de aprofundar seu interesse na pesquisa.

Todd (1999) discute a tendência de conceituar o uso da informação como um processo de modificação multifacetado que

[...] Estabelece a distinção entre “utilização”, como sendo o ato de fazer algo com a informação, afetando o raciocínio e as ações das pessoas; o “impacto”, visto como sendo as modificações em um programa ou política, e a “utilidade”, que se refere à relevância da informação para uma área de política ou programa (Todd, 1999, p.853).

Desse modo, um aspecto importante de uso da informação é a sua utilização instrumental, que narra o alcance dos resultados pretendidos, os impactos, os estados finais e as alterações físicas na prática e nos procedimentos, que são resultado direto das aplicações da informação.

Taylor (1996) aponta a importância de se analisarem os usuários e o uso da informação, bem como os contextos nos quais esses usuários fazem escolhas e sobre que tipo de informações lhes são úteis, para eles, em determinados momentos. O autor denominou esses contextos de ambientes de uso da informação. Desse modo, as escolhas são baseadas não apenas no assunto, mas também em outros elementos do contexto em que esses usuários vivem e trabalham.

Esse autor propõe uma classificação de uso da informação, de acordo com a necessidade percebida de usuários em determinadas situações, que é derivada, em parte, da classificação desenvolvida por Dervin (1983). As categorias não são, mutuamente, excludentes, de modo que a informação utilizada em uma classe pode atender às necessidades de outras classes, tais como:

- Esclarecimento: a informação é utilizada para compreender um contexto ou dar significado a uma situação.
- Compreensão do problema: a informação é usada de uma maneira mais específica, para permitir melhor compreensão de um determinado problema.
- Instrumental: a informação é usada para que o indivíduo saiba o que e como fazer. As instruções são uma forma comum de informação instrumental. Sob certas condições, o uso da informação instrumental requer a utilização de outras categorias de uso.
- Factual: a informação é usada para determinar os fatos de um fenômeno ou acontecimento, para descrever a realidade. O uso da informação factual costuma depender da real qualidade (precisão, confiabilidade) da informação disponível.
- Confirmativa: a informação é usada para verificar outra informação. O uso da informação confirmativa envolve a busca de uma segunda opinião. Se a nova opinião não confirmar a informação existente, o usuário pode tentar reinterpretar a informação ou decidir em que fonte confiar.

- Projetiva: a informação é usada para prever o que vai acontecer no futuro. O uso da informação projetiva envolve previsões, estimativas e probabilidades.
- Motivacional: a informação é usada para iniciar ou manter o envolvimento do indivíduo, para que ele prossiga num determinado curso de ação.
- Pessoal ou política: a informação é usada para criar relacionamentos ou promover uma melhoria de *status*, de reputação ou de realização pessoal.

Nota-se, pois, que o comportamento informacional do indivíduo determina o uso da informação, uma vez que sua maneira peculiar de lidar com as fontes de informação, com a informação e a importância dada à ela, influenciará as práticas, comportamentos e valores informacionais do indivíduo.

Bruce (2005) argumenta que a necessidade de informação prevista pelo usuário, ou seja, sua estimativa do valor que a informação pode ter para ele, no futuro, bem como o motivo dessa importância são fatores, que exercem a maior influência na sua decisão de manter a informação. Sendo assim, decidir acerca da manutenção de determinadas informações é uma das principais atividades da gestão informacional em nível pessoal. E para manter informações é preciso avaliar se estas são verdadeiras e úteis, ou serão úteis em algum momento.

É fundamental, portanto, repensar os comportamentos e valores informacionais, buscando cada vez mais incentivar o aprimoramento de habilidades informacionais reflexivas e coerentes, atinando para os valores e atitudes, em relação à informação, esperados de um indivíduo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram considerados, pois, elementos de quatro modelos:

- O modelo “Comportamentos e valores informacionais” de Marchand, Kettinger e Rollins (2001);
- Componentes do modelo *Everyday Life Information Seeking* (ELIS) de Savolainen (1995);
- Os componentes necessidade, busca e uso da informação do modelo de uso da informação de Choo (2006);
- Os componentes “esclarecimento, instrumental, confirmativo e motivacional” do instrumento de classificação de uso da informação de Taylor (1996).

Investigar os comportamentos e valores informacionais, objetivando entender sua dinâmica e o seu aprimoramento, é essencial. Uma gestão informacional, constantemente, reflexiva e coerente com os valores e atitudes em relação à informação, pode gerar usuários da informação bem fundamentados, para desenvolver competências informacionais, para atuar em diversas situações e em contextos variados, sejam pessoais, profissionais e sociais, por exemplo.

Uma vez que o objetivo geral, deste estudo, foi descrever e analisar comportamentos e valores informacionais em saúde, no contexto de crise sanitária brasileira durante a pandemia de COVID-19, focalizar os conceitos relacionados aos comportamentos e valores informacionais e o uso da informação foram essenciais para se alcançarem os objetivos desta pesquisa.

2.6 Comportamentos e valores informacionais em saúde

Focalizando nos conceitos associados aos comportamentos e valores informacionais e no uso da informação em saúde, elaborou-se um modelo para refletir sobre esses conceitos.

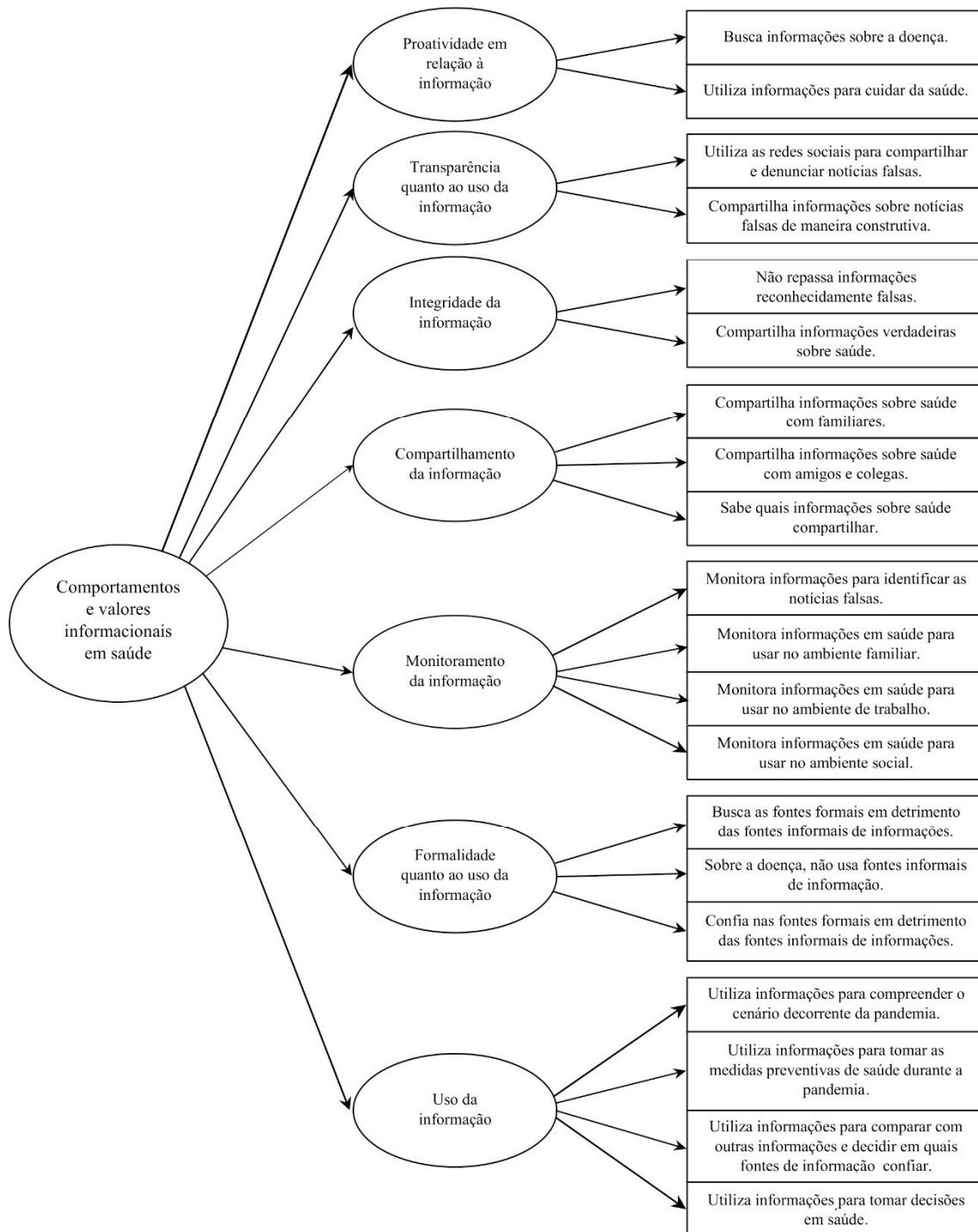
Este modelo foi gerado a partir de conceitos dos comportamentos e valores informacionais de Marchand, Kettinger e Rollins (2001), dos componentes necessidade, busca e uso da informação do modelo de uso da informação de Choo (2006) e, por fim, dos componentes “esclarecimento, instrumental, confirmativo e motivacional” do instrumento de classificação de uso da informação de Taylor (1996).

Neste sentido, comportamentos e valores informacionais em saúde podem ser compreendidos como o conjunto de manifestações comportamentais e valores evocados para se tomarem decisões em saúde com base em informações, resultando no uso ou não de determinadas informações e fontes de informação. Esses comportamentos e valores podem ser evidenciados, através da manifestação de sete dimensões relativas ao uso efetivo da informação: proatividade em relação à informação; transparência quanto ao uso da informação; integridade da informação; compartilhamento da informação; monitoramento da informação; formalidade quanto ao uso da informação; e uso da informação.

Desse modo, considerou-se o modelo dos comportamentos e valores informacionais em saúde (FIGURA 8) para o avanço deste estudo.

As definições dos componentes das dimensões dos comportamentos e valores informacionais em saúde e os itens do questionário aplicado estão explicitados no APÊNDICE A.

Figura 8 - Modelo dos comportamentos e valores informacionais em saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Os comportamentos e valores informacionais em saúde, que oferecem uma visão integrada do uso eficiente da informação são:

. Proatividade em relação à informação

Preocupação ativa em obter e aplicar novas informações para responder a mudanças e promover a tomada de decisões em saúde. Essa proatividade se refere à busca de informações verdadeiras e úteis sobre a COVID-19, objetivando utilizar essas informações para cuidar da saúde. Consiste, pois, em aperfeiçoar a capacidade de buscar informações e adquirir conhecimentos para tomar decisões sobre saúde; desenvolver a habilidade de refletir e responder a essas informações e conhecimentos.

. Transparência quanto ao uso da informação

Refere-se à receptividade para com as notícias falsas, permitindo a aprendizagem a partir delas. Neste sentido, o indivíduo está aberto às informações veiculadas em suas redes sociais para identificar notícias falsas. Além disso, compartilha informações sobre notícias falsas para alertar suas redes sociais. Essa transparência denota que informações falsas e equivocadas sobre COVID-19 são tratadas de forma direta e justa pelos usuários da informação, propiciando o tratamento de erros e equívocos como oportunidades de aprendizagem construtiva. O desafio é, portanto, aprender a lidar com as mudanças no sentido de alterar suas estratégias ou pontos de vista, adotando atitudes receptivas de aprendizado construtivo e se disponibilizando a divulgar informações negativas sobre suas experiências, para que as pessoas possam aprender com essas experiências (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001; Hwang; Kettinger; Yi, 2015).

. Integridade da informação

A integridade da informação se refere ao uso da informação de forma confiável e íntegra no nível individual, social e organizacional. Neste sentido, espera-se que o indivíduo não repasse informações reconhecidamente falsas e que compartilhe informações verdadeiras sobre saúde. Nesta perspectiva, a informação deve ser vista como sendo verdadeira, precisa e não tendenciosa. A integridade da informação é um valor que exerce papel importante no uso da informação, pois atua como base para o seu uso, estabelecendo limites apropriados para o comportamento ético, influenciando diretamente o uso formal da informação (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001).

. Compartilhamento da informação

Refere-se à boa vontade em fornecer aos familiares, amigos e/ou colegas informações sobre saúde de forma apropriada e colaborativa. Ou seja, o indivíduo parte do princípio de que sabe quais informações em saúde deve compartilhar. A transparência, quanto ao uso da informação, permite que as pessoas promovam a confiança necessária para que se potencialize o compartilhamento de informações em todos os níveis. Se os indivíduos reconhecem erros, enganos e falhas de forma positiva, então, provavelmente, estarão mais dispostos a compartilhar outros tipos de informação (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001).

. Monitoramento da informação

Refere-se ao acompanhamento, observação e avaliação de dados, informações e conhecimentos relevantes para a tomada de decisões em saúde e uso de informações no cotidiano. O monitoramento é, pois, uma maneira de observação e acompanhamento constante de dados, informações e conhecimentos relevantes para o indivíduo.

. Formalidade quanto ao uso da informação

Refere-se ao uso da informação em saúde proveniente de fontes formais em detrimento de fontes informais. Formalidade quanto ao uso da informação refere-se ao uso formal da informação em detrimento das fontes informais. O uso formal ou a formalidade quanto ao uso da informação significa que as pessoas devam procurar estabelecer processos e fluxos informacionais, a fim de obter resultados previsíveis, de modo a garantir controle apropriado para o uso eficiente da informação (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001).

. Uso da informação

O uso da informação reflete como o indivíduo percebe suas necessidades informacionais, em que bases se propõe a buscar e usar informações sobre saúde para atender às suas demandas informacionais. Os ciclos de busca e uso da informação estão inseridos em um ambiente de processamento da informação, constituído das estruturas cognitivas e disposições emocionais do indivíduo e de um ambiente mais amplo de uso da informação, determinado pelas condições do meio em que a informação é usada (Choo, 2006).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A escolha de uma estratégia de pesquisa envolve várias possibilidades. Não há um modelo único para este fim, e sim opções mais adequadas para cada pesquisa (Vergara, 2003). O interesse pelo tema e a disponibilidade de dados foram os principais elementos, que nortearam as opções metodológicas deste estudo.

Após a busca bibliográfica inicial, foram realizadas pesquisas sobre as relações entre comportamento informacional, fontes de informação, busca e uso de informação em saúde no contexto de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19.

Pesquisas complementares foram realizadas por meio de buscas no Portal CAPES, nas seguintes bases de dados: CINAHL, *Web of Science*, SCOPUS, *Science Direct* (Elsevier), EMBASE, Medline e EBSCO. Utilizou-se também o *Google Scholar*. As palavras-chave utilizadas nas buscas foram: comportamentos e valores informacionais; comportamento informacional; busca de informação; fontes de informação; COVID-19.

Os procedimentos metodológicos utilizados para a realização do presente trabalho envolveram a execução de uma pesquisa descritiva e exploratória de natureza quali-quantitativa. Descritiva, porque foram estudados alguns aspectos relacionados aos comportamentos e valores informacionais do modelo de comportamentos e valores informacionais de Marchand, Kettinger e Rollins (2001); aos componentes do instrumento de classificação de uso da informação de Taylor (1996); ao modelo de busca de informações na vida cotidiana de Savolainen (1995); e à necessidade, busca e uso da informação do modelo de uso da informação de Choo (2006), no cenário da crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. Exploratória, porque foram reveladas novas fontes de informação utilizadas pelos respondentes, além de terem sido evidenciados as fontes e os canais de informação acessados, como também identificadas as fontes utilizadas em seus ambientes familiar, profissional e social durante a pandemia. Buscou-se, também, aprofundar a compreensão da percepção desses respondentes, no que diz respeito à relevância e confiança nessas fontes.

Para a definição da amostra, foi utilizado o método não probabilístico por tipicidade ou intencional que, conforme Vergara (2000), se caracteriza pela ausência de técnicas estatísticas para definição da amostra, o qual é constituído pela seleção de elementos, que o pesquisador considera representativos da população-alvo.

3.1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo é descritivo e exploratório de natureza qualiquantitativa. Descritivo, porque foram estudados alguns aspectos relacionados aos comportamentos e valores informacionais do modelo de comportamentos e valores informacionais de Marchand, Kettinger e Rollins (2001); aos componentes do instrumento de classificação de uso da informação de Taylor (1996); ao modelo de busca de informações na vida cotidiana de Savolainen (1995); e à necessidade, busca e ao uso da informação do modelo de uso da informação de Choo (2006), no cenário da crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. Exploratório, porque foram reveladas novas fontes de informação utilizadas pelos respondentes. Além de terem sido revelados as fontes e os canais de informação acessados e explicitadas as fontes utilizadas em seus ambientes familiar, profissional e social durante a pandemia. Além disso, buscou-se aprofundar a compreensão da percepção desses respondentes, no que diz respeito a relevância e confiança atribuídas à essas fontes.

A abordagem central deste estudo está na descrição dos comportamentos e valores informacionais em saúde e na explicitação das fontes de informação utilizadas no cenário brasileiro durante a pandemia de COVID-19. Para a realização desta pesquisa, optou-se pelo estudo de caso, como estratégia de pesquisa. De acordo com Yin (2005), esta é a estratégia de pesquisa, que pode contribuir para aprofundar o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados.

3.2 Procedimentos de coleta de dados

Para a realização desta pesquisa foram definidos três métodos de coleta de dados, em duas etapas. Na primeira etapa, realizou-se a revisão de literatura; um questionário *online* foi elaborado e aplicado, cujos resultados foram, estatisticamente, analisados.

Durante a revisão de literatura, após a busca bibliográfica inicial, foram realizadas pesquisas sobre as relações entre comportamento informacional, fontes de informação, busca e uso de informação em saúde no contexto de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19. Pesquisas complementares foram realizadas por meio de buscas, no Portal CAPES, nas seguintes bases de dados:

- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)
- *Web of Science* (WoS)
- SCOPUS
- *Science Direct* (Elsevier)
- Excerpta Medica dataBase (EMBASE)
- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)
- EBSCO
- *Google Scholar*.

As palavras-chave utilizadas nas buscas foram: comportamentos e valores informacionais; comportamento informacional; busca de informação; uso de informação; fontes de informação; COVID-19.

Em seguida, um questionário *online* foi elaborado e aplicado. O levantamento dos dados, feito por meio da técnica *survey*, tem como objetivos básicos explorar, descrever ou explicar determinado segmento ou parcela de uma população. Essa parcela se refere a uma amostra, supostamente, representativa de alguma população. Geralmente, os *surveys* são realizados para possibilitar enunciados descritivos sobre determinada população (Babbie, 2005).

O *survey*, realizado por meio de perguntas, teve por objetivos descrever o comportamento de busca de informações em saúde, explicitar as fontes de informação acessadas e os comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro durante a pandemia de COVID-19.

Aplicou-se a escala do tipo *Likert* em 59 enunciados referentes à frequência de uso de fontes de informação, confiança e relevância atribuídas às fontes de informação e concordância ou discordância quanto aos comportamentos e valores informacionais em saúde. Os enunciados foram exibidos em uma estrutura matricial com uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, onde:

a) frequência de uso de fontes de informação: 01 significou ‘mensalmente ou nunca’, 02 ‘semanalmente’, 03 ‘de duas a três vezes por semana’, 04 ‘de quatro a seis vezes por semana’ e 05 ‘diariamente’;

b) confiança em fontes de informação: 01 significou ‘sem confiança’, 02 ‘pouco confiável’, 03 ‘confiável’, 04 ‘muito confiável’ e 05 ‘extremamente confiável’;

c) relevância das fontes de informação, 01 significou ‘irrelevante’, 02 ‘ pouco relevante’, 03 ‘relevante’, 04 ‘muito relevante’ e 05 ‘extremamente relevante’; e

d) comportamentos e valores informacionais em saúde: 01 ‘discordo totalmente’, 02 ‘discordo’, 03 ‘não concordo nem discordo’, 04 ‘concordo’ e 05 ‘concordo totalmente’.

O questionário *online* foi elaborado utilizando-se a ferramenta *Google Forms*, adaptado de um instrumento desenvolvido por Donald A. Marchand, William J. Kettinger e John D. Rollins (2001). Foram considerados e reconfigurados os componentes do construto comportamentos e valores informacionais, que são:

- proatividade em relação à informação (questões 1 e 2);
- transparência quanto ao uso da informação (questões 3 e 4);
- integridade da informação (questões 5 e 6);
- compartilhamento da informação (questões 7, 8 e 9);
- monitoramento da informação (questões 10, 11, 12 e 13), e
- formalidade quanto ao uso da informação (questões 14, 15 e 16).

Foi, também, adaptado de Taylor (1996) para classificar o uso de informações (questões 17, 18, 19 e 20).

O questionário desenvolvido para esta pesquisa foi elaborado e aprimorado por meio de um pré-teste. Esse pré-teste, realizado com cinco pessoas não participantes do grupo objeto da pesquisa, permitiu a introdução de ajustes nos instrumentos de coleta de dados. Esse questionário encontra-se no APÊNDICE B.

O questionário desenvolvido por Marchand, Kettinger e Rollins (2001) já foi adaptado por Choo, Bergeron e Detlor (2008), Barbosa e Gonçalves (2015).

Para a coleta dos dados, foram escolhidos como respondentes indivíduos residentes no Brasil, usuários de redes e mídias sociais, pois acessam diversas plataformas, recebem e compartilham informações, constantemente, com outras pessoas e participam, diretamente, nas redes sociais, emitindo opiniões e tomando decisões em saúde baseadas nas informações veiculadas durante a crise sanitária decorrente da COVID-19.

O questionário *online* foi elaborado utilizando-se a ferramenta *Google Forms*, com a geração do *link* de acesso ao instrumento, captação, tabulação e armazenamento dos dados. O *link*, desse questionário, foi encaminhado por intermédio de dois *e-mails* da pesquisadora: o *e-mail* pessoal (goncalves.christine@gmail.com) e o *e-mail* criado para fins de pesquisa durante o vínculo da discente com o PPGGOC

(christine.ppggoc@gmail.com). O *link* também foi apresentado nas redes sociais pessoais da pesquisadora: *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*.

A proposta do estudo, seguida pelo *link* do questionário de pesquisa, bem como a solicitação para a indicação de outras pessoas para responderem à pesquisa, foram apresentados no campo textual de *e-mails* (APÊNDICES C e D) e das redes sociais *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp* (APÊNDICE E). Portanto, os participantes deste estudo foram recrutados por meio dessas redes e de *e-mails* pessoais da pesquisadora no período de março a julho de 2021. O *link* do questionário também foi encaminhado via *e-mail* aos programas de pós-graduação das instituições brasileiras de ensino superior disponibilizados na Plataforma Sucupira. Desse modo, mensagens via *e-mail* foram enviadas para 963 instituições, na região Nordeste; 287 na região Norte; 399 na região Centro-Oeste; 1.992 na região Sudeste; e 998 na região Sul (APÊNDICE F). No total, foram encaminhadas 4.035 mensagens e 2.907 pessoas responderam ao questionário. Foram considerados participantes efetivos os respondentes com nível superior, uma vez que o número destes foi, consideravelmente, significativo em relação ao total dos respondentes.

Os 2.785 participantes efetivos, desta pesquisa, residem no Brasil e acessaram diversas fontes de informação, por meio de redes e mídias sociais, para tomar decisões em saúde, baseadas nas informações veiculadas durante a crise sanitária decorrente da COVID-19. As características dos participantes do estudo são apresentadas no capítulo 4.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para responder ao questionário *online* foi precedido à sua abertura e o participante precisou assinalar “aceito” ou “não aceito” participar desta pesquisa de opinião. Este termo encontra-se no APÊNDICE G.

Na segunda etapa dos procedimentos de coleta de dados, com base nos modelos de busca de informações na vida cotidiana de Savolainen (1995) e no uso da informação de Choo (2006) e nos resultados obtidos, por meio do questionário, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um grupo selecionado de indivíduos, com o objetivo de se compreender, com profundidade, a utilização de fontes e canais de informação durante a pandemia de COVID-19.

Neste trabalho, a unidade de análise e de observação definida para a pesquisa dos comportamentos e valores informacionais em saúde foram pessoas residentes no Brasil e usuárias de redes e mídias sociais. Partiu-se do pressuposto de que essas pessoas podem

revelar comportamentos informacionais relevantes para a área de Ciência da Informação, no que diz respeito aos estudos de usuários de informação em situações de crise na saúde pública, seus comportamentos e valores informacionais, uso de fontes de informação e uso da informação.

Para tanto, com base nos resultados obtidos por meio da análise do questionário no que se refere a fontes de informação, utilizadas durante a pandemia de COVID-19, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quinze pessoas, com o objetivo de se extrair outras fontes de informação não descritas no questionário *online* e compreender a percepção de relevância e confiança atribuídas a essas fontes. A seleção dos indivíduos entrevistados buscou abarcar residentes de todas as regiões do Brasil. Levando isso em consideração e para melhor gestão dos 1.187 respondentes do questionário *online*, que se disponibilizaram a conversar com a pesquisadora, inicialmente, foram encaminhados 56 convites (APÊNDICE H). Dentre os convidados, 15 aceitaram participar das entrevistas. As entrevistas permitiram um estudo qualitativo dos dados.

Entrevistas semiestruturadas também foram realizadas. Elas tiveram como ponto de partida os resultados do questionário aplicado no primeiro momento do estudo referente ao uso de fontes de informação, à confiança em fontes de informação e à relevância das fontes de informação. Em seguida, os modelos de uso da informação de Choo (2006) e de busca de informação na vida cotidiana de Savolainen (1995) foram acatados. Foram, pois, considerados os conceitos do modelo de busca de informações na vida cotidiana, de Savolainen (1995). Do modelo de Choo (2006), foram considerados os itens necessidade, busca e uso da informação.

Levando-se em consideração as proposições acima, cada entrevistado recebeu uma explicação sobre o processo de entrevista pelo qual passaria de modo a deixá-lo à vontade, para fazer suas considerações a respeito das fontes e canais de informação utilizados em seus ambientes familiar, profissional e social durante a pandemia de COVID-19. Cada qual foi questionado sobre como avaliou e determinou a confiança e relevância das fontes, que buscou, para auxiliá-lo nas suas decisões relativas à saúde. Desse modo, buscou-se, por meio de entrevistas, um entendimento das fontes de informação acessadas e utilizadas no cenário de crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19.

O roteiro, adaptado e desenvolvido, foi utilizado como base para a construção de quatro perguntas, que foram também aprimoradas por meio de um pré-teste com três entrevistados não participantes da entrevista principal, porém, eles teriam que apresentar

características compatíveis com as da população, que fez parte do presente estudo. O roteiro da entrevista encontra-se no APÊNDICE I.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o entrevistado participar da entrevista foi precedido às perguntas semiestruturadas. O participante deveria assinalar “aceito” ou “não aceito”, participando como voluntário desta pesquisa. Este termo encontra-se no (APÊNDICE J).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UFMG. CAAE 42689120.0.0000.5149. Número do respectivo parecer: 4.532.815 (ANEXO A).

3.3 Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos dados obtidos por meio do questionário *online*, foram realizados testes estatísticos para explorar a frequência de uso das fontes de informação, a confiança em fontes de informação, a relevância das fontes de informação e os pontos de concordância e/ou discordância dos respondentes a respeito de suas percepções quanto ao uso da informação, fontes de informação, comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. Também foram realizados testes estatísticos para descrever associações entre variáveis das fontes de informação; e identificar diferenças entre homens e mulheres quanto aos comportamentos e valores informacionais em saúde. Por meio das respostas fornecidas, foram construídas tabelas comparativas para avaliar a percepção dos respondentes.

A etapa quantitativa, deste estudo, teve a intenção de revelar em números os comportamentos e valores informacionais em saúde, o uso de fontes de informação, as percepções e julgamentos das pessoas, no que se refere à confiança e relevância atribuídas às fontes de informação no contexto da crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19.

As entrevistas permitiram um estudo qualitativo dos dados. Utilizou-se a transcrição integral das entrevistas, para auxiliar a análise e interpretação dos dados. Tendo em vista os objetivos desta etapa da pesquisa, os dados coletados foram, previamente, analisados por meio do desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente. Para análise e interpretação do material, após a transcrição integral das entrevistas, realizou-se a classificação em categorias, que auxiliaram na compreensão dos discursos.

A etapa qualitativa visou complementar a etapa quantitativa, objetivando explicitar as fontes e canais de informação utilizados no cenário brasileiro durante a pandemia de COVID-19.

De acordo com Yin (2016), a pesquisa qualitativa permite a realização de estudos aprofundados sobre uma ampla variedade de tópicos, em termos simples e cotidianos. Além disso, ela oferece maior liberdade de temas de interesse e permite que as interações sociais ocorram com mínima interferência de procedimentos de pesquisa limitados a um laboratório ou ambiente semelhante. Esse autor ainda aponta as seguintes características de estudos qualitativos: a) permite registrar as opiniões e perspectivas dos participantes de um estudo; b) leva em conta as condições contextuais em que as pessoas vivem; c) possibilita identificar conceitos capazes de auxiliar na explicação do comportamento social humano; d) possibilita utilizar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte.

A pesquisa qualitativa busca, portanto, capturar o significado dos eventos da vida real sob a perspectiva dos participantes de um estudo. A natureza qualitativa do presente estudo resultou da intenção de ampliar a análise do comportamento informacional e dos critérios de escolhas dos participantes, no que se refere ao uso de fontes de informação formais e informais no cenário brasileiro durante a pandemia de COVID-19. A opção, pela técnica de entrevista semiestruturada, se deu em função de proporcionar melhor compreensão do ponto de vista e das percepções dos participantes dentro dos eixos temáticos abordados e delimitados neste trabalho.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, após a caracterização dos respondentes, serão apresentados e analisados os resultados obtidos.

4.1 Caracterização dos respondentes

Os dados sociodemográficos dos respondentes (APÊNDICE K) serão, resumidamente, apresentados nas Tabelas 1, 2, 3 e 4.

A Tabela 1 mostra os respondentes discriminados por nível de escolaridade:

Tabela 1 – Nível de escolaridade dos respondentes

Nível de escolaridade	Frequência	%
Doutorado	579	20,8
Mestrado	1274	45,7
Especialização	446	16,0
Graduação	486	17,5
Total	2785	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Em relação ao gênero, dentre os respondentes, 64,9% são mulheres, 35% homens e 0,1% se definiram como não binários, conforme Tabela 2:

Tabela 2 – Gênero dos respondentes

Gênero	Frequência	%
Mulher	1805	64,9
Homem	976	35,0
Não-binário	4	0,1
Total	2785	100

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A faixa etária dos respondentes é apresentada na Tabela 3:

Tabela 3 – Faixa etária dos respondentes

Idade	Frequência	%
65 anos ou mais	41	1,5
Entre 55 a 64 anos	190	6,9
Entre 45 a 54 anos	341	12,2
Entre 35 a 44 anos	716	25,7
Entre 25 a 34 anos	1204	43,2
Entre 18 a 24 anos	293	10,5
Total	2785	100

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Na Tabela 4, a distribuição dos participantes, conforme a sua residência nas regiões do Brasil, é:

Tabela 4 – Região dos respondentes

Região	Frequência	%
Norte	108	3,9
Nordeste	239	8,6
Centro Oeste	231	8,3
Sudeste	1578	56,7
Sul	629	22,6
Total	2785	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

4.2 Análise dos resultados

No que se refere aos comportamentos e valores informacionais em saúde, os dados foram analisados empregando-se estatística descritiva, por meio do *software SPSS*, versão 21. As variáveis qualitativas foram descritas através da escala *Likert* de caráter ordinal como critério de avaliação para os respondentes (juízes) em relação às questões das sete dimensões estudadas na pesquisa *survey*, com o intuito de verificar o grau de concordância das classificações (opiniões). Testes de estatística *t* foram realizados com o objetivo de se investigar em que medida os comportamentos e valores informacionais em saúde (CVIS) de homens e mulheres se diferenciam.

Quanto à relevância das fontes de informação e confiança em fontes de informação, testes qui-quadrado (χ^2), com intervalo de confiança (IC) de 95% foram realizados para verificar as diferenças entre as proporções (%). O IC é calculado conforme o método recomendado por Altman *et al.* (2000).

Os testes de estatística t e qui-quadrado (χ^2) foram realizados, utilizando-se o *software* estatístico *MedCal Statistical*.

Inicialmente, segue a descrição da distribuição de posto dada pelos respondentes em relação às dimensões e, logo após, os testes de estatística t e qui-quadrado (χ^2).

4.2.1 Variáveis dos comportamentos e valores informacionais em saúde

A Tabela 5 refere-se à opinião dos respondentes quanto à proatividade em relação à informação:

Tabela 5 – Proatividade em relação à informação

Comportamentos e valores informacionais em saúde				
Dimensão	Questão nº	Enunciado da questão	Me	DP
Proatividade em relação à informação	1	Sempre busco informações sobre a COVID-19.	4	1,04
	2	Sempre utilizo as informações sobre a COVID-19 para cuidar da minha saúde.	4,31	0,79
MÉDIA GERAL			4,15	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito aos enunciados referentes à proatividade em relação à informação, os dados não exprimiram diferenças significativas entre as médias no nível de concordância das afirmativas. Baseados nas frequências de respostas (APÊNDICE L), os dados mostraram que 76,7% dos respondentes apresentaram comportamento proativo ao buscar informações sobre a COVID-19. Dentre os respondentes, 10,7% não se consideraram proativos nessa busca. Quanto ao uso das informações sobre a COVID-19 para cuidar da saúde, 89,3% dos respondentes afirmaram ter utilizado essas informações para tomar decisões sobre saúde. Somente 3,4% dos respondentes afirmaram não ter utilizado com frequência essas informações.

A Tabela 6 refere-se à opinião dos respondentes quanto à transparência quanto ao uso da informação:

Tabela 6 – Transparência quanto ao uso da informação

Comportamentos e valores informacionais em saúde				
Dimensão	Questão n°	Enunciado da questão	Me	DP
Transparência quanto ao uso da informação	3	Sempre utilizo minhas redes sociais para identificar notícias falsas.	3,21	1,29
	4	Sempre compartilho informações sobre notícias falsas para alertar as minhas redes sociais.	2,71	1,37
MÉDIA GERAL			2,96	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito aos enunciados sobre a transparência quanto ao uso da informação, os dados mostraram que os respondentes utilizaram as redes sociais para identificar notícias falsas, mas não se mostraram muito dispostos a compartilhar essas informações para alertar as suas redes sociais. Com base nas frequências de respostas (APÊNDICE L), os dados mostraram que 30,4% dos respondentes afirmaram não ter utilizado as redes sociais para identificar notícias falsas. Por outro lado, 48% utilizaram as redes sociais para identificar essas notícias. 21,7% se mostraram neutros nessa questão. Quanto à disposição em compartilharem notícias falsas para alertar as suas redes sociais, 46,7% dos respondentes não demonstraram essa ação. 33,5% dos respondentes afirmaram ter compartilhado essas notícias com suas redes sociais a fim de alertá-las.

A Tabela 7 refere-se à opinião dos respondentes quanto à integridade da informação:

Tabela 7 – Integridade da informação

Comportamentos e valores informacionais em saúde				
Dimensão	Questão n°	Enunciado da questão	Me	DP
Integridade da informação	5	Nunca repasso informações reconhecidamente falsas.	4,51	1,08
	6	Sempre compartilho informações verdadeiras sobre saúde.	4,10	1,06
MÉDIA GERAL			4,30	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os enunciados sobre a integridade da informação são os que, no conjunto, apresentaram o maior nível de concordância, sendo 4,51 de média na afirmativa “nunca repasso informações, reconhecidamente, falsas”. Seguida pela afirmação de sempre compartilhar informações verdadeiras sobre saúde, com 4,10 de média. Baseados nas frequências de respostas (APÊNDICE L), 89,6% dos respondentes afirmaram nunca ter repassado informações, reconhecidamente, falsas. Somente 8,2% discordaram dessa afirmativa. No que se refere ao reconhecimento de compartilharem informações verdadeiras sobre saúde, 75,6% dos respondentes concordaram com essa afirmativa. 8,4% consideraram a possibilidade de compartilhar informações falsas. Esses dados sugeriram que os respondentes, deste estudo, apresentaram comportamentos e valores relativos à informação, que garantiram a integridade dela.

A Tabela 8 refere-se à opinião dos respondentes quanto ao compartilhamento da informação:

Tabela 8 – Compartilhamento da informação

Comportamentos e valores informacionais em saúde				
Dimensão	Questão n°	Enunciado da questão	Me	DP
Compartilhamento da informação	7	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares.	3,97	1,10
	8	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus amigos e/ou colegas.	3,67	1,08
	9	Sempre sei que informações sobre saúde devo compartilhar.	3,69	1,03
MÉDIA GERAL			3,22	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito aos enunciados sobre compartilhamento da informação, os dados mostraram que foi reconhecido o fornecimento de informações apropriadas e a ciência de quais informações deveriam ser compartilhadas com familiares, amigos e/ou colegas. Baseados nas frequências de respostas (APÊNDICE L), 73,4% dos respondentes compartilharam informações com seus familiares e 63,6% com seus amigos e/ou colegas. Quanto ao reconhecimento de quais informações deveriam ser compartilhadas, 62,8% afirmaram saber, 23,3% não concordaram nem discordaram dessa afirmativa e 13,5% discordaram.

A Tabela 9 refere-se à opinião dos respondentes quanto ao monitoramento da informação:

Tabela 9 – Monitoramento da informação

Comportamentos e valores informacionais em saúde				
Dimensão	Questão n°	Enunciado da questão	Me	DP
Monitoramento da informação	10	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudam a identificar as notícias falsas.	3,90	0,98
	11	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar.	3,99	0,96
	12	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente de trabalho.	4,04	0,94
	13	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal, quando vou ao mercado, padaria, farmácia, por exemplo.	4,20	0,87
MÉDIA GERAL			4,03	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os enunciados sobre o monitoramento de informações mostraram que as informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 ajudaram os respondentes na identificação de notícias falsas, com uma média de 3,90. Essas informações também influenciaram os hábitos de higiene pessoal, nos ambientes familiar (com 3,99 de média) e de trabalho (com média de 4,04). Também em ambientes sociais, tais como mercado, padaria, farmácia, por exemplo (com média de 4,20). Baseados nas frequências de respostas (APÊNDICE L), os dados sugeriram que 72,8% dos respondentes monitoraram as informações para identificar notícias falsas. Quanto à influência das informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19, 77,2% afirmaram ter alterado seus hábitos de higiene pessoal no ambiente familiar, 77,8% no ambiente de trabalho e 84,7% dos respondentes alteraram seus hábitos de higiene pessoal em ambientes sociais.

A Tabela 10 refere-se à opinião dos respondentes, no que diz respeito à formalidade quanto ao uso da informação:

Tabela 10 – Formalidade quanto ao uso da informação

Comportamentos e valores informacionais em saúde				
Dimensão	Questão nº	Enunciado da questão	Me	DP
Formalidade quanto ao uso da informação	14	Sempre busco informações sobre a COVID-19 em fontes formais de informação (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro, por exemplo).	3,80	1,13
	15	Sobre a COVID-19, nunca uso fontes informais de informação (amigos ou colegas, por exemplo).	3,28	1,16
	16	Sobre a COVID-19, sempre confio mais em fontes formais de informação (Hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) do que em fontes informais de informação (amigos ou colegas, por exemplo).	4,39	0,83
MÉDIA GERAL			3,82	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os enunciados sobre a formalidade quanto ao uso da informação mostraram que os respondentes confiaram mais em fontes formais de informação do que em fontes informais. Baseados nas frequências de respostas (APÊNDICE L), 66,7% dos respondentes afirmaram buscar informações sobre a COVID-19 em fontes formais de informação e 88,7% afirmaram confiar mais em fontes formais do que em fontes informais de informação. Entretanto, os dados mostraram que 29,7% dos respondentes discordaram da afirmativa ‘nunca uso fontes informais de informação’. 26,8% não concordaram nem discordaram, e 43% concordaram com essa afirmativa. Os dados sugeriram que os respondentes, embora utilizassem mais fontes formais de informação, buscaram também se informar sobre a COVID-19 em fontes informais de informação.

A Tabela 11 refere-se à opinião dos respondentes, no que diz respeito ao uso da informação:

Tabela 11 – Uso da informação

Comportamentos e valores informacionais em saúde				
Dimensão	Questão n°	Enunciado da questão	Me	DP
Uso da informação	17	Sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19.	4,34	0,75
	18	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19.	4,16	0,83
	19	Sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para decidir em quais informações confiar.	4,18	0,87
	20	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para cuidar melhor da minha saúde.	4,24	0,80
MÉDIA GERAL			4,23	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Dos enunciados relativos ao uso da informação são eles os que, no conjunto, apresentaram o segundo maior nível de concordância, com média geral de 4,23. As proposições sobre o uso da informação apresentaram altos níveis de concordância. Baseados nas frequências de respostas (APÊNDICE L), os dados mostraram que 89,6% dos respondentes usaram as informações sobre saúde para entender essa pandemia. No que diz respeito às informações recebidas e/ou acessadas, 83,3% as usaram para tomar as medidas preventivas de saúde, 85,3% para cuidar melhor da saúde e 82,5% afirmaram ter comparado essas informações para decidir em quais confiar. Esses dados mostraram que o processo de uso da informação se deu no sentido de busca de um entendimento do contexto pandêmico, seleção e de uso de informações para a tomada de decisões relativas à saúde nesse cenário.

De modo geral, em relação aos comportamentos e valores informacionais em saúde, o conjunto de enunciados referentes às capacidades ligadas à integridade da informação, ao uso da informação, à proatividade em relação à informação e ao monitoramento da informação, obteve o mais alto nível de concordância. Seguido pela formalidade quanto ao uso da informação, compartilhamento da informação e por fim, transparência quanto ao uso da informação.

O conjunto de capacidades, com o maior nível geral de concordância, é a integridade da informação (4,30), onde todos os enunciados apresentaram alto nível de concordância. O segundo conjunto de capacidades com alto nível de concordância, refere-

se ao uso da informação (4,23). Seguido pela proatividade em relação à informação (4,15) e monitoramento da informação (4,03).

O conjunto de capacidades ligadas à formalidade quanto ao uso da informação (3,82) e ao compartilhamento da informação (3,78), obteve níveis gerais intermediários de concordância.

O conjunto de capacidades com o menor nível geral de concordância, está relacionado às capacidades relativas à transparência quanto ao uso da informação (2,96).

Dentre os enunciados dos comportamentos e valores informacionais em saúde, destacaram-se quatro com níveis altos de concordância. O maior nível de concordância refere-se à integridade da informação; foi identificado no enunciado “nunca repasso informações reconhecidamente falsas”, com 4,51 de média e desvio padrão 1,08.

O segundo enunciado com o maior nível de concordância foi “sobre a COVID-19, sempre confio mais nas fontes de informação formais (hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) do que em fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo)”, com 4,39 de média e desvio padrão 0,83. Esse enunciado refere-se à formalidade quanto ao uso da informação.

O terceiro enunciado com o maior nível de concordância foi “sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19”, com 4,34 de média e desvio padrão 0,75. Esse enunciado se referiu ao uso da informação.

O quarto enunciado com o maior nível de concordância foi “sempre utilizo as informações sobre a COVID-19 para cuidar da minha saúde”, com 4,31 de média e desvio padrão 0,79. Referiu-se à proatividade em relação à informação.

Três enunciados com níveis intermediários de concordância se destacaram nos componentes monitoramento e compartilhamento da informação. O maior nível de concordância ocorreu com o enunciado “as informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar”, com 3,99 de média e desvio padrão 0,96.

O segundo maior nível de concordância intermediário foi “sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares”, com 3,97 de média e desvio padrão 1,10.

O terceiro maior nível de concordância intermediário está relacionado ao enunciado “as informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudaram a identificar as notícias falsas”, com 3,90 de média e desvio padrão 0,98.

Um enunciado do componente “transparência quanto ao uso da informação” se destacou pelo baixo nível de concordância. Esse enunciado foi “sempre compartilho

informações sobre notícias falsas para alertar as minhas redes sociais”, com 2,71 de média e desvio padrão 1,37.

As dimensões “integridade da informação”, “uso da informação”, “proatividade em relação à informação” e “monitoramento da informação” foram as que obtiveram altos níveis gerais de concordância. As dimensões “formalidade quanto ao uso da informação” e “compartilhamento da informação” obtiveram níveis gerais intermediários de concordância. A dimensão “transparência quanto ao uso da informação”, obteve o menor nível geral de concordância.

4.2.2 Homens e mulheres: diferenças nos comportamentos e valores informacionais em saúde

Estudar as relações entre gênero e comportamento informacional é uma questão complexa de difícil domínio. Considerar o gênero, como variável, pode ser interessante para uma compreensão dos fatores cognitivos e sociais no processamento humano da informação. Os resultados destes estudos puderam apontar para a concepção de políticas, serviços e sistemas de informação, que promovem a alfabetização informacional (STEINEROVÁ; ŠUŠOL, 2007).

A maneira pela qual as pessoas buscam, avaliam, categorizam e utilizam informações relevantes, para assumir os comportamentos desejados relativos à saúde, é um pré-requisito para o desempenho adequado e consistente desses comportamentos. Assim, para a obtenção de êxito na promoção e nas intervenções relativas à saúde pública, as medidas tomadas devem ser sensíveis à disparidade de gênero nos comportamentos relativos às informações sobre saúde (EK, 2013).

Nesse sentido, considera-se que examinar o comportamento informacional, a partir de uma perspectiva de gênero, pode contribuir para um melhor entendimento dos comportamentos de busca e uso da informação, peculiares a homens e mulheres no processo de necessidade e busca de informação, e uso de fontes de informação para a tomada de decisões em saúde. As descobertas podem orientar a elaboração de sistemas de informação e a concepção de políticas, processos e serviços em plataformas digitais, que visem estimular habilidades informacionais relativas à seleção e uso de fontes e canais de informação.

Para essa finalidade, foram realizados testes de estatística t para amostra única, com o objetivo de investigar em que medida os comportamentos e valores informacionais em saúde (CVIS) de homens e mulheres se diferenciam.

No plano individual, esses comportamentos e valores informacionais podem ser compreendidos como a manifestação de hábitos, comportamentos e ações, que revelam comportamentos e valores relativos à informação e ao conhecimento, resultando no uso ou não de determinada informação.

Os testes de estatística t calculam a diferença entre as médias observadas em duas amostras independentes (homens e mulheres). É relatado um valor de significância (p-valor) para se obter a diferença observada entre as amostras, se a hipótese nula for verdadeira. A hipótese nula é a hipótese de que a diferença é 0.

Para ambas as amostras, consideraram-se:

- . Média: a média aritmética observada.
- . Desvio padrão: o desvio padrão observado.
- . Tamanho da amostra: o número de observações na amostra.

O programa estatístico primeiro calcula o desvio padrão combinado s :

$$s = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Onde s_1 e s_2 são os desvios padrão das duas amostras com tamanhos de amostra n_1 e n_2 .

O erro padrão se da diferença entre os dois meios é calculado como:

$$se(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) = s \times \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

O nível de significância, ou p-valor, é calculado usando o teste t , com o valor t calculado como:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{se(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}$$

O p-valor é a área do t distribuição com $n_1 + n_2 - 2$ graus de liberdade, que ficam fora de $\pm t$.

Quando o p-valor é menor que 0,05 ($p < 0,05$), a conclusão é que as duas médias são, significativamente diferentes.

A seguir, serão apresentados os resultados dos testes de estatística t , onde foram calculadas as diferenças entre as médias observadas nos homens e mulheres (APÊNDICE M). Desse modo, os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens e mulheres serão apresentados. Ficaram desconsiderados, nesta análise, por não ser, estatisticamente, significativos, os quatro respondentes do gênero “não-binário”.

A Tabela 12 mostra as diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à proatividade em relação à informação e ao uso da informação:

Tabela 12 – Proatividade em relação à informação e uso da informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e fontes de informação	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Proatividade em relação à informação	Sempre busco informações sobre a COVID-19.	4,08	0,983	3,96	1,059	-0,120	-2,924	0,0035
	Sempre utilizo as informações sobre a COVID-19 para cuidar da minha saúde.	4,31	0,780	4,32	0,803	0,010	0,317	0,7516
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.).	3,34	1,710	3,64	1,627	0,300	4,558	0,0001
	Amigos e/ou colegas	2,65	1,470	2,78	1,527	0,130	2,171	0,0300
	Familiares	2,57	1,496	2,76	1,602	0,190	3,054	0,0023
	Emissoras de rádio	1,92	1,381	1,76	1,292	-0,160	0,053	0,0024
Uso de fontes de informação	Jornais e/ou revistas	2,65	1,657	2,48	1,608	-0,170	-2,632	0,0085
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	2,08	1,358	2,45	1,480	0,370	6,474	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	1,72	1,195	1,95	1,289	0,230	4,606	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	1,67	1,101	1,86	1,210	0,190	4,077	0,0001
	Hospitais e Postos de Saúde	1,62	1,127	1,87	1,295	0,250	5,080	0,0001
	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo)	2,60	1,500	2,45	1,485	-0,150	-2,533	0,0114

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Quanto ao comportamento proativo de busca de informações sobre a COVID-19, os resultados apontaram que os homens foram mais proativos, nesta busca, que as mulheres. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens ($M=4,08$; $DP=0,983$) e a média da amostra mulheres ($M=3,96$; $DP=1,059$).

No que diz respeito à utilização de informações sobre a COVID-19 para se cuidar da própria saúde, homens e mulheres usaram, proativamente, essas informações. Os resultados não mostraram diferenças, estatisticamente, significativas entre a média da amostra homens (M=4,31; DP=0,780) e a média da amostra mulheres (M=4,32; DP=0,803).

Os dados mostraram que as mulheres foram mais proativas no uso das redes sociais. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens (M=3,34; DP=1,710) e a média da amostra mulheres (M=3,64; DP=1,627).

No que diz respeito à busca e obtenção de novas informações sobre a COVID-19, as mulheres, mais que os homens, acessaram os familiares, amigos e colegas. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=2,65; DP=1,470), (M=2,57; DP=1,496) e as médias da amostra mulheres (M=2,78; DP=1,527), (M=2,76; DP=1,602). Notou-se, desse modo, que as fontes pessoais de informação foram mais acessadas pelas mulheres do que pelos homens.

No que diz respeito à proatividade em busca de informações por meio das emissoras de rádio, jornais e revistas, os dados mostraram que os homens utilizaram mais essas mídias que as mulheres. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=1,92; DP=1,381), (M=2,65; DP=1,657) e as médias da amostra mulheres (M=1,76; DP=1,292), (M=2,48; DP=1,608).

Quanto às fontes institucionais de informação sobre a COVID-19, tais como a OMS, o MSB e a ANVISA, os dados mostraram que as mulheres acessaram mais que os homens essas instituições. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=2,08; DP=1,358), (M=1,72; DP=1,195), (M=1,67; DP=1,101) e as médias da amostra mulheres (M=2,45; DP=1,480), (M=1,95; DP=1,289), (M=1,86; DP=1,210).

Os dados mostraram que as mulheres foram as que mais buscaram informações em hospitais e postos de saúde. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens (M=1,62; DP=1,127) e a média da amostra mulheres (M=1,87; DP=1,295).

Quanto à busca de informações, acessando os mecanismos de busca na Internet (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo), os dados apontaram que os homens utilizaram mais

esses recursos do que as mulheres. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens ($M=2,60$; $DP=1,500$) e a média da amostra mulheres ($M=2,45$; $DP=1,485$).

Os dados mostraram, pois, que os homens buscaram obter informações sobre a COVID-19 por intermédio das emissoras de rádio, jornais e revistas e através dos mecanismos de busca na Internet (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). Já as mulheres sondaram mais suas redes de contatos pessoais (familiares, amigos e colegas) e suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.). Os dados também revelaram que as mulheres buscaram mais as fontes institucionais de informação (OMS, MSB e ANVISA), os hospitais e postos de saúde para a obtenção de informações.

Esses resultados sugeriram que as mulheres consideraram bastante suas redes de contatos pessoais e redes sociais virtuais, para obtenção de informações sobre a COVID-19. Elas também buscaram mais se informar a respeito dessa doença em fontes institucionais de informação, hospitais e postos de saúde.

A Tabela 13 mostra os resultados, que evidenciaram se houve ou não diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens e mulheres no que se refere à proatividade em relação à informação, confiança e relevância atribuídas às fontes de informação:

Tabela 13 – Proatividade em relação à informação, confiança e relevância das fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e confiança em fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Proatividade em relação à informação	Sempre busco informações sobre a COVID-19.	4,08	0,983	3,96	1,059	-0,120	-2,924	0,0035
	Sempre utilizo as informações sobre a COVID-19 para cuidar da minha saúde.	4,31	0,780	4,32	0,803	0,010	0,317	0,7516
	Canais de televisão	2,92	1,034	2,84	0,937	-0,080	-2,071	0,0384
Confiança em fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,12	1,105	4,30	0,922	0,180	4,576	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,41	1,189	2,74	1,232	0,330	6,824	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,38	1,061	3,58	1,016	0,200	4,878	0,0001
	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo)	2,25	,861	2,17	,836	-0,080	-2,383	0,0172
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.)	2,44	1,076	2,54	0,985	0,100	2,473	0,0135
	Relevância das fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,17	1,082	4,33	0,922	0,160	4,105
Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)		2,93	1,246	3,22	1,202	0,290	5,994	0,0001
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)		3,63	1,075	3,79	1,000	0,160	3,921	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à preocupação ativa na busca e uso de informações sobre a COVID-19, para se tomarem os cuidados devidos com a saúde, os dados mostraram que a confiança em fontes institucionais de informação se mostrou mais patente nas mulheres. Desse modo, a OMS, o MSB e a ANVISA foram as fontes consideradas mais confiáveis para obtenção de informações sobre a COVID-19. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=4,12$; $DP=1,105$), ($M=2,41$; $DP=1,189$), ($M=3,38$; $DP=1,061$) e as médias da amostra mulheres ($M=4,30$; $DP=0,922$), ($M=2,74$; $DP=1,232$), ($M=3,58$; $DP=1,016$).

Já o nível de confiança dos homens nos canais de televisão e nos mecanismos de busca na Internet (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo) se mostrou mais elevado. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,92$; $DP=1,034$) ($M=2,25$; $DP=0,861$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,84$; $DP=0,937$) ($M=2,17$; $DP=0,836$).

No que se refere à preocupação ativa sobre a busca e uso de informações sobre a COVID-19, para se tomarem os cuidados devidos com a saúde, os dados mostraram que as mulheres, mais do que os homens, também consideraram bastante relevantes as redes sociais virtuais e as fontes institucionais de informação. As mulheres consideraram, pois, as redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), a OMS, o MSB e a ANVISA fontes relevantes para obtenção de informações sobre a COVID-19. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,44$; $DP=1,076$), ($M=4,17$; $DP=1,082$), ($M=2,93$; $DP=1,246$), ($M=3,63$; $DP=1,075$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,54$; $DP=0,985$), ($M=4,33$; $DP=0,922$), ($M=3,22$; $DP=1,202$), ($M=3,79$; $DP=1,000$).

A Tabela 14 mostra as diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à transparência quanto ao uso da informação e de fontes de informação:

Tabela 14 – Transparência quanto ao uso da informação e de fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Transparência quanto ao uso da informação	Enunciado							
	Sempre utilizo minhas redes sociais para identificar notícias falsas.	3,20	1,334	3,22	1,271	0,020	0,389	0,6972
Uso de fontes de informação	Sempre compartilho informações sobre notícias falsas para alertar as minhas redes sociais.	2,74	1,376	2,69	1,374	-0,050	-0,915	0,3600
	Redes sociais (Facebook, Instagram, YouTube, Whats.App, Twitter etc.).	3,34	1,710	3,64	1,627	0,300	4,558	0,0001
	Amigos e/ou colegas	2,65	1,470	2,78	1,527	0,130	2,171	0,0300
	Familiares	2,57	1,496	2,76	1,602	0,190	3,054	0,0023

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito à transparência quanto ao uso da informação ao se utilizarem as redes sociais para identificar notícias falsas sobre a COVID-19, os resultados mostraram que não houve diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=3,20; DP=1,334) e a média da amostra mulheres (M=3,22; DP=1,271). Também não houve diferença entre homens e mulheres, no que se refere ao compartilhamento de informações sobre notícias falsas para alertar suas redes sociais. Ambos tiveram baixos níveis de compartilhamento nesse sentido. Os resultados não mostraram diferenças, estatisticamente, significativas entre a média da amostra homens (M=2,74; DP=1,376) e a média da amostra mulheres (M=2,69; DP=1,374).

Os dados mostraram que as mulheres acessaram mais as redes sociais do que os homens. De fato, houve diferença, estatisticamente, significativa ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens (M=3,34; DP=1,710) e a média da amostra mulheres (M=3,64; DP=1,627).

No que se refere ao processo de busca e uso de informações sobre a COVID-19, as mulheres, comparadas aos homens, acessaram mais os familiares, amigos e colegas. Os resultados evidenciam diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as

médias da amostra homens ($M=2,65$; $DP=1,470$), ($M=2,57$; $DP=1,496$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,78$; $DP=1,527$), ($M=2,76$; $DP=1,602$). Nota-se, portanto, que as fontes pessoais de informação foram mais acessadas pelas mulheres do que pelos homens.

A Tabela 15 mostra as diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à transparência quanto ao uso da informação, confiança e relevância das fontes de informação:

Tabela 15 – Transparência quanto ao uso da informação, confiança e relevância das fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e confiança em fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Transparência quanto ao uso da informação	Sempre utilizo minhas redes sociais para identificar notícias falsas.	3,20	1,334	3,22	1,271	0,020	0,389	0,6972
	Sempre compartilho informações sobre notícias falsas para alertar as minhas redes sociais.	2,74	1,376	2,69	1,374	-0,050	-0,915	0,3600
	Canais de televisão	2,92	1,034	2,84	0,937	-0,080	-2,071	0,0384
Confiança em fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,12	1,105	4,30	0,922	0,180	4,576	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,41	1,189	2,74	1,232	0,330	6,824	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,38	1,061	3,58	1,016	0,200	4,878	0,0001
	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo)	2,25	0,861	2,17	0,836	-0,080	-2,383	0,0172
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.</i>).	2,44	1,076	2,54	0,985	0,100	2,473	0,0135
Relevância das fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,17	1,082	4,33	0,922	0,160	4,105	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,93	1,246	3,22	1,202	0,290	5,994	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,63	1,075	3,79	1,000	0,160	3,921	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No processo de identificação de notícias falsas, envolvendo redes sociais, a transparência quanto ao uso da informação relacionada à receptividade para lidar com informações sobre falhas, enganos e erros, os dados não mostraram diferenças, estatisticamente, significativas ($p > 0,05$) entre homens e mulheres.

No que se refere à confiança em fontes de informação, os dados mostraram que homens confiaram mais do que as mulheres nos canais de televisão e nos mecanismos de busca na Internet (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,92$; $DP=1,034$), ($M=2,25$; $DP=0,861$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,84$; $DP=0,937$), ($M=2,17$; $DP=0,836$).

Por sua vez, as mulheres confiaram mais que os homens em fontes institucionais de informação, tais como a OMS, MSB e ANVISA. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=4,12$; $DP=1,105$), ($M=2,41$; $DP=1,189$), ($M=3,38$; $DP=1,061$) e as médias da amostra mulheres ($M=4,30$; $DP=0,922$), ($M=2,74$; $DP=1,232$) e ($M=3,58$; $DP=1,016$). Notou-se, desse modo, que as mulheres confiaram mais em fontes institucionais de informação que os homens.

No que diz respeito à percepção dos homens e mulheres quanto à relevância de fontes de informação, os dados indicaram que as mulheres consideraram as redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), a OMS, o MSB e a ANVISA as mais relevantes.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,44$; $DP=1,076$), ($M=4,17$; $DP=1,082$), ($M=2,93$; $DP=1,246$), ($M=3,63$; $DP=1,075$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,54$; $DP=0,985$), ($M=4,33$; $DP=0,922$), ($M=3,22$; $DP=1,202$) e ($M=3,58$; $DP=1,016$). Notou-se, assim, que a percepção de relevância das fontes institucionais de informação foi mais elevada por parte das mulheres que dos homens. Em síntese, os resultados sobre o processo, que propiciam o tratamento de erros, enganos e falhas, permitindo a aprendizagem a partir de erros apresentados nas fontes de informação especificadas, neste estudo, indicaram que as mulheres julgaram mais relevante, que os homens, considerar as informações compartilhadas em suas redes sociais virtuais e as veiculadas nos órgãos oficiais.

A Tabela 16 mostra as diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à integridade da informação e ao uso de fontes de informação:

Tabela 16 – Integridade da informação e uso de fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Integridade da informação	Nunca repasso informações reconhecidamente falsas.	4,52	1,073	4,50	1,083	-0,020	-0,466	0,6410
	Sempre compartilho informações verdadeiras sobre saúde.	4,06	1,094	4,12	1,043	0,060	1,423	0,1548
Uso de fontes de informação	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.</i>).	3,34	1,710	3,64	1,627	0,300	4,558	0,0001
	Amigos e/ou colegas	2,65	1,470	2,78	1,527	0,130	2,171	0,0300
	Familiares	2,57	1,496	2,76	1,602	0,190	3,054	0,0023

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito ao não *repassar de informações, reconhecidamente, falsas* sobre a COVID-19, homens e mulheres afirmaram não ter repassado essas informações. Os resultados mostraram a inexistência de diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=4,52; DP=1,073) e a média da amostra mulheres (M=4,50; DP=1,083).

Quanto ao compartilhamento de informações verdadeiras sobre saúde, homens e mulheres afirmaram compartilhar essas informações. Os resultados não mostraram diferenças, estatisticamente, significativas entre a média da amostra homens (M=4,06; DP=1,094) e a média da amostra mulheres (M=4,12; DP=1,043).

Quanto ao uso de fontes de informação, para o reconhecimento de informações falsas e compartilhamento de informações verdadeiras sobre saúde, os dados evidenciaram que as mulheres utilizaram, mais que os homens, suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*) e redes de contatos pessoais

(familiares, amigos e colegas). Os resultados mostraram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=3,34$; $DP=1,710$), ($M=2,65$; $DP=1,470$), ($M=2,57$; $DP=1,496$) e as médias da amostra mulheres ($M=3,64$; $DP=1,627$), ($M=2,78$; $DP=1,527$), ($M=2,76$; $DP=1,602$).

A Tabela 17 mostra as diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à integridade da informação e confiança atribuída as fontes de informação:

Tabela 17 – Integridade da informação e confiança em fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e confiança em fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Integridade da informação	Nunca repasso informações reconhecidamente falsas.	4,52	1,073	4,50	1,083	-0,020	-0,466	0,6410
	Sempre compartilho informações verdadeiras sobre saúde.	4,06	1,094	4,12	1,043	0,060	1,423	0,1548
	Canais de televisão	2,92	1,034	2,84	0,937	-0,080	-2,071	0,0384
Confiança em fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,12	1,105	4,30	0,922	0,180	4,576	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,41	1,189	2,74	1,232	0,330	6,824	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,38	1,061	3,58	1,016	0,200	4,878	0,0001
	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> (<i>Google</i> , <i>Yahoo</i> , <i>Bing</i> , por exemplo)	2,25	0,861	2,17	0,836	-0,080	-2,383	0,0172

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à confiança em fontes de informação, para uso e compartilhamento de informações sobre COVID-19 de forma confiável e íntegra, os homens acessaram mais que as mulheres os canais de televisão e os mecanismos de busca na *Internet* (*Google*, *Yahoo*, *Bing*, por exemplo). As mulheres confiaram mais que os homens na OMS, no MSB e na ANVISA para acessar essas informações.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,92$; $DP=1,034$), ($M=2,25$; $DP=0,861$) ($M=4,12$; $DP=1,105$), ($M=2,41$; $DP=1,189$), ($M=3,38$; $DP=1,061$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,84$; $DP=0,937$), ($M=2,17$; $DP=0,836$), ($M=4,30$; $DP=0,922$), ($M=2,74$; $DP=1,232$) e ($M=3,58$; $DP=1,016$). Notou-se, desse modo, que a confiança em fontes institucionais de informação foi mais elevada por parte das mulheres do que pelos homens.

A Tabela 18 apresenta os resultados relativos às diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à integridade da informação e relevância atribuídas às fontes de informação:

Tabela 18 – Integridade da informação e relevância das fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e relevância das fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Integridade da informação	Nunca repasso informações reconhecidamente falsas.	4,52	1,073	4,50	1,083	-0,020	-0,466	0,6410
	Sempre compartilho informações verdadeiras sobre saúde.	4,06	1,094	4,12	1,043	0,060	1,423	0,1548
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.</i>).	2,44	1,076	2,54	0,985	0,100	2,473	0,0135
Relevância das fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,17	1,082	4,33	0,922	0,160	4,105	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,93	1,246	3,22	1,202	0,290	5,994	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,63	1,075	3,79	1,000	0,160	3,921	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à relevância das fontes de informação para uso de informações não distorcidas, confiáveis e íntegras, os dados mostraram que as mulheres, mais que os homens, julgaram como fontes de informação relevantes as redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*) e a OMS, o MSB e a ANVISA.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,44$; $DP=1,076$), ($M=4,17$; $DP=1,082$) ($M=2,93$; $DP=1,246$), ($M=3,63$; $DP=1,075$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,54$; $DP=0,985$), ($M=4,33$; $DP=0,922$), ($M=3,22$; $DP=1,202$), ($M=3,79$; $DP=1,000$). Notou-se, pois, que a percepção de relevância das redes sociais virtuais e das fontes institucionais de informação foram mais evidentes por parte das mulheres.

A Tabela 19 mostra as diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao compartilhamento da informação e uso de fontes de informação:

Tabela 19 – Compartilhamento da informação e uso de fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e uso de fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Compartilhamento da informação	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares.	3,90	1,112	4,01	1,090	0,110	2,522	0,0117
	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus amigos e/ou colegas.	3,63	1,120	3,68	1,057	0,050	1,166	0,2438
	Sempre sei que informações sobre saúde devo compartilhar.	3,72	0,996	3,68	1,045	-0,040	-0,979	0,3275
Uso de fontes de informação	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.</i>).	3,34	1,710	3,64	1,627	0,300	4,558	0,0001
	Amigos e/ou colegas	2,65	1,470	2,78	1,527	0,130	2,171	0,0300
	Familiares	2,57	1,496	2,76	1,602	0,190	3,054	0,0023

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito ao compartilhamento de informações sobre saúde com os familiares, homens e mulheres afirmaram que compartilharam essas informações. Os resultados mostraram a inexistência de diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=3,90; DP=1,112) e a média da amostra mulheres (M=4,01; DP=1,090).

Quanto ao compartilhamento de informações sobre saúde com os amigos e/ou colegas, homens e mulheres afirmaram compartilhar essas informações. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=3,63; DP=1,120) e a média da amostra mulheres (M=3,68; DP=1,057).

No que se refere à definição de quais informações deveriam ser compartilhadas, homens e mulheres afirmaram saber quais eram essas informações. Os resultados mostraram que não houve diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=3,72; DP=0,996) e a média da amostra mulheres (M=3,68; DP=1,045).

Quanto ao uso de fontes de informação, considerando o compartilhamento de informações sobre a COVID-19, os dados revelaram que as mulheres, mais que os homens, acionaram suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) e redes de contato pessoal (familiares, amigos e colegas) para compartilhar essas informações. Os resultados evidenciaram que houve diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=3,34; DP=1,710) (M=2,57; DP=1,496), (M=2,65; DP=1,470) e as médias da amostra mulheres (M=3,64; DP=1,627), (M=2,76; DP=1,602), (M=2,78; DP=1,527).

A Tabela 20 mostra os resultados, que evidenciaram se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao compartilhamento da informação e confiança em fontes de informação:

Tabela 20 – Compartilhamento da informação e confiança em fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e confiança em fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Compartilhamento da informação	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares.	3,90	1,112	4,01	1,090	0,110	2,522	0,0117
	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus amigos e/ou colegas.	3,63	1,120	3,68	1,057	0,050	1,166	0,2438
	Sempre sei que informações sobre saúde devo compartilhar.	3,72	0,996	3,68	1,045	-0,040	-0,979	0,3275
	Canais de televisão	2,92	1,034	2,84	0,937	-0,080	-2,071	0,0384
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,12	1,105	4,30	0,922	0,180	4,576	0,0001
Confiança em fontes de informação	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,41	1,189	2,74	1,232	0,330	6,824	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,38	1,061	3,58	1,016	0,200	4,878	0,0001
	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo).	2,25	0,861	2,17	0,836	-0,080	-2,383	0,0172

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito à confiança em fontes de informação, para compartilhamento de informações de maneira apropriada e colaborativa, os dados mostraram que os homens acessaram mais que as mulheres os canais de televisão e os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). As mulheres confiaram mais que os homens na OMS, no MSB e na ANVISA para acessar e compartilhar essas informações.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,92$; $DP=1,034$), ($M=2,25$; $DP=0,861$) ($M=4,12$; $DP=1,105$), ($M=2,41$; $DP=1,189$), ($M=3,38$; $DP=1,061$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,84$; $DP=0,937$), ($M=2,17$; $DP=0,836$), ($M=4,30$; $DP=0,922$), ($M=2,74$; $DP=1,232$) e ($M=3,58$; $DP=1,016$). Notou-se que a confiança em fontes institucionais de informação foram mais evidentes por parte das mulheres do que dos homens.

A Tabela 21 apresenta os resultados que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao compartilhamento da informação e relevância atribuída às fontes de informação:

Tabela 21 – Compartilhamento da informação e relevância das fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e relevância das fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Compartilhamento da informação	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares.	3,90	1,112	4,01	1,090	0,110	2,522	0,0117
	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus amigos e/ou colegas.	3,63	1,120	3,68	1,057	0,050	1,166	0,2438
	Sempre sei que informações sobre saúde devo compartilhar.	3,72	0,996	3,68	1,045	-0,040	-0,979	0,3275
Relevância das fontes de informação	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.).	2,44	1,076	2,54	0,985	0,100	2,473	0,0135
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,17	1,082	4,33	0,922	0,160	4,105	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,93	1,246	3,22	1,202	0,290	5,994	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,63	1,075	3,79	1,000	0,160	3,921	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à relevância das fontes de informação para uso e compartilhamento de informações sobre a COVID-19, os dados mostraram que as mulheres, mais que os homens, julgaram como fontes de informação relevantes as redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), a OMS, o MSB e a ANVISA.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,44$; $DP=1,076$), ($M=4,17$; $DP=1,082$) ($M=2,93$; $DP=1,246$), ($M=3,63$; $DP=1,075$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,54$; $DP=0,985$), ($M=4,33$; $DP=0,922$), ($M=3,22$; $DP=1,202$) e ($M=3,79$; $DP=1,000$). Embora a média fosse alta na percepção de ambos em relação à relevância da OMS, de modo geral, notou-se que as fontes institucionais de informação foram julgadas relevantes mais por parte das mulheres do que pelos homens. No que diz respeito à relevância atribuída às redes sociais, para compartilhamento de informações sobre saúde, as mulheres consideraram mais essas redes que os homens.

A Tabela 22 mostra os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao monitoramento da informação e uso de fontes de informação:

Tabela 22 – Monitoramento da informação e uso de fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e uso de fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Monitoramento da informação	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudam a identificar as notícias falsas.	3,92	0,971	3,88	0,979	-0,040	-1,031	0,3025
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar.	3,96	0,960	4,01	0,955	0,050	1,315	0,1885
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente de trabalho.	4,01	0,947	4,06	0,933	0,050	1,342	0,1798
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal quando vou ao mercado, padaria, farmácia, por exemplo.	4,18	0,878	4,21	0,861	0,030	0,871	0,3839
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.).	3,34	1,710	3,64	1,627	0,300	4,558	0,0001
Uso de fontes de informação	Amigos e/ou colegas	2,65	1,470	2,78	1,527	0,130	2,171	0,0300
	Familiares	2,57	1,496	2,76	1,602	0,190	3,054	0,0023
	Emissoras de rádio	1,92	1,381	1,76	1,292	-0,160	0,053	0,0024
	Jornais e/ou revistas	2,65	1,657	2,48	1,608	-0,170	-2,632	0,0085
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	2,08	1,358	2,45	1,480	0,370	6,474	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	1,72	1,195	1,95	1,289	0,230	4,606	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	1,67	1,101	1,86	1,210	0,190	4,077	0,0001
	Hospitais e Postos de Saúde	1,62	1,127	1,87	1,295	0,250	5,080	0,0001
	Mecanismos de busca na Internet (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo)	2,60	1,500	2,45	1,485	-0,150	-2,533	0,0114

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Não houve diferenças, estatisticamente, significativas entre homens e mulheres no que diz respeito ao monitoramento da informação.

As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 ajudaram homens e mulheres a identificar as notícias falsas. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens ($M=3,92$; $DP=0,971$) e a média da amostra mulheres ($M=3,88$; $DP=0,979$).

Os dados mostraram que as informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 influenciaram homens e mulheres em seus hábitos de higiene pessoal no ambiente familiar. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens ($M=3,96$; $DP=0,960$) e a média da amostra mulheres ($M=4,01$; $DP=0,955$).

Quanto à influência das informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sobre os hábitos de higiene pessoal no ambiente de trabalho, homens e mulheres afirmaram que essas informações influenciaram seus comportamentos nesse ambiente. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens ($M=4,01$; $DP=0,947$) e a média da amostra mulheres ($M=4,06$; $DP=0,933$).

Com relação à influência das informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19, no que diz respeito à mudança de hábitos de higiene pessoal em ambientes sociais, tais como mercado, padaria, farmácia, por exemplo, homens e mulheres afirmaram que essas informações influenciaram seus comportamentos nesses ambientes. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens ($M=4,18$; $DP=0,878$) e a média da amostra mulheres ($M=4,21$; $DP=0,861$).

Quanto ao uso de diversas fontes de informação para monitorar informações, os dados mostraram que as mulheres foram mais proativas no monitoramento de informações, no que se refere à utilização de suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*). Os resultados evidenciaram diferença, estatisticamente, significativa ($p<0,05$) entre a média da amostra homens ($M=3,34$; $DP=1,710$) e a média da amostra mulheres ($M=3,64$; $DP=1,627$).

No que diz respeito às informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19, os dados mostraram que as mulheres monitoraram mais suas redes de contatos pessoais (amigos, colegas e familiares). Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p<0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,65$; $DP=1,470$),

(M=2,57; DP=1,496) e as médias da amostra mulheres (M=2,78; DP=1,527), (M=2,76; DP=1,602). Nota-se, desse modo, que as fontes pessoais de informação foram mais monitoradas pelas mulheres do que pelos homens.

Quanto ao monitoramento de informações provenientes das mídias tradicionais de informação, que se dão por meio das emissoras de rádio, jornais e revistas, os dados mostraram que os homens utilizaram mais essas mídias tradicionais do que as mulheres. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=1,92; DP=1,381) (M=2,65; DP=1,657) e as médias da amostra mulheres (M=1,76; DP=1,292) (M=2,48; DP=1,608), no que se refere ao acesso e/ou recebimento de informações sobre a COVID-19 nessas mídias tradicionais de informação.

No que se refere às instituições oficiais como fontes de informação sobre a COVID-19, tais como a OMS, o MSB e a ANVISA, os dados mostraram que as mulheres acessaram mais que os homens essas fontes institucionais de informação. Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=2,08; DP=1,358) (M=1,72; DP=1,195) (M=1,67; DP=1,101) e as médias da amostra mulheres (M=2,45; DP=1,480) (M=1,95; DP=1,289) (M=1,86; DP=1,210).

Os dados mostraram que as mulheres monitoraram mais as informações provenientes de hospitais e postos de saúde. Os resultados evidenciaram diferença, estatisticamente, significativa ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens (M=1,62; DP=1,127) e a média da amostra mulheres (M=1,87; DP=1,295).

Quanto ao monitoramento de informações através dos mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo), os dados mostraram que os homens utilizaram mais esses recursos que as mulheres. Os resultados evidenciaram diferença, estatisticamente, significativa ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens (M=2,60; DP=1,500) e a média da amostra mulheres (M=2,45; DP=1,485).

Os dados mostraram que os homens monitoraram e obtiveram informações sobre a COVID-19, utilizando mais as mídias tradicionais de informação – emissoras de rádio, jornais e revistas e os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). Já as mulheres monitoraram mais as suas redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*) e as suas redes de contatos pessoais (familiares, amigos e colegas). Os dados também mostraram que as mulheres monitoraram mais do que os

homens as fontes institucionais de informação, tais como a OMS, o MSB, a ANVISA), os hospitais e postos de saúde para a obtenção de informações.

Os resultados sugeriram que as mulheres consideraram bastante suas redes de contatos pessoais e redes sociais virtuais para monitoramento de informações sobre a COVID-19. Elas também se sobressaíram na busca de informações, a respeito dessa doença, em fontes institucionais de informação, hospitais e postos de saúde.

A Tabela 23 apresenta os resultados que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao monitoramento da informação e confiança em fontes de informação:

Tabela 23 – Monitoramento da informação e confiança em fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e confiança em fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística t		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística t	Signif. Estat. P
Monitoramento da informação	Enunciado							
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudam a identificar as notícias falsas.	3,92	0,971	3,88	0,979	-0,040	-1,031	0,3025
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar.	3,96	0,960	4,01	0,955	0,050	1,315	0,1885
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente de trabalho.	4,01	0,947	4,06	0,933	0,050	1,342	0,1798
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal quando vou ao mercado, padaria, farmácia, por exemplo.	4,18	0,878	4,21	0,861	0,030	0,871	0,3839
Confiança em fontes de informação	Canais de televisão	2,92	1,034	2,84	,937	-0,080	-2,071	0,0384
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,12	1,105	4,30	,922	0,180	4,576	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,41	1,189	2,74	1,232	0,330	6,824	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,38	1,061	3,58	1,016	0,200	4,878	0,0001
	Mecanismos de busca na Internet (Google, Yahoo, Bing, por exemplo).	2,25	,861	2,17	,836	-0,080	-2,383	0,0172

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à confiança em fontes de informação para monitorar informações sobre a COVID-19, os dados mostraram que tanto homens quanto mulheres utilizaram as informações acessadas e/ou recebidas para identificar notícias falsas e tomar as medidas preventivas de saúde em ambientes familiares, sociais e de trabalho.

Quanto à confiança em fontes de informação para monitoramento de fontes de informação sobre a COVID-19, os dados mostraram que os homens, mais que as

mulheres, acompanharam os canais de televisão e acessaram os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). As mulheres confiaram mais que os homens na OMS, no MSB e na ANVISA para acessar e compartilhar essas informações.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,92$; $DP=1,034$), ($M=2,25$; $DP=0,861$) ($M=4,12$; $DP=1,105$), ($M=2,41$; $DP=1,189$), ($M=3,38$; $DP=1,061$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,84$; $DP=0,937$), ($M=2,17$; $DP=0,836$), ($M=4,30$; $DP=0,922$), ($M=2,74$; $DP=1,232$) e ($M=3,58$; $DP=1,016$). Notou-se, pois, que a confiança, em fontes institucionais de informação, foi mais evidente por parte das mulheres do que dos homens.

A Tabela 24 mostra os resultados que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao monitoramento da informação e relevância atribuída a fontes de informação:

Tabela 24 – Monitoramento da informação e relevância das fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e relevância das fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Monitoramento da informação	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudam a identificar as notícias falsas.	3,92	0,971	3,88	0,979	-0,040	-1,031	0,3025
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar.	3,96	0,960	4,01	0,955	0,050	1,315	0,1885
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente de trabalho.	4,01	0,947	4,06	0,933	0,050	1,342	0,1798
	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal quando vou ao mercado, padaria, farmácia, por exemplo.	4,18	0,878	4,21	0,861	0,030	0,871	0,3839
Relevância das fontes de informação	Redes sociais (Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.).	2,44	1,076	2,54	0,985	0,100	2,473	0,0135
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,17	1,082	4,33	0,922	0,160	4,105	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,93	1,246	3,22	1,202	0,290	5,994	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,63	1,075	3,79	1,000	0,160	3,921	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à relevância atribuída às fontes de informação para monitorar informações sobre a COVID-19, os dados mostraram que as mulheres, mais que os

homens, julgaram como relevantes as fontes de informação: as redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), a OMS, o MSB e a ANVISA.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,44$; $DP=1,076$), ($M=4,17$; $DP=1,082$) ($M=2,93$; $DP=1,246$), ($M=3,63$; $DP=1,075$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,54$; $DP=0,985$), ($M=4,33$; $DP=0,922$), ($M=3,22$; $DP=1,202$) e ($M=3,79$; $DP=1,000$). Notou-se que as redes sociais virtuais e as fontes institucionais de informação foram julgadas pelas mulheres como bastante relevantes para monitorar informações sobre COVID-19.

A Tabela 25 mostra os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à formalidade quanto ao uso da informação e uso de fontes de informação:

Tabela 25 – Formalidade quanto ao uso da informação e uso de fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e uso de fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Formalidade quanto ao uso da informação	Enunciado							
	Sempre busco informações sobre a COVID-19 nas fontes de informação formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro, por exemplo).	3,56	1,205	3,93	1,058	0,370	8,376	0,0001
	Sobre a COVID-19, nunca uso fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	3,27	1,160	3,29	1,158	0,020	0,434	0,6640
	Sobre a COVID-19, sempre confio mais nas fontes de informação formais (Hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) do que em fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	4,33	0,893	4,42	0,786	0,090	2,745	0,0061
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.).	3,34	1,710	3,64	1,627	0,300	4,558	0,0001
Uso de fontes de informação	Amigos e/ou colegas	2,65	1,470	2,78	1,527	0,130	2,171	0,0300
	Familiares	2,57	1,496	2,76	1,602	0,190	3,054	0,0023
	Emissoras de rádio	1,92	1,381	1,76	1,292	-0,160	0,053	0,0024
	Jornais e/ou revistas	2,65	1,657	2,48	1,608	-0,170	-2,632	0,0085
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	2,08	1,358	2,45	1,480	0,370	6,474	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	1,72	1,195	1,95	1,289	0,230	4,606	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	1,67	1,101	1,86	1,210	0,190	4,077	0,0001
	Hospitais e Postos de Saúde	1,62	1,127	1,87	1,295	0,250	5,080	0,0001
	Mecanismos de busca na Internet (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo).	2,60	1,500	2,45	1,485	-0,150	-2,533	0,0114

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A diferença entre as médias, no que se refere às buscas de informações sobre a COVID-19 em fontes de informação formais (OMS, MSB, por exemplo) entre homens e mulheres, foi, estatisticamente, significativa. Os resultados mostraram diferenças entre a média da amostra homens (M=4,18; DP=0,878) e a média da amostra mulheres (M=4,21; DP=0,861).

Não houve diferença estatística nas médias entre homens e mulheres quanto à afirmativa de nunca usarem fontes de informação informais (amigos e/ou colegas, por exemplo). Os resultados não mostraram diferenças, estatisticamente, significativas entre a média da amostra homens (M=3,27; DP=1,160) e a média da amostra mulheres (M=3,29; DP=1,158).

No que diz respeito à confiança prevalente nas fontes formais de informação (Hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) ao invés das fontes informais de informação (amigos e/ou colegas, por exemplo), houve diferença estatística entre as médias de confiança dos homens e das mulheres. Os resultados mostraram que houve diferença, estatisticamente, significativa ($p < 0,05$) entre a média da amostra homens (M=4,33; DP=0,893) e a média da amostra mulheres (M=4,42; DP=0,786).

Quanto ao uso de fontes formais de informação em detrimento das fontes informais, os dados revelaram que ambas as fontes foram, amplamente, utilizadas por homens e mulheres. No entanto, notou-se que os homens acessaram mais que as mulheres as emissoras de rádio, jornais, revistas e os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=1,92; DP=1,381) (M=2,65; DP=1,657) (M=2,60; DP=1,500) e as médias da amostra mulheres (M=1,76; DP=1,292) (M=2,48; DP=1,608) (M=2,45; DP=1,485).

No que diz respeito ao acesso a diversas fontes formais e informais de informação, os dados mostraram que as mulheres foram mais proativas que os homens no uso de suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*) e redes sociais de contato pessoal (*familiares, amigos e colegas*), bem como no uso de fontes institucionais de informação (OMS, MSB, ANVISA, Hospitais e postos de saúde). Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=3,34; DP=1,710), (M=2,57; DP=1,496), (M=2,65; DP=1,470), (M=2,08; DP=1,358), (M=1,72; DP=1,195), (M=1,67; DP=1,101), (M=1,62; DP=1,127) e as médias da amostra mulheres (M=3,64; DP=1,627), (M=2,76; DP=1,602),

(M=2,78; DP=1,527), (M=2,45; DP=1,480), (M=1,95; DP=1,289), (M=1,86; DP=1,210), (M=1,87; DP=1,295).

A Tabela 26 mostra os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à formalidade quanto ao uso da informação e à confiança em fontes de informação:

Tabela 26 – Formalidade quanto ao uso da informação e confiança em fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e confiança em fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Formalidade quanto ao uso da informação	Sempre busco informações sobre a COVID-19 nas fontes de informação formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro, por exemplo).	3,56	1,205	3,93	1,058	0,370	8,376	0,0001
	Sobre a COVID-19, nunca uso fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	3,27	1,160	3,29	1,158	0,020	0,434	0,6640
	Sobre a COVID-19, sempre confio mais nas fontes de informação formais (Hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) do que em fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	4,33	0,893	4,42	0,786	0,090	2,745	0,0061
Confiança em fontes de informação	Canais de televisão	2,92	1,034	2,84	0,937	-0,080	-2,071	0,0384
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,12	1,105	4,30	0,922	0,180	4,576	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,41	1,189	2,74	1,232	0,330	6,824	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,38	1,061	3,58	1,016	0,200	4,878	0,0001
	Mecanismos de busca na Internet (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo).	2,25	0,861	2,17	0,836	-0,080	-2,383	0,0172

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que diz respeito às fontes formais e informais de informação sobre a COVID-19, os dados mostraram que tanto homens quanto mulheres utilizaram informações provenientes de ambas as fontes. Os dados mostraram que os homens, mais que as mulheres, acompanharam os canais de televisão e acessaram os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). As mulheres confiaram, mais que os homens, na OMS, no MSB e na ANVISA para buscar e utilizar essas informações.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,92$; $DP=1,034$), ($M=2,25$; $DP=0,861$) ($M=4,12$; $DP=1,105$), ($M=2,41$; $DP=1,189$), ($M=3,38$; $DP=1,061$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,84$; $DP=0,937$), ($M=2,17$; $DP=0,836$), ($M=4,30$; $DP=0,922$), ($M=2,74$; $DP=1,232$) e ($M=3,58$; $DP=1,016$). Notou-se, pois, que a confiança em fontes oficiais de informação foi mais evidente por parte das mulheres do que dos homens.

A Tabela 27 mostra os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere à formalidade quanto ao uso da informação e relevância atribuída a fontes de informação:

Tabela 27 – Formalidade quanto ao uso da informação e relevância das fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e relevância das fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (n=1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Formalidade quanto ao uso da informação	Enunciado							
	Sempre busco informações sobre a COVID-19 nas fontes de informação formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro, por exemplo).	3,56	1,205	3,93	1,058	0,370	8,376	0,0001
	Sobre a COVID-19, nunca uso fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	3,27	1,160	3,29	1,158	0,020	0,434	0,6640
Relevância das fontes de informação	Sobre a COVID-19, sempre confio mais nas fontes de informação formais (Hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) do que em fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	4,33	0,893	4,42	0,786	0,090	2,745	0,0061
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.).	2,44	1,076	2,54	0,985	0,100	2,473	0,0135
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,17	1,082	4,33	0,922	0,160	4,105	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,93	1,246	3,22	1,202	0,290	5,994	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,63	1,075	3,79	1,000	0,160	3,921	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à relevância atribuída às fontes formais e informais de informação sobre a COVID-19, os dados mostraram que as mulheres, mais que os homens, julgaram como relevantes as fontes de informação: as redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), a OMS, o MSB e a ANVISA.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,44$; $DP=1,076$), ($M=4,17$; $DP=1,082$) ($M=2,93$; $DP=1,246$), ($M=3,63$; $DP=1,075$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,54$; $DP=0,985$), ($M=4,33$; $DP=0,922$), ($M=3,22$; $DP=1,202$) e ($M=3,79$; $DP=1,000$). Notou-se que as

redes sociais virtuais e as fontes institucionais de informação foram julgadas mais relevantes por parte das mulheres.

A Tabela 28 apresenta os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao uso da informação e de fontes de informação:

Tabela 28 – Uso da informação e de fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e uso de fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Uso da informação	Sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19.	4,30	0,785	4,36	0,725	0,060	2,023	0,0432
	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19.	4,13	0,832	4,18	0,823	0,050	1,523	0,1278
	Sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para decidir em quais informações confiar.	4,15	0,885	4,20	0,853	0,050	1,456	0,1455
	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para cuidar melhor da minha saúde.	4,20	0,813	4,26	0,794	0,060	1,886	0,0594
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.).	3,34	1,710	3,64	1,627	0,300	4,558	0,0001
	Amigos e/ou colegas	2,65	1,470	2,78	1,527	0,130	2,171	0,0300
Uso de fontes de informação	Familiares	2,57	1,496	2,76	1,602	0,190	3,054	0,0023
	Emissoras de rádio	1,92	1,381	1,76	1,292	-0,160	0,053	0,0024
	Jornais e/ou revistas	2,65	1,657	2,48	1,608	-0,170	-2,632	0,0085
	Organização Mundial de Saúde (OMS)	2,08	1,358	2,45	1,480	0,370	6,474	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	1,72	1,195	1,95	1,289	0,230	4,606	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	1,67	1,101	1,86	1,210	0,190	4,077	0,0001
	Hospitais e Postos de Saúde	1,62	1,127	1,87	1,295	0,250	5,080	0,0001
Mecanismos de busca na Internet (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo).	2,60	1,500	2,45	1,485	-0,150	-2,533	0,0114	

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Não houve diferenças, estatisticamente, significativas entre homens e mulheres no que diz respeito ao uso da informação.

Homens e mulheres usaram informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=4,30; DP=0,785) e a média da amostra mulheres (M=4,36; DP=0,725).

Homens e mulheres usaram informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=4,13; DP=0,832) e a média da amostra mulheres (M=4,18; DP=0,823).

Homens e mulheres compararam as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19, para decidir em quais informações confiar. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=4,15; DP=0,885) e a média da amostra mulheres (M=4,20; DP=0,853).

Homens e mulheres usaram as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19, para cuidar melhor da saúde. Os resultados não mostraram diferença, estatisticamente, significativa entre a média da amostra homens (M=4,20; DP=0,813) e a média da amostra mulheres (M=4,26; DP=0,794).

No que diz respeito à utilização de fontes de informação para se compreender a pandemia de COVID-19 e decidir em quais informações confiar para se tomarem as medidas preventivas e se cuidar melhor da saúde, os dados mostraram que os homens acessaram mais do que as mulheres as emissoras de rádio, jornais, revistas e os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=1,92; DP=1,381) (M=2,65; DP=1,657) (M=2,60; DP=1,500) e as médias da amostra mulheres (M=1,76; DP=1,292) (M=2,48; DP=1,608) (M=2,45; DP=1,485).

No que diz respeito à utilização de diversas fontes de informação para se decidir em quais informações confiar, para a tomada de decisões em saúde, os dados mostraram que as mulheres foram mais proativas que os homens no uso de suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) e redes sociais de contato pessoal (familiares, amigos e colegas), bem como no uso de fontes institucionais de informação (OMS, MSB, ANVISA, Hospitais e postos de saúde). Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens (M=3,34; DP=1,710), (M=2,57; DP=1,496), (M=2,65; DP=1,470), (M=2,08; DP=1,358), (M=1,72; DP=1,195), (M=1,67; DP=1,101), (M=1,62; DP=1,127)

e as médias da amostra mulheres (M=3,64; DP=1,627), (M=2,76; DP=1,602), (M=2,78; DP=1,527), (M=2,45; DP=1,480), (M=1,95; DP=1,289), (M=1,86; DP=1,210), (M=1,87; DP=1,295).

A Tabela 29 mostra os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao uso da informação e confiança em fontes de informação:

Tabela 29 – Uso da informação e confiança em fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e confiança em fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Uso da informação	Sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19.	4,30	0,785	4,36	0,725	0,060	2,023	0,0432
	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19.	4,13	0,832	4,18	0,823	0,050	1,523	0,1278
	Sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para decidir em quais informações confiar.	4,15	0,885	4,20	0,853	0,050	1,456	0,1455
	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para cuidar melhor da minha saúde.	4,20	0,813	4,26	0,794	0,060	1,886	0,0594
	Canais de televisão	2,92	1,034	2,84	0,937	-0,080	-2,071	0,0384
Confiança em fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,12	1,105	4,30	0,922	0,180	4,576	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,41	1,189	2,74	1,232	0,330	6,824	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,38	1,061	3,58	1,016	0,200	4,878	0,0001
	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> (<i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo).	2,25	,861	2,17	0,836	-0,080	-2,383	0,0172

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à confiança em fontes de informação sobre a COVID-19, os dados mostraram que os homens confiaram e acompanharam, mais que as mulheres, os canais de televisão e acessaram mais os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). As mulheres confiaram mais que os homens na OMS, no MSB e na ANVISA para buscar e utilizar essas informações.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,92$; $DP=1,034$), ($M=2,25$; $DP=0,861$) ($M=4,12$;

DP=1,105), (M=2,41; DP=1,189), (M=3,38; DP=1,061) e as médias da amostra mulheres (M=2,84; DP=0,937), (M=2,17; DP=0,836), (M=4,30; DP=0,922), (M=2,74; DP=1,232) e (M=3,58; DP=1,016). Notou-se, pois, que a confiança em fontes oficiais de informação foi mais evidente por parte das mulheres do que dos homens.

A Tabela 30 apresenta os resultados, que evidenciam se houve ou não diferenças entre as médias da amostra homens e mulheres, no que se refere ao uso da informação e relevância atribuída a fontes de informação:

Tabela 30 – Uso da informação e relevância das fontes de informação

Dimensão	Componentes dos comportamentos e valores informacionais em saúde e relevância das fontes de informação.	Homem (n=976)		Mulher (1805)		Teste Estatística <i>t</i>		
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Diferença	Estatística <i>t</i>	Signif. Estat. P
Uso da informação	Sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19.	4,30	0,785	4,36	0,725	0,060	2,023	0,0432
	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19.	4,13	0,832	4,18	0,823	0,050	1,523	0,1278
	Sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para decidir em quais informações confiar.	4,15	0,885	4,20	0,853	0,050	1,456	0,1455
	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para cuidar melhor da minha saúde.	4,20	0,813	4,26	0,794	0,060	1,886	0,0594
	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.).	2,44	1,076	2,54	0,985	0,100	2,473	0,0135
Relevância das fontes de informação	Organização Mundial de Saúde (OMS)	4,17	1,082	4,33	0,922	0,160	4,105	0,0001
	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	2,93	1,246	3,22	1,202	0,290	5,994	0,0001
	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	3,63	1,075	3,79	1,000	0,160	3,921	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que se refere à relevância atribuída às fontes de informação para utilização de informações sobre a COVID-19, os dados mostraram que as mulheres, mais que os homens, julgaram como relevantes as fontes de informação: as redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), a OMS, o MSB e a ANVISA.

Os resultados evidenciaram diferenças, estatisticamente, significativas ($p < 0,05$) entre as médias da amostra homens ($M=2,44$; $DP=1,076$), ($M=4,17$; $DP=1,082$) ($M=2,93$; $DP=1,246$), ($M=3,63$; $DP=1,075$) e as médias da amostra mulheres ($M=2,54$; $DP=0,985$), ($M=4,33$; $DP=0,922$), ($M=3,22$; $DP=1,202$) e ($M=3,79$; $DP=1,000$). Notou-se que as redes sociais virtuais e as fontes institucionais de informação foram julgadas mais relevantes por parte das mulheres do que dos homens.

4.2.3 Frequência de uso das fontes de informação

As diferenças, entre as proporções (%), foram analisadas para melhor compreensão da frequência de uso das fontes formais e informais de informação (APÊNDICE N). Os resultados nas Tabelas 31, 32, 33 e 34 explicitaram as frequências de utilização dessas fontes.

Os resultados na Tabela 31 apresentam a frequência de uso de fontes institucionais de informação, que são: Organização Mundial de Saúde (OMS), Artigos científicos, Universidades, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde Brasileiro (MSB), Hospitais e Postos de saúde.

Tabela 31 – Frequência de uso de fontes institucionais e científicas de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Mensalmente ou nunca		Semanalmente		De duas a três vezes por semana		De quatro a seis vezes por semana		Diariamente		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Organização Mundial de Saúde (OMS)	1147	41,18	681	24,45	277	9,95	285	10,23	395	14,18	2,32	1,45
Artigos científicos	1147	41,18	790	28,37	339	12,17	269	9,66	240	8,62	2,16	1,29
Universidades	992	35,62	802	28,80	354	12,71	292	10,48	345	12,39	2,35	1,38
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	1616	58,03	621	22,30	214	7,68	174	6,25	160	5,75	1,79	1,18
Hospitais e Postos de Saúde	1734	62,26	506	18,17	190	6,82	136	4,88	219	7,86	1,78	1,24
Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	1593	57,20	589	21,15	214	7,68	166	5,96	223	8,01	1,86	1,26

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Na Tabela 31 são apresentadas as proporções (%) relativas à frequência de uso de fontes institucionais de informação. Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções (APÊNDICE O), revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (41,18% vs. 35,62%) ($\chi^2=6.935$; p-valor=0,0085) da OMS e Universidades. Os dados sugeriram menor acesso à OMS.

Com relação à OMS e ao Ministério da Saúde Brasileiro, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (41,18% vs. 57,20%) ($\chi^2=68.438$; p-valor<0,0001) e ‘diariamente’ (14,18% vs. 8,01%) ($\chi^2=5.147$; p-valor=0,0233). Os dados mostraram menor acesso (‘mensalmente ou nunca’) ao Ministério da Saúde Brasileiro. A frequência ‘diariamente’, entre as duas fontes de informação, mostrou que a OMS foi a mais acessada.

Os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (58,03% vs. 62,26%) ($x^2=6.246$; p-valor=0,0124) da ANVISA e hospitais e postos de saúde. Os dados sugeriram menor acesso aos hospitais e postos de saúde.

Quanto à ANVISA e às Universidades, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (58,03% vs. 35,62%) ($x^2=123.443$; p-valor<0,0001); ‘semanalmente’ (22,30% vs. 28,80%) ($x^2=7.687$; p-valor=0,0056) e ‘diariamente’ (5,75% vs. 12,39%) ($x^2=5.212$; p-valor=0,0224). Os dados mostraram que as Universidades foram mais, frequentemente, acessadas em detrimento da ANVISA.

Observou-se, portanto, que durante a pandemia de COVID-19, as fontes de informação com maior frequência de acesso foram a OMS e as Universidades. Ou seja, as fontes institucionais e científicas de informação.

A Tabela 32 apresenta a frequência de uso de fontes pessoais de informação:

Tabela 32 – Frequência de uso de fontes pessoais de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Mensalmente ou nunca		Semanalmente		De duas a três vezes por semana		De quatro a seis vezes por semana		Diariamente		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Amigos e/ou colegas	754	27,07	758	27,22	352	12,64	310	11,13	611	21,94	2,74	1,51
Familiares	890	31,96	648	23,27	314	11,27	278	9,98	655	23,52	2,70	1,57

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A Tabela 32 explicita as proporções (%) relativas à frequência de uso de fontes pessoais de informação. Os testes qui-quadrado (x^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (27,70% vs. 31,96%) ($x^2=4.670$; p-valor=0,0307). Os dados sugeriram menor acesso aos familiares como fonte de informação sobre COVID-19.

A Tabela 33 apresenta a frequência de uso de mídias tradicionais:

Tabela 33 – Frequência de uso de mídias tradicionais

Fontes de informação sobre COVID-19	Mensalmente ou nunca		Semanalmente		De duas a três vezes por semana		De quatro a seis vezes por semana		Diariamente		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Jornais e/ou revistas	1185	42,55	438	15,73	265	9,52	269	9,66	628	22,55	2,54	1,63
Canais de televisão	732	26,28	436	15,66	345	12,39	266	9,55	1006	36,12	3,14	1,65
Emissoras de rádio	1814	65,13	348	12,50	220	7,90	135	4,85	268	9,62	1,81	1,33

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A Tabela 33 explicita as proporções (%) relativas à frequência de uso das mídias tradicionais. Os testes qui-quadrado (x^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (42,55% vs. 26,28%) ($x^2=51.751$; p-valor<0,0001); ‘diariamente’ (22,55% vs. 36,12%) ($x^2=33.322$; p-valor<0,0001) dos jornais e/ou revistas e canais de televisão. Os dados mostraram acessos mais frequentes aos canais de televisão.

Com relação aos jornais e/ou revistas e as emissoras de rádio, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (42,55% vs. 65,13%) ($x^2=148.419$; p-valor<0,0001) e ‘diariamente’ (22,55% vs. 9,62%) ($x^2=20.648$; p-valor < 0,0001). Os dados mostraram menor acesso (‘mensalmente ou nunca’) às emissoras de rádio em relação aos jornais e/ou revistas. A frequência ‘diariamente’, mostrou que os jornais e/ou revistas foram mais acessados que as emissoras de rádio.

Os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘mensalmente ou nunca’ (26,28 vs. 65,13%) ($x^2=316.734$; p-valor<0,0001); ‘diariamente’ (36,12% vs. 9,62%) ($x^2=69.995$; p-valor<0,0001); dos canais de televisão e emissoras de rádio. Os dados mostraram acesso mais frequente aos canais de televisão.

A Tabela 34 mostra a frequência de uso de mídias digitais.

Tabela 34 – Frequência de uso de mídias digitais

Fontes de informação sobre COVID-19	Mensalmente ou nunca		Semanalmente		De duas a três vezes por semana		De quatro a seis vezes por semana		Diariamente		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Redes sociais (Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter, etc.)	572	20,54	378	13,57	235	8,44	193	6,93	1407	50,52	3,53	1,66
Mecanismos de busca na Internet (Google, Yahoo, Bing, por exemplo.)	987	35,44	676	24,27	338	12,14	295	10,59	489	17,56	2,51	1,49

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Na Tabela 34 são apresentadas as proporções (%) relativas à frequência de uso das mídias digitais. Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘semanalmente’ (13,57% vs. 24,27%) ($\chi^2=17.057$; p-valor<0,0001); ‘diariamente’(50,52% vs. 17,56%) ($\chi^2=161.725$; p-valor<0,0001) das redes sociais e dos mecanismos de busca. Os dados mostraram acessos diários e mais frequentes às redes sociais.

Considerando que as redes sociais, de modo geral, são experienciadas por meio de conexões com familiares, amigos e/ou colegas, testes qui-quadrado (χ^2) foram realizados para verificar as diferenças entre as proporções (%).

Com relação às redes sociais e aos familiares, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘semanalmente’ (13,57% vs. 23,27%) ($\chi^2=14.188$; p-valor=0,0002); e ‘diariamente’ (50,52% vs. 23,52%) ($\chi^2=133.736$; p-valor < 0,0001). Os dados mostraram acessos diários frequentes nas redes sociais. Os familiares foram acessados semanalmente.

Com relação às redes sociais, amigos e/ou colegas, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘semanalmente’ (13,57% vs. 27,22%) ($\chi^2=26.777$; p-valor<0,0001); e ‘diariamente’ (50,52% vs. 21,94%) ($\chi^2=142.899$; p-valor < 0,0001).

Os dados mostraram acessos diários frequentes nas redes sociais. Semanalmente, amigos e/ou colegas foram acessados.

Esses dados sugeriram monitoramento dos familiares, amigos e/ou colegas como fontes de informação semanal sobre a COVID-19, possivelmente, para acompanhar a abrangência do contágio ou não do coronavírus.

Observou-se, pois, que as redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) foram, diariamente, acessadas como fontes de informação sobre COVID-19. Já as fontes pessoais (familiares, amigos e/ou colegas) foram acessadas com frequência semanal.

4.2.4 Confiança em fontes de informação

Os graus de confiança, atribuídos às fontes de informação (APÊNDICE P), serão apresentados a seguir.

A Tabela 35 apresenta os graus de confiança em fontes institucionais e científicas de informação:

Tabela 35 – Graus de confiança em fontes institucionais e científicas de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Não confiável		Pouco confiável		Confiável		Muito confiável		Extremamente confiável		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Organização Mundial de Saúde (OMS)	63	2,26	99	3,55	450	16,16	676	24,27	1497	53,75	4,24	0,99
Artigos científicos	11	0,40	45	1,62	619	22,32	922	33,25	1176	42,41	4,16	0,85
Universidades	27	0,98	79	2,86	625	22,61	896	32,42	1137	41,14	4,10	0,91
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	95	3,42	273	9,84	1121	40,40	701	25,26	585	21,08	3,51	1,04
Hospitais e Postos de Saúde	57	2,06	305	11,01	1293	46,70	769	27,77	345	12,46	3,38	0,91
Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	557	20,08	836	30,14	768	27,69	316	11,39	297	10,71	2,63	1,23

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A OMS foi considerada a mais confiável fonte de informação sobre COVID-19, com 4,24 de média e desvio padrão 0,99. A OMS foi considerada confiável por 94,18% dos respondentes. O nível de confiança ‘pouco confiável’ foi considerado por 3,55% dos respondentes, seguido por 2,26%, que consideraram a OMS ‘não confiável’.

Os artigos científicos obtiveram o segundo maior nível de confiança, com 4,16 de média e desvio padrão 0,85. Dentre os respondentes, 97,98% consideraram os artigos científicos confiáveis. O nível de confiança ‘pouco confiável’ foi considerado por 1,62% dos respondentes, seguido por 0,40% ‘não confiável’ nos artigos científicos como fontes de informação sobre COVID-19.

As universidades obtiveram o terceiro maior nível de confiança, com 4,10 de média e desvio padrão 0,91. Dentre os respondentes, 96,17% consideraram as universidades confiáveis. As universidades, como fontes de informação, foram consideradas por 2,86% dos respondentes ‘pouco confiável’, e 0,98% consideraram ‘não confiável’.

Como fonte de informação confiável, a ANVISA obteve o maior nível médio de confiança, 3,51 de média com desvio padrão 1,04. Dentre os respondentes, 86,74% consideraram a ANVISA confiável. 9,84% dos respondentes consideraram a ANVISA ‘pouco confiável’, seguido de ‘não confiável’ por 3,42%.

Os hospitais e postos de saúde obtiveram o segundo maior nível médio de confiança, 3,38 de média com desvio padrão 0,91. Dentre os respondentes, 86,93% consideraram os hospitais e postos de saúde confiáveis. 11,01% dos respondentes consideraram ‘pouco confiável’ e 2,06% ‘não confiável’.

O Ministério da Saúde Brasileiro obteve média de confiança 2,63 e desvio padrão 1,23. Dentre os respondentes, 49,79% o consideraram uma fonte confiável; 20,08% consideraram o grau ‘não confiável’; 30,14% ‘pouco confiável’.

As diferenças das proporções de confiança entre as fontes institucionais foram testadas por meio de testes qui-quadrado (χ^2) (APÊNDICE Q). Assim, foram encontradas diferenças significativas entre as porcentagens de ‘confiável’ (16,16% vs. 22,61%) ($\chi^2=6.819$; p-valor=0,0090) e ‘muito confiável’ (24,27% vs. 32,42%) ($\chi^2=12.443$; p-valor=0,0004) da OMS e universidades. Houve, portanto, confiança predominante nas universidades. No entanto, considerando apenas as diferenças entre as porcentagens de ‘extremamente confiável’ (53,75% vs. 41,14%) ($\chi^2=41.133$; p-valor < 0,0001) para a OMS e para as universidades, os dados sugeriram maior nível de confiança na OMS.

Com relação à OMS e ao Ministério da Saúde Brasileiro, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘não confiável’ (2,26% vs. 20,08%) ($x^2=12.017$; p-valor=0,0005); ‘pouco confiável’ (3,55% vs. 30,14%) ($x^2=31.482$; p-valor < 0,0001); ‘muito confiável’ (24,27% vs. 11,39%) ($x^2=22.166$; p-valor < 0,0001) e ‘extremamente confiável’ (53,75% vs. 10,71%) ($x^2=184.375$; p-valor < 0,0001). Neste caso, os resultados obtidos demonstraram confiança predominante na OMS.

Comparando a confiança no Ministério da Saúde Brasileiro e na ANVISA, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘não confiável’ (20,08% vs. 3,42%) ($x^2=15.472$; p-valor=0,0001); ‘pouco confiável’ (30,14% vs. 9,84%) ($x^2=45.018$; p-valor < 0,0001); ‘confiável’ (27,69% vs. 40,40%) ($x^2=32.247$; p-valor < 0,0001); ‘muito confiável’ (11,39% vs. 25,26%) ($x^2=25.277$; p-valor < 0,0001); e ‘extremamente confiável’ (10,71% vs. 21,08%) ($x^2=14.598$; p-valor = 0,0001). No conjunto, os dados demonstraram confiança predominante na ANVISA.

Considerando o Ministério da Saúde Brasileiro, os hospitais e postos de saúde, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘não confiável’ (20,08% vs. 2,06%) ($x^2=11.162$; p-valor=0,0008); ‘pouco confiável’ (30,14% vs. 11,01%) ($x^2=43.547$; p-valor < 0,0001); ‘confiável’ (27,69% vs. 46,70%) ($x^2=72.751$; p-valor < 0,0001) e ‘muito confiável’ (11,39% vs. 27,77%) ($x^2=33.900$; p-valor < 0,0001). Os dados demonstraram confiança predominante nos hospitais e postos de saúde.

Com relação à ANVISA, aos hospitais e postos de saúde, os testes indicaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘confiável’ (40,40% vs. 46,70%) ($x^2=9.679$; p-valor = 0,0019) e ‘extremamente confiável’ (21,08% vs. 12,46%) ($x^2=10.969$; p-valor = 0,0009). Embora a confiança fosse predominante na ANVISA, os dados demonstraram confiança em ambas as instituições.

Quanto à ANVISA e às universidades, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘confiável’ (40,40% vs. 22,61%) ($x^2=56.536$; p-valor < 0,0001); ‘muito confiável’ (25,26% vs. 32,42%) ($x^2=9.732$; p-valor = 0,0018) e ‘extremamente confiável’ (21,08% vs. 41,14%) ($x^2=68.910$; p-valor < 0,0001). Os dados demonstraram confiança em ambas as instituições, porém a predominância da confiança coube às universidades.

A Tabela 36 apresenta os valores referentes aos graus de confiança em fontes pessoais de informação:

Tabela 36 – Graus de confiança em fontes pessoais de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Não confiável		Pouco confiável		Confiável		Muito confiável		Extremamente confiável		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Amigos e/ou colegas	361	12,96	1432	51,42	856	30,74	119	4,27	17	0,61	2,28	0,76
Familiares	616	22,12	1343	48,22	659	23,66	112	4,02	55	1,97	2,16	0,88

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Amigos e/ou colegas obtiveram de fontes pessoais um nível baixo de confiança como fontes de informação sobre COVID-19, com 2,28 de média. Dos respondentes, 35,62% consideraram-nas confiáveis. De modo geral, os dados revelaram que 64,38% dos respondentes consideraram essas fontes de informação no grau ‘não confiável’ ou ‘pouco confiável’. Observou-se, portanto, baixo nível de confiança nos amigos e/ou colegas como fontes de informação sobre COVID-19.

Familiares, como fontes de informação sobre COVID-19, obtiveram baixo nível de confiança, com 2,16 de média. Dentre os respondentes, 70,34% consideraram os familiares fontes de informação não confiáveis ou pouco confiáveis. 29,65% dos respondentes os consideraram como fontes de informação confiáveis.

Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘não confiável’ (12,96% vs. 22,12%) ($\chi^2=12.531$; p-valor = 0,0004) e ‘confiável’ (30,74% vs. 23,66%) ($\chi^2=9.322$; p-valor = 0,0023) relativas a amigos e/ou colegas e familiares. Entre esses dois grupos, os dados mostraram confiança predominante nos amigos e/ou colegas.

Canais de televisão e emissoras de rádio foram as mídias tradicionais de informação, que mereceram os menores níveis de confiança. A seguir, serão apresentados os dados numéricos relativos a esses resultados.

A Tabela 37 apresenta os valores referentes aos graus de confiança em mídias tradicionais de informação:

Tabela 37 – Graus de confiança em mídias tradicionais de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Não confiável		Pouco confiável		Confiável		Muito confiável		Extremamente confiável		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Jornais e/ou revistas	180	6,46	519	18,64	1293	46,43	613	22,01	180	6,46	3,03	0,96
Canais de televisão	260	9,34	618	22,19	1272	45,67	504	18,10	131	4,70	2,87	0,97
Emissoras de rádio	307	11,02	756	27,15	1227	44,06	414	14,87	81	2,91	2,71	0,95

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

As emissoras de rádio obtiveram média de confiança 2,71. No geral, 61,84% dos respondentes consideraram essas fontes de informação confiáveis. 11,02% consideram o grau ‘não confiável’; 27,15% ‘pouco confiável’.

Os canais de televisão obtiveram média de confiança 2,87. Dos respondentes, 68,47% deles consideraram essas fontes confiáveis. 9,34% consideram o grau ‘não confiável’; 22,19% ‘pouco confiável’.

Com o terceiro maior nível médio de confiança, os jornais e revistas obtiveram média de 3,03. Dentre os respondentes, 74,90% consideraram os jornais e revistas confiáveis. Por fim, 18,64% consideraram o grau ‘pouco confiável’, e 6,46% ‘não confiável’.

Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, não revelaram (p -valor $> 0,05$) diferenças significativas entre as porcentagens dos jornais e/ou revistas e canais de televisão. Por outro lado, quando se compararam os graus de confiança entre jornais e/ou revistas com os de emissoras de rádio, os testes revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘pouco confiável’ (18,64% vs. 27,15%) ($\chi^2=12.320$; p -valor = 0,0004) e ‘muito confiável’ (22,01% vs. 14,87%) ($\chi^2=8.135$; p -valor = 0,0043), evidenciando maiores níveis de confiança em jornais e/ou revistas.

A comparação entre a confiança atribuída a canais de televisão e emissoras de rádio, os testes qui-quadrado revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘pouco confiável’ (22,19% vs. 27,15%) ($\chi^2=4.468$; p -valor = 0,0345), o que evidenciou maior confiança em canais de televisão.

A Tabela 38 apresenta os graus de confiança atribuídos às mídias digitais de informação:

Tabela 38 – Graus de confiança em mídias digitais de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Não confiável		Pouco confiável		Confiável		Muito confiável		Extremamente confiável		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.)	686	24,63	1570	56,37	470	16,88	49	1,76	10	0,36	1,97	0,72
Mecanismos de busca na <i>Internet (Google, Yahoo, Bing, por exemplo.)</i>	537	19,40	1324	47,83	761	27,49	105	3,79	41	1,48	2,20	0,84

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

O menor nível de confiança, nas fontes de informação sobre COVID-19, foi detectado nas redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), com 1,97 de média. Dentre os respondentes, 19% consideraram as redes sociais confiáveis. Essas redes sociais se revelaram como fontes de informação pouco confiáveis. De modo geral, 81% dos respondentes consideraram essas fontes no grau ‘não confiável’ e ‘pouco confiável’.

Os mecanismos de busca na *Internet*, tais como o *Google, Yahoo, Bing*, por exemplo, obtiveram baixo nível de confiança, com 2,20 de média. Dentre os respondentes, 67,23 % consideraram os mecanismos de busca não confiáveis ou pouco confiáveis. Dos respondentes, 32,76% consideraram confiáveis esses mecanismos de busca, para adquirir informações sobre COVID-19.

Na Tabela 38, são apresentadas as proporções (%) relativas aos graus de confiança atribuídos a redes sociais e a mecanismos de busca na *Internet*. Os testes qui-quadrado (x^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘não confiável’ (24,63% vs. 19,40%) ($x^2=4.746$; p-valor = 0,0294); ‘pouco confiável’ (56,37% vs. 47,83%) ($x^2=20.998$; p-valor < 0,0001) e ‘confiável’ (16,88% vs. 27,49%) ($x^2=18.212$; p-valor < 0,0001). Os dados mostraram confiança predominante nos mecanismos de busca na *Internet (Google, Yahoo, Bing, por exemplo.)*.

Considerando que as redes sociais, de modo geral, são experienciadas por meio de conexões com familiares, amigos ou colegas, testes qui-quadrado (x^2) foram realizados para verificar as diferenças entre as proporções (%).

Testes, realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘não confiável’ (30,74% vs. 23,66%) ($x^2=19.671$; p-valor < 0,0001), ‘pouco confiável’ (30,74% vs. 23,66%) ($x^2=7.385$; p-valor=0,0066) e ‘confiável’ (30,74% vs. 23,66%) ($x^2=30.402$; p-valor > 0,0001) das fontes ‘redes sociais’ e ‘amigos e/ou colegas’. Como fonte de informação sobre COVID-19, as redes sociais foram consideradas fontes não confiáveis de informação; os amigos e/ou colegas foram considerados fontes confiáveis.

Testes, realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘pouco confiável’ (30,74% vs. 23,66%) ($x^2=19.277$; p-valor < 0,0001) e ‘confiável’ (30,74% vs. 23,66%) ($x^2=7.638$; p-valor=0,0057) das fontes ‘redes sociais’ e ‘familiares’. Como fonte de informação sobre COVID-19, as redes sociais foram consideradas fontes pouco confiáveis de informação; familiares foram considerados fontes confiáveis.

Observou-se, portanto, que as fontes de contatos pessoais (familiares, amigos e/ou colegas) foram consideradas fontes de informação confiáveis, em detrimento das redes sociais em ambientes virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.).

4.2.5 Relevância das fontes de informação

Para melhor explicitar os graus de relevância (APÊNDICE R), as fontes de informação foram classificadas em cinco categorias: fontes institucionais, fontes científicas, fontes pessoais, mídias tradicionais e mídias digitais. As diferenças entre as proporções (%) foram analisadas (APÊNDICE S), para uma melhor compreensão dos graus de relevância atribuídos às fontes formais e informais de informação.

Os resultados, nas Tabelas 39, 40, 41e 42, explicitam os graus de relevância atribuídos a essas fontes. Os resultados, na Tabela 39, explicitam o grau de relevância das fontes institucionais e científicas de informação: Organização Mundial de Saúde (OMS), Artigos científicos, universidades, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ministério da Saúde brasileiro, Hospitais e postos de saúde.

A Tabela 39 explicita as proporções (%) relativas aos graus de relevância atribuídos às fontes institucionais de informação:

Tabela 39 – Graus de relevância das fontes institucionais de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Irrelevante		Pouco relevante		Relevante		Muito relevante		Extremamente relevante		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Organização Mundial de Saúde (OMS)	59	2,12	91	3,27	447	16,05	624	22,41	1564	56,16	4,27	0,98
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	63	2,26	199	7,15	962	34,54	744	26,71	817	29,34	3,74	1,03
Hospitais e Postos de Saúde	34	1,22	226	8,11	1087	39,03	823	29,55	615	22,08	3,63	0,95
Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)	265	9,52	634	22,76	900	32,32	473	16,98	513	18,42	3,12	1,23

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A OMS foi considerada a mais relevante fonte de informação sobre COVID-19, com 4,27 de média e desvio padrão 0,98. Essa organização foi julgada relevante por 94,62% dos respondentes.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), hospitais e postos de saúde, jornais e/ou revistas, o Ministério da Saúde brasileiro e os canais de televisão são as fontes de informação, às quais foram atribuídos níveis intermediários de relevância. Como fonte de informação, a Anvisa obteve o maior nível intermediário de relevância, com 3,74 de média e desvio padrão 1,03. Dentre os respondentes, 90,59% a consideraram uma fonte relevante.

Hospitais e postos de saúde obtiveram o segundo maior nível intermediário de relevância, com 3,63 de média e desvio padrão 0,95. Entre os respondentes, 90,66% consideraram hospitais e postos de saúde fontes relevantes de informação sobre COVID-19.

O Ministério da Saúde brasileiro obteve o quarto maior nível intermediário de relevância, com 3,12 de média e desvio padrão 1,23. Entre os respondentes, 67,72% o consideraram uma fonte relevante de informação.

Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘pouco relevante’ ($\chi^2=18.649$; p-valor<0,0001).

Os dados revelaram diferenças significativas entre as porcentagens dos graus de relevância atribuídos à OMS e ao Ministério da Saúde brasileiro. Observou-se que, durante a pandemia de COVID-19, a OMS foi considerada, pelos respondentes, a fonte de informação mais relevante. Notou-se também que a Anvisa foi considerada uma fonte de informação mais relevante que o Ministério da Saúde brasileiro.

A Tabela 40 explicita as proporções (%) relativas aos graus de relevância atribuídos às fontes científicas de informação.

Tabela 40 – Graus de relevância das fontes científicas de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Irrelevante		Pouco relevante		Relevante		Muito relevante		Extremamente relevante		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Artigos científicos	13	0,47	45	1,62	544	19,53	809	29,05	1374	49,34	4,25	0,86
Universidades	22	0,79	73	2,62	596	21,40	845	30,34	1249	44,85	4,16	0,90

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os artigos científicos obtiveram o segundo maior nível de relevância, com 4,25 de média e desvio padrão 0,86. Entre os respondentes, 97,92% consideraram os artigos científicos relevantes.

As universidades obtiveram o terceiro maior nível de relevância, com 4,16 de média e desvio padrão 0,90. Entre os respondentes, 96,59% as consideraram como fontes de informação relevantes.

Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, não revelaram diferenças significativas entre as porcentagens. Artigos científicos e as universidades foram, pois, considerados fontes muito relevantes pelos respondentes.

A Tabela 41 explicita as proporções (%) relativas aos graus de relevância atribuídos às fontes pessoais de informação:

Tabela 41 – Graus de relevância das fontes pessoais de informação

Fontes de informação sobre COVID-19	Irrelevante		Pouco relevante		Relevante		Muito relevante		Extremamente relevante		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Amigos e/ou colegas	275	9,87	1123	40,32	1141	40,97	188	6,75	58	2,08	2,51	0,84
Familiares	437	15,69	1090	39,14	995	35,73	195	7,00	68	2,44	2,41	0,92

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os amigos e/ou colegas, como fontes de informação sobre COVID-19, também obtiveram níveis baixos de relevância, com 2,51 de média e desvio padrão 0,84. Entre os respondentes, 49,80% os consideraram fontes relevantes.

Os familiares, como fontes de informação sobre COVID-19, obtiveram o nível mais baixo de relevância, com 2,41 de média e desvio padrão 0,92. Entre os respondentes, 45,17% os consideraram fontes relevantes de informação.

Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘irrelevante’ ($\chi^2=4.907$; p-valor=0,0268) e ‘relevante’ ($\chi^2=6.159$; p-valor=0,0131) das fontes ‘amigos e/ou colegas’ e ‘familiares’.

Os dados revelaram diferenças significativas entre as porcentagens dos graus de relevância atribuídos aos familiares e aos amigos e/ou colegas. Durante a pandemia, observou-se que familiares foram considerados fontes irrelevantes de informação sobre COVID-19. Entre as fontes pessoais de informação, os amigos foram considerados fontes relevantes de informação sobre COVID-19.

A Tabela 42 explicita as proporções (%) relativas aos graus de relevância atribuídos às mídias tradicionais.

Tabela 42 – Graus de relevância das mídias tradicionais

Fontes de informação sobre COVID-19	Irrelevante		Pouco relevante		Relevante		Muito relevante		Extremamente relevante		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Jornais e/ou revistas	197	7,07	367	13,18	1158	41,58	752	27,00	311	11,17	3,22	1,04
Canais de televisão	221	7,94	442	15,87	1202	43,16	650	23,34	270	9,69	3,11	1,04
Emissoras de rádio	291	10,45	571	20,50	1188	42,66	544	19,53	191	6,86	2,92	1,04

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Com o terceiro nível intermediário de relevância, os jornais e/ou revistas obtiveram 3,22 de média e desvio padrão 1,04. Entre os respondentes, 79,75% consideram jornais e/ou revistas fontes relevantes de informação.

Os canais de televisão obtiveram o menor nível intermediário de relevância, como fonte de informação sobre COVID-19, com 3,11 de média e desvio padrão 1,04. Entre os respondentes, 76,19% os consideraram fontes relevantes de informação.

Como fontes de informação sobre COVID-19, as emissoras de rádio obtiveram níveis baixos de relevância, com 2,92 de média e desvio padrão 1,04. Entre os respondentes, 69,05% as consideraram fontes relevantes de informação.

Os testes qui-quadrado (χ^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, não revelaram diferenças significativas entre as porcentagens (p-valor >0,05). Portanto, não houve diferenças significativas na atribuição de relevância das mídias tradicionais de informação sobre COVID-19.

A Tabela 43 explicita as proporções (%) relativas aos graus de relevância atribuídos às mídias digitais.

Tabela 43 – Graus de relevância das mídias digitais

Fontes de informação sobre COVID-19	Irrelevante		Pouco relevante		Relevante		Muito relevante		Extremamente relevante		Média	Desvio padrão
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%		
Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.)	444	15,94	999	35,87	970	34,83	231	8,29	141	5,06	2,51	1,02
Mecanismos de busca (<i>Google, Yahoo, Bing, por exemplo.</i>)	519	18,64	951	34,15	956	34,33	236	8,47	123	4,42	2,46	1,03

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

As redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) obtiveram níveis baixos de relevância, com 2,51 de média e desvio padrão 1,02. Entre os respondentes, 48,18% as consideraram fontes relevantes de informação.

Os mecanismos de busca na *Internet*, tais como o *Google, Yahoo, Bing*, por exemplo, obtiveram um dos níveis mais baixos de relevância como fontes de informação sobre COVID-19, com 2,46 de média e desvio padrão 1,03. Entre os respondentes, 47,22% os consideraram fontes relevantes de informação.

Os testes qui-quadrado (x^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, não revelaram diferenças significativas entre as porcentagens (p-valor $>0,05$). Portanto, não houve diferenças significativas na atribuição de relevância das mídias digitais de informação sobre COVID-19.

Considerando que as redes sociais, de modo geral, são experienciadas por meio de conexão com familiares, amigos ou colegas, testes qui-quadrado (x^2) foram realizados, para verificar as diferenças entre as proporções (%). Desse modo, os testes qui-quadrado (x^2), realizados para analisar as diferenças entre as proporções, revelaram diferenças significativas entre as porcentagens de ‘irrelevante’ ($x^2 = 5.311$; p-valor=0,0212), ‘pouco relevante’ ($x^2 = 4.432$; p-valor=0,0353) e ‘relevante’ ($x^2 = 8.373$; p-valor=0,0038) das fontes ‘amigos e/ou colegas’ e ‘redes sociais’.

Como fonte de informação sobre COVID-19, as redes sociais foram consideradas fontes irrelevantes. Porém, os amigos e/ ou colegas foram considerados fontes relevantes de informação sobre COVID-19 em detrimento das redes sociais. Esses resultados sugerem a necessidade de se investigar melhor essas relações e as dinâmicas de compartilhamento de informações e comunicação sobre saúde nas redes sociais.

4.3 Dados obtidos com as entrevistas

Os entrevistados foram contatados através de *e-mail* e *WhatsApp*. Os contatos e as trocas de mensagens resultaram no agendamento e na realização de quinze entrevistas. As entrevistas ocorreram entre setembro de 2022 e março de 2023.

Em cumprimento aos princípios da privacidade, confidencialidade e anonimato, os nomes dos entrevistados foram omitidos. No entanto, o perfil deles pode ser, resumidamente, apresentado da seguinte maneira:

Entrevistado 1: Revisora de texto, MG

Entrevistado 2: Assistente administrativo, MG

Entrevistado 3: Bibliotecário jurídico, DF

Entrevistado 4: Pedagogo, RJ

Entrevistado 5: Revisora de texto, DF

Entrevistado 6: Jornalista, SC

Entrevistado 7: Professora de Yoga, MG

Entrevistado 8: Advogado, SP

Entrevistado 9: Professor universitário, AC

Entrevistado 10: Antropólogo, AM

Entrevistado 11: Epidemiologista, BA

Entrevistado 12: Analista de dados, PR

Entrevistado 13: Fiscal ambiental, TO

Entrevistado 14: Bibliotecária universitária, PA

Entrevistado 15: Juiz do trabalho, MG

As entrevistas foram realizadas via *Google Meet* e duraram entre quarenta e quatro minutos a duas horas e dezoito minutos. Todos os áudios das entrevistas foram gravados.

Como roteiro, para elas, foram utilizadas quatro perguntas para nortear a análise solicitada aos entrevistados (APÊNDICE I). Antes de iniciar a entrevista, cada entrevistado recebeu uma explicação do processo de entrevista de modo a deixá-lo à vontade para fazer suas considerações. O objetivo delas foi extrair as fontes de informação utilizadas por eles durante a pandemia de COVID-19 e também explorar a percepção dos entrevistados quanto à confiança e à relevância atribuídas a essas fontes. Os participantes do estudo foram, portanto, questionados sobre como eles avaliaram e determinaram o grau de confiança e relevância das fontes de informação utilizadas para lhes auxiliar em suas decisões relativas à saúde.

Os resultados das entrevistas seguiram a mesma estrutura, ou seja, as respostas foram agrupadas de acordo com as fontes e canais de informação extraídos durante a entrevista e explicitados da seguinte forma: fontes institucionais; fontes científicas; fontes pessoais, especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins; mídias tradicionais e mídias digitais.

Utilizou-se a transcrição integral das entrevistas, para auxiliar a análise e interpretação dos dados. Após a seleção e leitura do material, as categorias foram descritas de acordo com a temática a que o estudo propôs. Tendo em vista os objetivos da pesquisa, os dados coletados foram, previamente, analisados e o texto desmembrado em categorias agrupadas, analogicamente, as quais contribuíram para a compreensão dos discursos, quando se configuraram as primeiras impressões acerca das fontes e canais de informação acessados e a compreensão da percepção de confiança e relevância atribuídas a essas fontes e canais, no cenário brasileiro, durante a pandemia de COVID-19.

O Quadro 1 se refere às categorias definidas para este fim. Trata-se, pois, de um procedimento metodológico de análise, conforme descrito a seguir:

Quadro 1 – Categorias para análise e extração das fontes de informação das entrevistas

Categoria inicial	Conceito norteador	Categoria final
Fontes institucionais	Fontes formais e institucionais de informação (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro, Agência Nacional de Vigilância Sanitária etc.)	Fontes institucionais de informação
Fontes científicas	Fontes científicas de informação (Artigos científicos, Universidades, Fundações e Institutos de Pesquisa etc.)	Fontes científicas de informação
Fontes pessoais	Fontes informais de informação (Famíliares, amigos e/ou colegas)	Fontes pessoais de informação
Especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins.	Profissionais especializados nas áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins.	Especialistas multiplicadores de informações sobre saúde
Mídias tradicionais	Canais de televisão, emissoras de rádio, jornais e/ou revistas.	Mídias tradicionais de informação e comunicação
Mídias digitais	Redes sociais em ambientes virtuais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter</i> etc.), mecanismos de busca na <i>Internet (Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo) e mídias digitais de informação e comunicação.	Mídias digitais de informação e comunicação
Agentes multiplicadores de informação	Agentes tradutores e multiplicadores de informações provenientes de especialistas, fontes institucionais e pessoais de informação, de mídias tradicionais e/ou digitais de informação e comunicação (Lideranças locais, agentes comunitários, artistas, influenciadores digitais, formadores de opinião, profissionais das áreas de informação e comunicação, etc.)	Agentes multiplicadores de informação

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2023).

As entrevistas semiestruturadas foram elaboradas em torno dos eixos temáticos, alinhados com o referencial teórico exposto no capítulo 2: fontes de informação, comportamento informacional e uso da informação.

As quatro questões elaboradas (APÊNDICE I) tiveram como objetivo estimular os entrevistados a discorrerem sobre os temas abordados, nesta pesquisa, em especial, sobre as fontes e canais de informação e sua percepção de confiança e relevância

atribuídas a essas fontes de informação. O foco principal das entrevistas foi explorar melhor as fontes e canais de informação e comunicação acessados pelos respondentes e utilizados em seus ambientes familiar, profissional e social.

Para explorar as questões referentes aos temas abordados, nas entrevistas, foram extraídas, para análise, as fontes de informação e alguns trechos das entrevistas sobre a percepção da confiança e relevância atribuídas a essas fontes, conforme os quadros a seguir.

A Tabela 44 se refere às fontes institucionais de informação utilizadas durante a pandemia de COVID-19:

Tabela 44 - Fontes institucionais de informação acessadas durante a pandemia de COVID-19

Fontes institucionais de informação	Freq.	%
Organização Mundial de Saúde	6	40,0%
Ministério da Saúde Brasileiro	5	33,3%
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	4	26,7%
Prefeitura de Belém	1	6,7%
Secretaria de Saúde do Estado do Pará	1	6,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os dados mostraram que seis (40%) entrevistados utilizaram a OMS como fonte de informação sobre a COVID-19. O MSB foi acessado por 33,3% dos entrevistados. A ANVISA foi acessada por 26,7% dos entrevistados. No que se refere à determinação da relevância dessas fontes de informação, seguem alguns depoimentos:

“Fonte de informação relevante é aquela fonte que tem um histórico de credibilidade no trato com determinado assunto [...] A relevância, para mim, é essa confiabilidade que tem pelo histórico da fonte” (Jornalista, SC)

“São as fontes que têm mais responsabilidade com as informações que elas divulgam [...] Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde [...] Ela tem esse comprometimento. Então eu acho que a palavra sobre relevância é o compromisso que a organização e as pessoas que fazem parte vão ter com a qualidade da informação [...] Em geral, as fontes de informação relevantes são as formais” (Professor universitário, AC)

“Eu entendo que a relevância é a consequência da frequência em proporção à confiança” (Advogado, SP)

“Eu determino a relevância da fonte de informação pela razão originária de ela existir” (Juiz do trabalho, MG)

“Essas fontes oficiais trazem informações a partir de pesquisas, de pesquisas científicas. Então eu as considero relevantes” (Professora de Yoga, MG)

“Eu acho extremamente relevante a OMS, os artigos científicos. Tudo pautado realmente nessa base da ciência” (Antropólogo, AM)

Quanto à confiança nessas fontes de informação, abaixo, alguns relatos:

“Pela autoridade. Então, por exemplo, eu considerava a Organização Mundial de Saúde, a ANVISA e as universidades, que são reconhecidamente autoridades e que não estavam sozinhas. [...] Eu acredito ainda que a informação institucional, a informação que tem base de discussão, de avaliação por pares e essas coisas que trazem essa autoridade da informação” (Analista de dados, PR)

“As instituições de saúde oficiais. A OMS, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). E do país, o Ministério da Saúde, a ANVISA, as instituições oficiais dos governos, as secretarias estaduais de saúde. Eu considero que essas são fontes de informação confiáveis” (Epidemiologista, BA)

“Geralmente pela autoridade, quem está dando a informação. Os meios de comunicação, os meios oficiais” (Bibliotecário jurídico, DF)

“Todas as fontes oficiais de informação geram uma confiabilidade muito maior que uma rede social privada [...] Eu avaliei se as fontes eram oficiais e na qualificação dos profissionais” (Bibliotecária universitária, PA)

A Tabela 45 se refere às fontes científicas de informação utilizadas durante a pandemia de COVID-19:

Tabela 45 - Fontes científicas de informação acessadas durante a pandemia de COVID-19

Fontes científicas de informação	Freq.	%
Fundação Oswaldo Cruz	4	26,7%
Artigos científicos	4	26,7%
Instituto Butantan	2	13,3%
Universidades	2	13,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A FIOCRUZ e os artigos científicos foram acessados por quatro (26,7%) dos entrevistados. As informações disponibilizadas pelas universidades e pelo Instituto Butantan foram utilizadas por dois (13,3%) dos entrevistados. Abaixo, algumas impressões relativas à relevância e à confiança nessas fontes científicas de informação:

“A relevância, para mim, é essa confiabilidade que tem pelo histórico da fonte. Então, os cientistas, as universidades, os artigos científicos que eles escrevem” (Jornalista, SC)

“Com relação às universidades e aos estudos científicos, tem que ver a tradição. A FIOCRUZ, o Instituto Butantan, por exemplo, são instituições centenárias do nosso país, tem uma tradição grande na produção de ciência, de pesquisa de boa qualidade, tem prestígio, um renome construído. Também considero que são fontes confiáveis [...] Então vou estabelecendo os níveis de confiança dessa forma” (Epidemiologista, BA)

“Especialmente com relação à questão dos periódicos e artigos. A gente sabe que têm as evidências, passa por um crivo, por uma banca. Eles fazem a análise das informações” (Fiscal ambiental, TO)

“Os artigos e as universidades têm um grau, um compromisso além de acadêmico, profissional muito grande [...] Então, eu sintetizaria a confiança em uma fonte de informação mais ou menos dessa forma” (Advogado, SP)

“A chancela das próprias instituições. Eu acho que tem muito disso, do histórico dessas instituições. E pelo viés da ciência porque não dá para considerar um ‘eu acho’ e tal” (Antropólogo, AM)

“Eu determino a relevância da fonte de informação pela formalidade. Quem está pesquisando, quem está fazendo ciência” (Bibliotecária universitária, PA)

A Tabela 46 diz respeito às fontes pessoais de informação utilizadas durante a pandemia de COVID-19:

Tabela 46 – Fontes pessoais de informação acessadas durante a pandemia de COVID-19

Fontes pessoais de informação	Freq.	%
Amigos e/ou colegas	4	26,7%
Familiares	3	20,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

As fontes pessoais de informação foram acessadas por 46,7% dos entrevistados. A relevância e confiança, nessas fontes, podem ser percebidas nos seguintes relatos:

“O pessoal da Secretaria Estadual de Saúde [...] Mas era uma informação mais informal. Não era aquela divulgada pelo próprio Estado mas pessoas que estavam ali, que trabalhavam dentro dessa máquina pública e que conseguiam passar essas informações” (Antropólogo, AM)

“Lembro-me, por exemplo, do grupo (WhatsApp) da minha família, das pessoas chave. Um grupo que colocava informações ali [...] Têm pessoas da minha família que são da área de saúde [...] Meu primo falando o que pode dar e o que não pode, para mim, é até mais que um médico que eu vá encontrar, talvez, no posto de saúde [...] Para mim, a família é extremamente relevante. Meus familiares médicos não colocariam uma coisa que eles não soubessem em relação aos cuidados com a saúde ou coisa assim” (Pedagogo, RJ)

A Tabela 47 se refere às fontes especializadas de informação utilizadas durante a pandemia de COVID-19:

Tabela 47 - Especialistas multiplicadores de informações sobre saúde acessados durante a pandemia de COVID-19

Especialistas multiplicadores de informação sobre saúde	Freq.	%
Margareth Maria Pretti Dalcolmo	2	13,3%
Miguel Angelo Laporta Nicoletis	2	13,3%
Átila Iamarinho	1	6,7%
David Uip (Hospital Albert Einstein)	1	6,7%
Dimas Covas (Presidente do Instituto Butantan)	1	6,7%
Drauzio Varella	1	6,7%
Ester Sabino	1	6,7%
Fernando Lemos (Canal Planeta Intestino)	1	6,7%
Lair Ribeiro	1	6,7%
Lourival Rodrigues Marsola (Médico Infectologista)	1	6,7%
Natália Pasternak	1	6,7%
Nise Hitomi Yamaguchi	1	6,7%
Nísia Trindade Lima (Presidente da FIOCRUZ)	1	6,7%
Tedros Adhanom Ghebreyesus (Diretor-Geral da OMS)	1	6,7%
Thalita Lima (Canal Vida de Farmácia)	1	6,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os dados revelaram que os entrevistados, no processo de busca de informações sobre a COVID-19, seguiram especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins, por intermédio das mídias e redes sociais virtuais (*YouTube, Instagram, Twitter, Facebook* etc.). Abaixo, alguns relatos sobre a relevância dessas fontes:

“A questão da autoridade, de ter um grupo de pesquisadores [...] mas não é um grupo de pesquisadores de universidades, nem um grupo que pensa igual. É um grupo que foi treinado para discussão, que um vai discutindo com outro, discordando dos modelos [...]” (Analista de dados, PR)

“Eu determino a relevância da fonte de informação o quanto que essa informação vai preencher uma necessidade ou uma lacuna [...] A relevância da fonte de informação, eu avalio se a fonte dessas informações está oferecendo confiança [...] se essas fontes são aquelas que estão buscando respostas para trazer para a sociedade” (Epidemiologista, BA)

“Conhecer minimamente a fonte. Autoridade da fonte de informação” (Pedagogo, RJ)

“Eu só consigo pensar na questão da autoridade. Para mim, a relevância de quem está dando a informação” (Bibliotecário jurídico, DF)

Quanto à confiança, nessas fontes de informação, seguem alguns depoimentos:

“Em se tratando de uma doença nova, portanto, desconhecida e contagiosa, cabia-me dar preferência aos pareceres técnicos, de infectologistas e

pesquisadores da área da saúde, que, a todo instante, prestavam informações e orientações por todos os meios de comunicação” (Revisora de texto, MG)

“A primeira coisa que eu faço quando aparece uma fonte nova discutindo um tema como esse, por exemplo, eu vou lá no Google e pesquiso sobre a pessoa, os artigos que ela escreveu, o que estudou, o currículo Lattes, essas coisas todas. Eu determino a confiança por aí, tentando buscar várias possibilidades de montar esse quebra-cabeças de quem é aquela pessoa” (Jornalista, SC)

“Sempre observava se quem estava falando era médico ou cientista. Se não fosse um dos dois, eu ficava desconfiada” (Assistente administrativo, MG)

A Tabela 48 se refere às mídias tradicionais de informação e comunicação utilizadas durante a pandemia de COVID-19:

Tabela 48 – Mídias tradicionais de informação e comunicação acessadas durante a pandemia de COVID-19

Mídias tradicionais	Freq.	%
Rede Globo	7	46,7%
Globo News	5	33,3%
Record TV	2	13,3%
Band News	2	13,3%
CNN Brasil	2	13,3%
Rede Bandeirantes	1	6,7%
Jornal da Cultura	1	6,7%
TV Cultura	1	6,7%
TVE	1	6,7%
Rádio CBN	3	20,0%
Rádio CNN	1	6,7%
Rádio Gospel FM Araguaína 94.7 FM	1	6,7%
Rádio Nova Brasil FM 89.7	1	6,7%
Rádio PL 87.9 FM	1	6,7%
Rádio Terra 96.5 FM	1	6,7%
Rádio Tocantins FM 97.7	1	6,7%
Rádio Itatiaia AM 610 kHz e FM 95,7 MHz	1	6,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Como se constatou, as mídias tradicionais foram, amplamente, utilizadas pelos entrevistados. A relevância dessas fontes foi determinada conforme relatos abaixo:

“A comunicação a tempo e à hora de fontes seguras e abalizadas” (Revisora de texto, MG)

“Eu determino a relevância dessa forma: se é algo que faz diferença na minha vida, no meu dia a dia, nas minhas atividades [...] Se ela é útil, se ela tem algo importante para modificar ou agregar alguma coisa no meu dia a dia, nas minhas atividades diárias” (Revisora de texto, DF)

“Eu determino a relevância de uma fonte de informação se a informação é útil, se tem uma função direta para contribuir com aquela situação que é uma situação drástica, que ninguém viveu e as pessoas precisam de apoio nesse sentido de saber como agir, quais escolhas fazer. [...] Enfim, todo tipo de informação que eu considero importante para as pessoas se colocarem no dia a dia, para se posicionarem, para fazerem as suas escolhas a partir de suas necessidades de vida” (Professora de Yoga, MG)

No que diz respeito à confiança nessas fontes, seguem alguns dados:

“Eu procuro ir a mais de uma fonte. E como eu comentei, os canais jornalísticos. Eu observo a forma como eles abordam a notícia que está ali na manchete, que aparece ali no rodapé da televisão [...] eu sempre procuro assistir mais de um jornal, mais de um canal de televisão sobre um mesmo assunto para chegar na minha conclusão particular sobre aquela temática” (Revisora de texto, DF)

“Eu assistia televisão diariamente. A CBN trazia muitas pesquisas de infectologistas, de médicos, de pesquisadores de universidades. Então eu escutei CBN. Jornal televisivo – Globo News ou o Jornal da Globo. A gente (família) ouvia outros também - CNN, mas a Globo News é a nossa preferida” (Revisora de texto MG)

“Da mídia comercial, eu tenho por hábito acompanhar os jornais da Bandeirantes, Rede Globo, Record; principalmente Rede Globo e Record” (Jornalista SC)

A Tabela 49 se refere às mídias digitais de informação e comunicação utilizadas durante a pandemia de COVID-19:

Tabela 49 – Mídias digitais de informação e comunicação acessadas durante a pandemia de COVID-19

Mídias digitais	Freq.	%
Folha de São Paulo	6	40,0%
UOL	5	33,3%
WhatsApp	3	20,0%
G1	2	13,3%
Jornal GGN	2	13,3%
Instagram	2	13,3%
Twitter	2	13,3%
Afronte (Agência de notícias do Oeste de Santa Catarina)	1	6,7%
Boatos.org	1	6,7%
Brasil 247	1	6,7%
BBC News Brasil	1	6,7%
Jornal da Ciência	1	6,7%
Jornalistas Livres	1	6,7%
Lupa	1	6,7%
Mídia Ninja	1	6,7%
Nexo Jornal	1	6,7%
O desacato	1	6,7%
O Estadão	1	6,7%
O Tempo	1	6,7%
UAI	1	6,7%
Youtube: Meio	1	6,7%
Youtube: Os pingos nos is	1	6,7%
Facebook	1	6,7%
Podcast de notícias: Foro de Teresina	1	6,7%
News Google	1	6,7%
Mecanismo de busca Google	1	6,7%
Mecanismo de busca Bing: editoriais e as notícias selecionadas	1	6,7%
Bing COVID	1	6,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Como se pode constatar, as mídias digitais de informação e comunicação foram as fontes de informação mais utilizadas pelos entrevistados. Os dados acima revelaram a variedade de mídias digitais acessadas durante a pandemia. No que se refere à determinação da relevância, dessas fontes, os dados abaixo apresentam alguns relatos:

“Só acessava sites que tinham o cuidado de não propagar Fake News. Se a informação não fazia sentido com a realidade dos hospitais, eu já considerava irrelevante” (Assistente administrativo, MG)

“Além da questão da autoridade, eu vejo a questão do que mais acessamos, as fontes de informação mais acessadas. No caso, as redes sociais, acessamos diariamente, então, é extremamente relevante esse meio” (Bibliotecário jurídico, DF)

Eu procurei mais no Instagram. Segui alguns profissionais, por exemplo, infectologistas, alguns médicos, algumas clínicas” (Bibliotecária universitária, PA)

Quanto à confiança nas mídias digitais, seguem algumas colocações:

“Que seja alguma coisa verificável pelos pares, da maneira mais livre, da maneira mais múltipla. Que tenha verificação, entende? Então, por exemplo, por que eu confio na imprensa? Porque os jornalistas, eles têm que verificar essas informações de alguma maneira. Eu ainda acredito no jornalismo. Com tudo que aconteceu eu ainda acredito no jornalismo porque eu acho que na comparação entre diversos veículos, eu consigo fazer o meu julgamento” (Professor universitário, AC)

“Eu determino a minha confiança buscando outras fontes para fazer o cruzamento das informações” (Jornalista, SC)

“A minha fonte de Instagram é mais BBC, a FIOCRUZ. Outra fonte para mim, que eu tenho como confiável, é também o ‘Jornal da Ciência’” (Antropólogo AM)

A Tabela 50 se refere aos agentes multiplicadores de informação acessados durante a pandemia de COVID-19:

Tabela 50 – Agentes multiplicadores de informação

Agentes multiplicadores de informação	Freq.	%
Agentes comunitários (via rádios de comunicação PX) (Amazonas)	1	6,7%
Agentes comunitários de Saúde (ACS) (Amazonas)	1	6,7%
Agentes indígenas de Saúde (AIS) (Amazonas)	1	6,7%
André Trigueiro (Jornalista)	1	6,7%
Ailton Krenak (Liderança indígena, ambientalista, filósofo e escritor brasileiro da etnia indígena crenaque)	1	6,7%
Gilson Rodrigues (Liderança comunitária de Paraisópolis – São Paulo)	1	6,7%
Luis Nassif (Jornalista)	1	6,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A busca de informações sobre COVID-19, bem como a do entendimento do contexto pandêmico no Brasil também foram acionados por meio de agentes, que realizaram o trabalho de traduzir e multiplicar, em linguagem simples e acessível à população geral, informações provenientes de diversas fontes e canais de informação formais e informais sobre COVID-19. Desse modo, agentes multiplicadores de informação, tais como agentes comunitários (lideranças locais etc.), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes Indígenas de Saúde (AIS) foram fontes

relevantes de informação sobre a COVID-19. Influenciadores digitais, formadores de opinião, profissionais das áreas de informação e comunicação ativos nas mídias e redes sociais virtuais também foram canais de informação utilizados pelos entrevistados. Pode-se perceber a relevância desses agentes como fontes e canais de informação, conforme relatos:

“A gente tem que lembrar: houve agentes lá de dentro, agentes sociais, como o líder comunitário Gilson Rodrigues, que se movimentaram e criaram sites específicos. Outras lives... do Ailton Krenak, aquele indígena que está na mídia nacional e internacional [...] Ele fez muitas lives. O André Trigueiro fez tantas lives interessantes... ele trazia tantas pessoas bacanas” (Revisora de texto, MG)

“A OMS chega lá no interior do Amazonas? Os artigos científicos? As universidades? A Agência de Vigilância Sanitária chega nesses lugares? Não chega [...] O que chega a esses lugares são os rádios. As emissoras de rádio e também os rádios de telecomunicação [...] O que as pessoas têm de informação lá? Quem é a principal fonte de informação, de relevância? São os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses que faziam frente e também ficavam limitados nisso [aos rádios]. Então eram a principal fonte de informação: os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) [...] Eles são vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde que faz essa ponte informacional” (Antropólogo, AM)

Observou-se que múltiplas fontes de informação foram utilizadas durante a pandemia de COVID-19. As entrevistas revelaram que as fontes de informação mais acessadas pelos entrevistados e utilizadas em seus ambientes familiar, profissional e social, foram, por ordem de frequência: a) mídias digitais; b) mídias tradicionais; c) fontes institucionais; d) fontes científicas; e) especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins; f) fontes pessoais; e g) agentes multiplicadores de informação.

4.4 Discussão dos resultados

No seu conjunto, o presente estudo possibilitou a descrição dos comportamentos e valores informacionais em saúde dos participantes da pesquisa, bem como as múltiplas fontes de informação por eles utilizadas durante a pandemia de COVID-19.

O aspecto que mais chamou a atenção, por parte dos respondentes, foi a **integridade** das informações, o que se evidencia a importância de não se repassarem

informações, reconhecidamente, falsas sobre saúde. Os dados também mostraram a importância da atenção quanto ao **uso da informação** para a tomada de decisões durante a crise sanitária. As informações foram, pois, utilizadas para se compreender o cenário decorrente da pandemia de COVID-19 com o intuito de se tomarem decisões nos âmbitos pessoal, familiar, profissional e social. Os resultados também indicaram que o uso de informações, recebidas e/ou acessadas, auxiliou a tomada de decisões, a promoção de melhores cuidados com a saúde, a contribuição para a adoção de medidas preventivas de saúde e subsidiou na decisão de quais informações confiar.

A **proatividade** em relação à informação também foi reconhecida, uma vez que a busca por informações sobre COVID-19 e a importância dessas informações, para se cuidar da saúde, apresentaram níveis altos de concordância por parte dos respondentes. Assim, estes resultados mostraram a preocupação das pessoas em entender a doença, os processos de contágio do vírus e como promover o cuidado com a saúde.

Os dados também revelaram o **monitoramento** da informação, que determinou a importância da atuação dos respondentes nos ambientes familiar, profissional e social a partir das informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19. Nesse sentido, observou-se uma preocupação especial quanto aos hábitos de higiene pessoal nos ambientes de trabalho e social, ao se utilizarem, por exemplo, os serviços de mercado, padaria e farmácia. Portanto, atender às orientações dadas pelas autoridades competentes, no cuidado com a saúde, foi um elemento merecedor de destaque pelos respondentes.

As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 indicaram a preocupação dos respondentes com a identificação de informações incorretas, uma vez que informações falsas ou distorcidas levaram pessoas à tomada de decisões equivocadas.

Posto isso, o desenvolvimento de comportamentos e valores informacionais é fundamental na busca, avaliação e seleção de informações confiáveis e relevantes, para a tomada de decisões e o desenvolvimento de atitudes proativas em relação à informação. Portanto, aperfeiçoar os comportamentos e valores informacionais pode auxiliar na identificação da legitimidade, confiabilidade e na relevância das fontes de informação; no compartilhamento de informações verdadeiras, ou seja, não distorcidas, bem como no uso ou não de determinadas fontes e canais de informação.

No que se refere à **formalidade** quanto ao uso da informação, os dados obtidos salientaram a confiança nas fontes formais, institucionais e científicas de informação. Artigos científicos foram considerados fontes confiáveis de informação sobre a COVID-19, além de hospitais e postos de saúde. Em meio à pandemia, observou-se a confiança

prevalente nos núcleos e instituições de pesquisas científicas, nos hospitais e postos de saúde.

Compreender melhor as fontes de informação formais que foram mais acessadas para a coleta de informações durante a pandemia, deve ser um elemento destacado em estudos sobre fontes de informação cuja finalidade é auxiliar ações futuras dos órgãos e instituições competentes em Saúde Pública e Coletiva. Nesse sentido, investigar, isoladamente, cada fonte de informação pode ampliar o entendimento da confiança e relevância atribuídas a determinadas fontes de informação.

Quanto ao **compartilhamento** da informação, é possível constatar a cautela, ao compartilhar informações sobre saúde com familiares, amigos ou colegas. Em contextos de natureza pandêmica, nota-se que o compartilhamento de informações pode ocorrer sem a devida constatação de sua veracidade e utilidade, uma vez que informações em saúde mudam conforme evidências reveladas no decorrer de uma crise sanitária. Desse modo, o compartilhamento de informações com familiares, amigos ou colegas se estabeleceu como uma forma de minimizar a ansiedade, decorrente da sobrecarga de informações durante a pandemia, e não, necessariamente, a capacidade de reconhecer quais informações em saúde deveriam ser compartilhadas.

A dimensão “**transparência** quanto ao uso da informação” obteve o menor nível de concordância dos respondentes. Tal transparência refere-se à receptividade para lidar com informações sobre falhas, enganos e erros, permitindo a aprendizagem a partir desses erros. A transparência quanto aos erros e às falhas é essencial para o aprendizado pessoal e social. No entanto, o compartilhamento de notícias falsas, para alertar as redes sociais, não foi valorizado. Esse dado aparente revelou discrepâncias nos resultados. Ou seja, embora os respondentes reconhecessem a importância de não repassar informações falsas, eles não as utilizaram para alertar as suas redes sociais. Todavia, a utilização das redes sociais, para identificação de notícias falsas, obteve nível intermediário de concordância. Neste contexto, pôde-se depreender que o uso das redes sociais, conforme os respondentes, foi importante para a identificação de notícias falsas e não, necessariamente, meio para alertar sobre notícias, reconhecidamente, falsas.

No que se refere às diferenças nos **comportamentos e valores informacionais em saúde de homens e mulheres**, os dados mostraram que tanto homens quanto mulheres usaram, proativamente, as informações sobre a COVID-19 para cuidar da própria saúde.

No que diz respeito à busca e obtenção de novas informações sobre a COVID-19, as mulheres, mais que os homens, acessaram os familiares, amigos e colegas. Os dados indicaram pois, que as mulheres utilizaram bastante fontes pessoais de informação e foram mais proativas no uso das redes sociais. Esses resultados sugerem que as mulheres, mais que os homens, tendem a ter atitudes mais colaborativas na busca e uso da informação (Steinerová; Šušol, 2007). Os dados mostraram que elas estimularam a busca e o compartilhamento de informações em redes sociais; além disso, tenderam a se envolver com muitas informações informais, no sentido de obter e receber informações relacionadas à saúde de familiares, amigos e colegas (EK, 2013).

Quanto à busca de informações por meio das emissoras de rádio, jornais e revistas, bem como do acesso aos mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo), os dados mostraram que os homens confiaram e utilizaram mais esses recursos que as mulheres.

Os dados revelaram que os homens priorizaram a busca de informações sobre a COVID-19 por intermédio das emissoras de rádio, jornais, revistas e através dos mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo). Já as mulheres sondaram mais suas redes de contatos pessoais (familiares, amigos e colegas) e suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.). Os dados também mostraram que as mulheres buscaram mais que os homens as fontes institucionais de informação, tais como a OMS, o MSB, a ANVISA, os hospitais e postos de saúde para a obtenção de informações. Além do mais, as fontes institucionais de informação foram consideradas mais confiáveis e relevantes por parte das mulheres que dos homens. No que diz respeito à relevância atribuída às redes sociais para o compartilhamento de informações sobre saúde, as mulheres consideraram mais essas redes que os homens.

No que se refere à preocupação ativa, na busca e uso de informações sobre a COVID-19, no tocante aos cuidados com a saúde, à relevância atribuída às fontes de informação para compartilhamento e uso de informações não distorcidas, confiáveis e íntegras, os dados apontaram que a confiança em fontes institucionais de informação se mostrou mais evidente nas mulheres. Elas também consideraram bastante relevantes as redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), a OMS, o MSB e a ANVISA.

No que diz respeito à **integridade** da informação, tanto homens quanto mulheres afirmaram ter compartilhado informações verdadeiras e não tê-las repassado, quando

reconhecidamente falsas. Por outro lado, é importante reconhecer que notícias falsas e desinformação não são mecanismos simples de serem identificados. A *infodemia* dificulta a localização de fontes idôneas e orientações confiáveis pelas pessoas de modo geral; e pode afetar os processos de tomada de decisões, quando se esperam respostas imediatas sem o devido tempo para analisar, cuidadosamente, as evidências (OPAS, 2020). É importante também reconhecer que o instrumento de pesquisa utilizado, neste estudo, foi incapaz, de maneira isolada, de alcançar uma medida real para mensurar a percepção dos respondentes, no que diz respeito à integridade da informação, uma vez que esta percepção pode envolver fatores políticos, socioculturais, relativos ao nível educacional e ao acesso a informações e fontes formais de informação.

Os dados mostraram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, no que diz respeito ao **monitoramento** da informação. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 ajudaram a identificar as notícias falsas.

Quanto à influência das informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19, sobre os hábitos de higiene pessoal nos ambientes familiar, de trabalho e social, homens e mulheres afirmaram que essas informações influenciaram a mudança de seus comportamentos nesses ambientes.

Quanto ao uso de fontes formais e informais de informação sobre a COVID-19, os dados mostraram que tanto homens quanto mulheres confiaram e utilizaram informações provenientes de ambas as fontes. Porém, os dados mostraram que as mulheres mais que os homens consideraram confiáveis e relevantes a OMS, o MSB e a ANVISA para buscar e utilizar informações sobre a COVID-19.

Portanto, no que diz respeito ao acesso a diversas fontes formais e informais de informação, os dados mostraram que as mulheres foram mais proativas que os homens no uso de suas redes sociais virtuais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) e redes sociais de contato pessoal (familiares, amigos e colegas), bem como no uso de fontes institucionais de informação. Os dados sugeriram que as mulheres valorizaram bastante as relações interpessoais e os contatos via rede sociais.

No que se refere ao uso da informação, os dados mostraram a inexistência de diferenças, estatisticamente, significativas entre homens e mulheres. Ambos usaram as informações recebidas e/ou acessadas para cuidar e tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19.

De modo geral, os dados mostraram que as mulheres consideraram bastante as redes sociais de contato pessoal (familiares, amigos e colegas) e virtual (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), bem como as fontes institucionais para obtenção, compartilhamento e monitoramento de informações sobre a COVID-19. Os homens, por sua vez, tenderam a valorizar o monitoramento de informações por intermédio das emissoras de rádio, jornais, revistas e através de pesquisas, acessando os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo).

É preciso considerar que os mecanismos de busca na *Internet* estão inseridos em uma categoria abrangente, que possibilita-lhes o acesso às demais fontes formais e informais de informação. É preciso, pois, experiência e conhecimento prévio para se acessarem *sites* e informações confiáveis e relevantes apresentadas nos resultados da busca; ou seja, é necessário possuir a capacidade de reconhecer fontes de autoridade no tratamento do tópico pesquisado.

No que diz respeito à **frequência de uso das fontes de informação**, os dados mostraram que o acesso a informações, durante a pandemia de COVID-19, ocorreu, principalmente, por meio das redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) e contatos pessoais (familiares, amigos e/ou colegas).

Notou-se que, no contexto da pandemia de COVID-19, os indivíduos buscaram consumir notícias e informações, nas mais diversas fontes de informação, para compreender o cenário de crise sanitária e tomar decisões em saúde. As informações falsas, a desinformação e a disseminação de notícias falsas observadas, durante a pandemia, puderam ter contribuído para o constante acesso a diversas fontes de informação, pois eventos dessa natureza estimularam a busca por informações que possibilitassem a identificação de notícias falsas e a minimização de dúvidas, auxiliando a tomada de decisões.

Buscas diárias, através dos mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo), nas universidades e na Organização Mundial de Saúde (OMS) também foram observadas. É preciso considerar que essas fontes de informação possibilitaram acesso a informações, em linguagens formal e informal, atendendo a necessidades do público especializado e do público geral.

As fontes de informação mais acessadas, semanalmente, foram as redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter*, etc.); os canais de televisão; as fontes pessoais (familiares, amigos e/ou colegas); jornais e/ou revistas; os mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, etc.); as universidades; a Organização

Mundial de Saúde (OMS) e os artigos científicos. Esses dados apontaram a preocupação em acompanhar, em tempo real, os fatos e ocorrências decorrentes da pandemia de COVID-19.

Os dados, deste estudo, mostraram que as redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) foram acessadas, diariamente, como fontes de informação sobre COVID-19. Por outro lado, as fontes pessoais (familiares, amigos e/ou colegas) foram acessadas com frequência semanal. Esses resultados indicaram o monitoramento diário das redes sociais, como fontes de informação sobre COVID-19, combinado com o monitoramento por meio de familiares, amigos e/ou colegas, que ocorreu, provavelmente, para acompanhar a possível disseminação do contágio do vírus nos indivíduos pertencentes a suas redes de contatos pessoais.

As fontes de informação menos acessadas foram o Ministério da Saúde Brasileiro; as emissoras de rádio; a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); os hospitais e postos de saúde. Os dados mostraram que os respondentes, em sua maioria, não têm o hábito de acessar as emissoras de rádio. Com relação ao acesso limitado ao Ministério da Saúde Brasileiro, esse evento pôde ter sido causado pelas alterações em sua gestão durante a pandemia. Por outro lado, embora as secretarias estaduais e municipais não estivessem explicitadas, neste estudo, a atuação dessas instituições pôde também ter contribuído para o acesso restrito ao Ministério da Saúde Brasileiro, uma vez que as peculiaridades de cada município e região foram administradas pelos governos locais.

O fato de a maioria dos respondentes ter buscado ‘mensalmente ou nunca’ informações na ANVISA, nos hospitais e postos de saúde, revelou a dificuldade em acessar, em tempo real, informações sobre a pandemia de COVID-19 nessas fontes institucionais.

Quanto à **confiança atribuída às fontes de informação**, os dados mostraram confiança predominante em fontes formais de informação sobre COVID-19. Observou-se maior confiança nas instituições especializadas em saúde pública e coletiva, tais como a OMS, a ANVISA, hospitais e postos de saúde; e nas fontes de informação geradoras de informação e conhecimento científico, tais como universidades, artigos científicos, jornais e/ou revistas.

Os canais de televisão e as emissoras de rádio obtiveram níveis de confiança maiores que os graus ‘pouco confiável’ e ‘sem confiança’. Pôde-se inferir que havia uma expectativa em compreender o cenário de crise sanitária brasileira e receber informações confiáveis sobre a pandemia de COVID-19.

Observou-se que os graus de confiança no Ministério da Saúde Brasileiro, como fonte de informação sobre COVID-19, ficaram polarizados. A diversidade de opiniões dos respondentes, quanto à confiança atribuída ao Ministério da Saúde Brasileiro, pode ser inferida pelo elevado desvio padrão de sua escala.

Como fontes de informação sobre COVID-19, observou-se baixo nível de confiança em amigos e/ou colegas. A maioria dos respondentes os considerou fontes de informação ‘não confiável’ ou ‘pouco confiável’. O mesmo pôde ser observado com relação aos familiares, os quais foram considerados fontes de informação ‘não confiável’ e ‘pouco confiável’.

Quanto aos mecanismos de busca na *Internet*, os respondentes, em sua maioria, os consideram ‘não confiáveis’ e ‘pouco confiáveis’ como fontes de informação sobre COVID-19. Notou-se, com isso, baixo nível de confiança nesses mecanismos de busca na *Internet*. Como essa é uma categoria abrangente, é preciso experiência e conhecimento prévio sobre fontes de informação para se acessarem *sites* e obterem informações confiáveis e relevantes apresentadas nos resultados da busca.

Um aspecto relevante, neste estudo, foi ter classificado as redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) como fontes de informação pouco confiáveis. Dos respondentes, 81% classificaram essas fontes nos níveis ‘não confiável’ e ‘pouco confiável’. Entre outros fatores, esse resultado pôde ser compreendido devido ao alto fluxo de informações falsas sobre COVID-19, veiculadas nessas redes sociais, o que pôde ter contribuído para o fator desconfiança nessas fontes.

No que se refere à confiança em fontes de informação, a OMS, os artigos científicos e as universidades foram as três fontes de informação consideradas mais confiáveis sobre COVID-19, que se sobressaíram neste estudo. As redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) se destacaram como as fontes de informação menos confiáveis.

Além das médias referentes a cada uma das fontes de informação analisadas, mereceu destaque o fato de as opiniões dos respondentes terem variado, significativamente, em suas avaliações de confiança no Ministério da Saúde Brasileiro e na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Essa variedade pôde ser estimada com base nos desvios padrão das respostas, quais foram 1,23 e 1,04, respectivamente.

Os resultados demonstraram maior nível de confiança na OMS que nas universidades e no Ministério da Saúde Brasileiro. Observou-se que a OMS, como órgão

mundial de referência em saúde internacional, desempenhou papel crucial durante a pandemia, ditando diretrizes e orientações no combate à pandemia de COVID-19 e na promoção da saúde.

Quanto ao Ministério da Saúde Brasileiro e à ANVISA, os dados revelaram confiança predominante na ANVISA. Considerando o Ministério da Saúde Brasileiro, os hospitais e postos de saúde, os dados demonstraram confiança predominante nos hospitais e postos de saúde. Com relação à ANVISA, aos hospitais e postos de saúde, embora revelassem confiança predominante na ANVISA, os dados demonstraram confiança em ambas as instituições.

Quanto à ANVISA e às universidades, os dados demonstraram confiança em ambas as instituições, porém, com predominância da confiança nas universidades.

É preciso reconhecer que, no cenário atípico e imprevisível como o de uma pandemia decorrente de uma crise sanitária, as instituições especializadas em saúde pública e coletiva se posicionaram de modo a orientar os mais diversos setores da sociedade.

Nota-se a importância do trabalho conjunto entre a OMS, o Ministério da Saúde Brasileiro, a ANVISA, hospitais e postos de saúde e demais órgãos competentes para apresentação e incorporação de medidas de segurança concomitantes com as pesquisas científicas. As universidades e centros de pesquisas, ao apresentarem resultados baseados em evidências, promoveram a prevenção da doença, orientaram a manutenção da saúde e desenvolveram vacinas para a proteção contra as doenças infecciosas.

Com relação aos graus de confiança atribuídos às fontes pessoais de informação (familiares, amigos e/ou colegas), os dados revelaram diferenças significativas, demonstrando confiança predominante nos amigos e/ou colegas.

No que diz respeito aos graus de confiança atribuídos às fontes tradicionais de informação (jornais e/ou revistas, canais de televisão e emissoras de rádio), os dados não revelaram diferenças significativas entre as porcentagens dos jornais e/ou revistas e canais de televisão. Quanto aos jornais e/ou revistas e as emissoras de rádio, os dados mostraram confiança predominante nos jornais e/ou revistas. No que se refere aos canais de televisão e as emissoras de rádio, os dados mostraram confiança predominante nos canais de televisão.

Os graus de confiança em mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo) foram superiores aos atribuídos às redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.). Esses mecanismos de busca permitiram acesso a

informações em diversos *sites* na *Internet*, o que possibilitou, ao usuário da informação, elaborar critérios de confiabilidade para acessar determinadas fontes, tais como integridade do *site* e a autoridade da fonte de informação.

Como fonte de informação sobre COVID-19, as fontes pessoais de informação (familiares, amigos e/ou colegas) foram consideradas fontes confiáveis em detrimento das redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.). É preciso reconhecer a importância de se investigarem as redes sociais, separadamente, para melhor compreender as suas dinâmicas e peculiaridades. Não é possível ampliar o entendimento da confiabilidade, dessas redes sociais, considerando-as todas em uma única categoria.

No que diz respeito à **relevância atribuída às fontes de informação**, os dados mostraram que as fontes de informação formais foram consideradas mais relevantes para aquisição de informações sobre COVID-19. Observou-se que a OMS, os artigos científicos e as universidades tiveram predominância quanto ao grau de relevância como fontes de informação sobre COVID-19, seguidos pela ANVISA, hospitais e postos de saúde, jornais e/ou revistas, Ministério da Saúde Brasileiro e canais de televisão. A relevância das instituições e fontes geradoras de informação e conhecimento científico mostrou a importância de se buscarem evidências em dados e fatos para auxiliar a tomada de decisões em saúde.

As fontes formais de informação, organizações especializadas em saúde pública e coletiva, tais como a OMS, a ANVISA, hospitais e postos de saúde e o Ministério da Saúde Brasileiro, foram reconhecidas como fontes relevantes de informações sobre COVID-19. Isso mostra a importância do trabalho conjunto e bem coordenado entre essas organizações, especialmente, nas situações em que envolveram a saúde coletiva e onde medidas urgentes e restritivas precisaram ser tomadas. Desse modo, tornou-se crucial o processo de divulgação de ações preventivas fundamentais e a disponibilização de informações confiáveis, relevantes e úteis, para auxiliar a população no processo de se aliar no combate à contaminação e propagação do COVID-19.

Instituições geradoras e divulgadoras de informações à população geral, tais como os jornais e/ou revistas, as mídias tradicionais - canais de televisão e as emissoras de rádio, apresentam papel importante no processo de cooperação na divulgação de informações verdadeiras, assertivas, úteis e relevantes. Os resultados, deste estudo, mostraram a relevância dessas fontes de informação, uma vez que foram baixas as frequências de respostas nas opções 'pouco relevante' e 'irrelevante'. Evidenciou-se a relevância das mídias e canais tradicionais na veiculação de informações objetivas, que

esclareceram cenários contingentes como os de crises de saúde global, bem como a importância de se apresentarem e disponibilizarem orientações concisas para auxiliar a tomada de decisões em saúde.

É importante considerar que os respondentes, deste estudo, possuem níveis de escolaridade superior aos da população geral. Assim é necessário ressaltar a importância de se investigarem a dinâmica e o uso de fontes de informação na vida cotidiana da população geral.

O baixo nível de relevância atribuído às redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.) como fontes de informação sobre COVID-19, pôde estar atrelado ao processo de desinformação, que se fez notável no país, bem como a proliferação de notícias falsas, nessas redes, durante a pandemia de COVID-19. Os mecanismos de busca na *Internet (Google, Yahoo, Bing*, por exemplo) como fontes de informação sobre COVID-19, também receberam, no geral, baixo nível de relevância. Apesar disso, 47,22% dos respondentes consideraram esses mecanismos relevantes. Este dado pode ampliar a percepção da importância de estudos e trabalhos, que visem ao aperfeiçoamento desses mecanismos de busca para apresentar resultados de pesquisas confiáveis, úteis e relevantes vinculados às organizações especializadas em saúde pública e coletiva, instituições formais e científicas.

O baixo nível de relevância atribuído a amigos, colegas e/ou familiares pode estar relacionado ao fato de uma parcela significativa dessa categoria não ter conhecimentos técnicos, científicos ou qualificados, na área da saúde, para repassá-los ou comunicar informações confiáveis e relevantes sobre COVID-19.

As fontes de informação avaliadas, neste estudo, não são mutuamente excludentes. Na primeira etapa, deste trabalho, a fim de melhor explicitar os graus de relevância, foram distribuídas as fontes de informação em cinco categorias: fontes institucionais, fontes científicas, fontes pessoais, mídias tradicionais e mídias digitais. As diferenças entre as proporções (%) foram analisadas para melhor compreender os graus de relevância atribuídos às fontes de informação formais e informais.

Os dados revelaram diferenças significativas entre as porcentagens dos graus de relevância atribuídos à OMS e ao Ministério da Saúde Brasileiro. Observou-se que, durante a pandemia de COVID-19, a OMS foi considerada a fonte de informação mais relevante pelos respondentes.

É preciso reconhecer que, no cenário atípico e imprevisível como o de uma pandemia decorrente de uma crise sanitária, instituições especializadas em saúde pública

e coletiva se posicionaram de modo a orientar os mais diversos setores da sociedade. Desse modo, coube à OMS apresentar as informações em saúde relevantes e urgentes no contexto mundial, para que outras autoridades competentes, lideranças e governos pudessem tomar decisões e medidas de acordo com as próprias realidades sociais, políticas e econômicas, peculiares e complexas.

Pôde-se inferir que houve divergências nas opiniões dos respondentes quanto à confiança e à relevância atribuídas ao Ministério da Saúde Brasileiro. No ápice da pandemia de COVID-19, durante os anos de 2020 e 2021, a crise política brasileira, a falta de posicionamento do governo federal e de autoridades locais para minimizar o impacto da pandemia no Brasil, a ausência de comunicação e orientações claras e objetivas dos representantes do Ministério da Saúde Brasileiro para a população geral, a troca de ministros da saúde, puderam ter contribuído, significativamente, para que os respondentes, deste estudo, considerassem outras fontes de informação mais confiáveis e relevantes que o Ministério da Saúde Brasileiro.

Com relação às mídias tradicionais, notou-se a inexistência de diferenças significativas nas atribuições de relevância a jornais e/ou revistas, canais de televisão e emissoras de rádio.

Como fonte de informação sobre COVID-19, as redes sociais foram consideradas fontes irrelevantes de informação, os amigos e/ou colegas foram considerados fontes pouco relevantes. Porém, no grau ‘relevante’, os amigos e/ou colegas foram considerados fontes relevantes de informação sobre COVID-19 em detrimento das redes sociais. Esses resultados sugerem a necessidade de melhor compreender essas relações e as dinâmicas de compartilhamento de informações e comunicação nas redes sociais, como também a importância de investigar, separadamente, as redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), uma vez que cada rede social possui peculiaridades na apresentação, divulgação e compartilhamento de informações, bem como no código de conduta relativo a cada uma delas.

É importante ressaltar que o instrumento de pesquisa (Modelo dos CVIS) utilizado, neste estudo, foi incapaz de alcançar uma medida real para mensurar a percepção dos respondentes não só no que diz respeito à integridade da informação, mas também a outras dimensões dos CVIS investigadas nesta pesquisa. Expandir possibilidades de entender a percepção das pessoas, relativa a cada dimensão, à incorporação desses comportamentos e aos valores informacionais através de outros instrumentos, é uma estratégia complementar de avaliação que pode auxiliar na

compreensão de sujeitos inseridos em um contexto complexo de pandemia, onde questões sociais e políticas trazem à tona tópicos polêmicos e controversos.

Com relação aos **resultados das entrevistas**, os dados mostraram que 40% dos entrevistados acessaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) durante a pandemia; 33,3% acessaram o Ministério da Saúde Brasileiro (MSB). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e artigos científicos foram acessados por 26,7% dos entrevistados. 13,3% dos entrevistados utilizaram as universidades e o Instituto Butantan como fontes de informação sobre COVID-19. Uma entrevistada buscou informações mais precisas sobre a COVID-19 em sua região - na Secretaria do Estado do Pará e na Prefeitura de Belém. Observou-se, pois, a importância dada às informações provenientes das fontes formais oficiais.

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Instituto Butantan, as universidades e os artigos científicos também foram considerados fontes relevantes e confiáveis de informações sobre COVID-19. A confiança atribuída a essas fontes mostrou a importância crucial da atuação da Ciência na busca de soluções baseadas em evidências científicas. Esses dados reforçaram a importância das fontes formais institucionais e científicas de informação durante uma crise sanitária de saúde pública e coletiva, pois elas são plataformas relevantes para esclarecer, orientar e divulgar informações com base em resultados de pesquisas e evidências científicas.

Quanto às fontes pessoais de informação, 46,7% dos entrevistados utilizaram-nas para obter informações sobre a COVID-19. Os dados sugeriram a importância do monitoramento dos familiares, amigos e/ou colegas como fontes de informação sobre COVID-19, especialmente, para acompanhar a evolução e a proliferação do Coronavírus, bem como para seguir os protocolos de segurança e tratamentos referentes à COVID-19.

Alguns entrevistados revelaram ter utilizado fontes pessoais de informação sobre COVID-19, pois tinham acesso aos familiares, amigos e/ou colegas, que atuavam na área de saúde, por exemplo, em hospitais, postos de saúde ou centros de pesquisa. Desse modo, obtinham acesso aos procedimentos, orientações e tratamentos médicos mais utilizados e/ou sugeridos no momento.

As mídias tradicionais foram, amplamente, utilizadas. Dentre estas, os canais de televisão foram os mais, frequentemente, acessados, sendo que alguns entrevistados acompanharam vários canais de televisão simultaneamente. As emissoras de rádio também foram fontes de informação utilizadas pelos entrevistados. Esses resultados confirmaram que, em um cenário inesperado e novo, as mídias tradicionais de informação

e comunicação ocupam um papel preponderante e igualmente importante no esclarecimento e na veiculação de informações sobre um cenário pandêmico como o da COVID-19 e sobre os protocolos de segurança essenciais nos processos de orientações à população.

Os dados mostraram que as mídias digitais de informação e comunicação foram as fontes de informação mais utilizadas pelos entrevistados. Boletins, jornais e canais de notícias, mecanismos de busca na *Internet* (*Bing* e *Google*) foram bastante acessados, bem como as redes sociais virtuais (*YouTube*, *WhatsApp*, *Instagram*, *Twitter*, *Facebook* e *Podcast*). Notou-se, assim, a relevância dessas mídias como fontes e canais de informação, prioritariamente, acessadas em um contexto inesperado e incerto como a pandemia decorrente da COVID-19.

A busca de informações sobre COVID-19, por intermédio de especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins, também foi revelada. Nesse sentido, os entrevistados citaram nomes de profissionais, os quais foram seguidos nas redes sociais virtuais (*Facebook*, *Instagram*, *YouTube*, *Twitter*, por exemplo). Os dados confirmaram que a comunicação, em mídias tradicionais e em ambientes virtuais, possibilitou o acesso a diversos profissionais, pesquisadores e cientistas das mais diversas áreas, sobretudo, nesse cenário pandêmico. Esses especialistas foram considerados fontes de informação sobre saúde, sobre COVID-19 e protocolos de segurança para a COVID-19, tais como as medidas preventivas para se evitarem a contaminação e a disseminação do vírus.

Muitos destes especialistas ganharam notoriedade, na *Internet*, ao “traduzir” as informações relacionadas à doença e ao vírus com base em evidências e relatos científicos (Robalinho, Borges e Pádua, 2020).

No entanto, é importante ressaltar que houve controvérsias, no que se refere à confiança e relevância atribuídas a esses especialistas, pois alguns dos profissionais da área de saúde, aqui citados como fontes acessadas para orientar na tomada de decisões em saúde, se posicionaram, claramente, contra as evidências científicas trazidas a público e contra as orientações provenientes da OMS e das instituições competentes das áreas de saúde pública e coletiva.

A busca de informações sobre COVID-19 e a de compreensão do contexto pandêmico, no Brasil, também foram feitas por meio de agentes multiplicadores de informação. Agentes comunitários (lideranças locais etc.), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes Indígenas de Saúde (AIS), foram fontes importantes de

informação sobre a COVID-19. Influenciadores digitais, formadores de opinião, profissionais das áreas de informação e comunicação ativos nas mídias e redes sociais virtuais também foram fontes e canais de informação utilizados pelos entrevistados. Esses agentes tradutores e multiplicadores de informações provenientes de especialistas, fontes institucionais e pessoais de informação, de mídias tradicionais e/ou digitais de informação e comunicação sobre a pandemia de COVID-19 foram, segundo os entrevistados, fontes relevantes de esclarecimentos e orientações sobre a COVID-19, a respeito do contexto pandêmico no cenário brasileiro e suas implicações, bem como sobre as medidas preventivas essenciais durante essa pandemia.

Notou-se, pois, a importância da adesão dos seguidores e usuários da informação às opiniões, sugestões e orientações desses especialistas e autoridades das áreas de saúde, influenciadores digitais, lideranças comunitárias e formadores de opinião, tanto em redes sociais de contato pessoal quanto em redes e mídias digitais.

Os dados referentes à percepção dos entrevistados, no que diz respeito à relevância e confiança nas fontes de informações citadas, neste trabalho, mostraram que, de modo geral, todas as fontes de informação foram consideradas relevantes para obtenção de informações sobre a COVID-19. Porém, a confiança atribuída às fontes se estabeleceu, prioritariamente, no critério de autoridade da fonte de informação. De fato, os resultados revelaram que as fontes formais institucionais e científicas de informação sobre a COVID-19 foram as mais buscadas para dar suporte à tomada de decisões em saúde.

Os dados também revelaram que o acesso às mais diversas fontes de informação e comunicação se configurou, fortemente, através das mídias digitais. Nesse sentido, os dados mostram a importância do acompanhamento por parte de profissionais das áreas de Tecnologias, Ciência da Informação e Comunicação, Comunicação Social e demais áreas de interesse, no crescimento dessas mídias, para cooperar com o desenvolvimento de ferramentas e elaboração de mecanismos legais de monitoramento das informações veiculadas através dessas mídias e plataformas digitais, de modo a minimizar o impacto da desinformação e das informações falsas.

Em síntese, no que se refere ao uso de fontes de informação, o presente estudo mostrou que múltiplas fontes e canais de informação foram utilizadas no cenário brasileiro durante a crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19.

Um aspecto relevante, neste estudo, foi o nível de escolaridade dos respondentes. 45,7% possuem mestrado; 20,8% doutorado; 17,5% graduação; e 16% especialização. É importante, pois, considerar que os resultados, deste estudo, foram influenciados por uma

série de fatores. Entre eles, o perfil dos respondentes, uma vez que esse perfil revela nível superior de educação formal, ou seja, a maioria dos respondentes está ou esteve vinculada a faculdades e universidades.

Os comportamentos e valores informacionais em saúde, desses respondentes, puderam, portanto, estar relacionados com o nível superior de educação formal, que conferiu a eles possibilidades mais amplas de acesso à informação e a fontes de informação. Possivelmente, a relevância e confiança atribuídas às fontes formais de informação puderam também estar relacionadas com esse nível de educação formal, que salienta a importância da origem das fontes de informação.

Esses elementos reforçam a necessidade de estudos, que possam investigar a influência do nível educacional no uso de fontes de informação.

Desse modo, cabe-se reconhecer que a amostra, deste estudo, possui um viés considerável de respondentes com alto nível educacional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O acesso a fontes de informação confiáveis, relevantes e de qualidade, demanda a seleção de informações úteis e o reconhecimento de notícias falsas. Torna-se, pois, fundamental a capacidade de filtrar informações, fazer julgamentos críticos sobre a sua validade e formar opiniões pertinentes sobre suas implicações (Shafik, 2021).

Em cenários de crise, como o da pandemia de COVID-19, buscar, avaliar e usar informações para a tomada de decisões em saúde, requer competências e habilidades, que possibilitem acessar informações e fontes de informação de maneira eficaz e que respondam às demandas cotidianas frente às incertezas e necessidades de mudanças.

Os comportamentos e valores informacionais influenciam, diretamente, a maneira como as pessoas usam as informações (Marchand; Kettinger; Rollins, 2001). Além disso, o contexto tem papel fundamental no entendimento das motivações e do comportamento dos usuários da informação (Pettigrew; Fidel; Bruce, 2001). Desse modo, acredita-se que os comportamentos e valores informacionais influenciam, diretamente, a maneira como as pessoas usam as informações e fontes de informação.

Formulou-se, para esta pesquisa, a tese de que o efeito cumulativo da proatividade em relação à informação, transparência e formalidade quanto ao uso da informação, integridade da informação, monitoramento, compartilhamento e uso da informação forma uma base para o estabelecimento de comportamentos e valores informacionais adequados, no que se refere ao uso eficaz de informações e fontes de informação em saúde.

A partir dessa proposição, este estudo teve como objetivos identificar, no contexto da pandemia de COVID-19, os comportamentos e valores informacionais em saúde, as diferenças nos comportamentos e valores informacionais de homens e mulheres, a frequência com que as pessoas usaram as informações, bem como a relevância e confiança atribuídas às informações e fontes de informação acessadas e/ou recebidas.

O objetivo primordial do presente estudo foi contribuir para a compreensão dos comportamentos e valores informacionais em saúde de residentes do Brasil, no cenário de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19, explicitando as fontes de informação utilizadas neste contexto. Utilizou-se o modelo CVIS (2021), elaborado pela autora a partir de elementos de quatro modelos: o modelo CVI de Marchand, Kettinger e Rollins (2001); os componentes “esclarecimento, instrumental, confirmativo e motivacional” do instrumento de classificação de uso da informação, de Taylor (1996); os componentes

necessidade, busca e uso da informação do modelo de uso da informação, de Choo (2006); e os componentes do modelo *Everyday Life Information* (ELIS), de Savolainen (1995).

O modelo CVIS (2021), elaborado e aplicado, nesta pesquisa, buscou contribuir para explicitar e analisar os comportamentos e valores informacionais em saúde no cenário brasileiro decorrente da pandemia de COVID-19.

Comportamentos e valores informacionais em saúde podem ser compreendidos como o conjunto de manifestações comportamentais e valores evocados para se tomarem decisões em saúde com base em informações, resultando no uso ou não de determinadas informações e fontes de informação. Esses comportamentos e valores podem ser evidenciados, através da manifestação de sete dimensões relativas ao uso efetivo da informação: proatividade em relação à informação; transparência quanto ao uso da informação; integridade da informação; compartilhamento da informação; monitoramento da informação; formalidade quanto ao uso da informação; e uso da informação.

O objetivo geral, desta pesquisa, foi alcançado. Foram analisados os comportamentos e valores informacionais em saúde referentes ao cenário brasileiro de crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19.

De acordo com a tese formulada e pelos resultados obtidos, na pesquisa, notou-se que, no seu conjunto, os respondentes apresentaram comportamentos e valores informacionais adequados no que se refere à saúde, no cenário brasileiro, durante a pandemia de COVID-19. Afinal, bons ou maus, adequados ou não, as pessoas se comportaram e adotaram valores relativos à informação. Notou-se também que múltiplas fontes e canais de informação foram utilizados por elas em seus ambientes familiar, profissional e social para tomarem decisões sobre saúde. Puderam ser, portanto, verificados comportamentos e valores informacionais em saúde adequados, no que se refere à busca, avaliação e uso da informação.

No que diz respeito aos **comportamentos e valores informacionais em saúde**, os resultados demonstraram a predominância do valor informacional ‘integridade da informação’, uma vez que, no contexto de uma crise sanitária, obter informações verdadeiras e não distorcidas é fator crucial para a tomada de decisões em saúde. Os dados obtidos, através deste estudo, também evidenciaram a relevância atribuída ao uso das informações, para se compreender o cenário pandêmico, bem como para se comparar e decidir em qual ou em quais informações confiar e de qual delas se utilizar para melhor cuidar da saúde.

No que se refere à integridade da informação, é importante reconhecer que notícias falsas e desinformação não são mecanismos simples de serem identificados. A *infodemia* dificulta a localização de fontes idôneas e orientações confiáveis de modo geral e pode afetar os processos de tomada de decisões, quando se esperam respostas imediatas e não se dedica tempo suficiente para analisar, cuidadosamente, as evidências (OPAS, 2020). É importante também reconhecer que o instrumento de pesquisa utilizado, neste estudo, foi incapaz de alcançar uma medida real para mensurar a percepção dos respondentes, no que diz respeito à integridade da informação, uma vez que esta percepção envolve diversas questões, tais como fatores políticos e socioculturais relativos ao nível educacional e ao acesso a informações e fontes formais de informação dos mesmos.

O comportamento proativo, em relação às informações sobre a COVID-19, demonstrou preocupação dos participantes do estudo em entender a doença e sua dinâmica e em utilizar informações para cuidar da própria saúde. Ao lado da importância dada às informações sobre a COVID-19, disponibilizadas nos canais de informação, nas mídias e redes sociais, as informações acessadas e/ou recebidas auxiliaram a tomada de decisões em saúde e influenciaram os hábitos de higiene pessoal nos ambientes familiares, de trabalho e públicos. A confiança das pessoas em fontes formais de informação salientou a relevância dessas fontes durante a crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. Observou-se que as equipes dos núcleos de pesquisas científicas e as equipes de trabalho das linhas de frente da área de saúde pública e coletiva, em parceria com os meios de comunicação, convergiram esforços para divulgar informações sobre como cuidar da saúde, especialmente, em contextos adversos na saúde pública e coletiva. Nota-se, pois, que os comportamentos e valores informacionais determinam como as pessoas lidam com a informação e que a importância dada a esta influencia suas práticas informacionais e a tomada de decisões em saúde.

Acredita-se que os comportamentos e valores informacionais foram influenciados, entre outros elementos, pelo nível de educação formal dos respondentes, uma vez que a educação formal pode exercer influência em suas práticas informacionais e conferir-lhes amplas possibilidades de acesso à informação e a fontes de informação. Esses elementos sugerem a necessidade de estudos, que possam investigar a influência do nível educacional nos comportamentos e valores informacionais e no uso de fontes de informação.

Sob uma perspectiva teórico-metodológica, merece destaque o fato de os comportamentos e valores informacionais poderem ser examinados como uma base relevante, para explorar e ampliar pesquisas tanto nas Ciências da Informação e Comunicação quanto nas demais áreas, que estudam o comportamento humano.

Ampliar a compreensão sobre os comportamentos e valores informacionais é um tópico importante, para se entenderem as motivações e as atividades informacionais dos indivíduos. Desse modo, é possível explorar ações de apoio e orientação às pessoas em seus processos decisórios, no âmbito da saúde e em suas mais diversas esferas de atuação.

Quanto ao objetivo de verificar **diferenças entre homens e mulheres nos comportamentos e valores informacionais em saúde**, os resultados, deste estudo, mostraram diferenças na busca, avaliação e uso de informações e fontes de informação. Esse é um tópico, que merece investigações, pois o estudo de busca, uso e processamento de informações, sob a ótica da variável gênero, pode produzir melhor compreensão do contexto cognitivo e social desses agentes. Essa compreensão, por sua vez, pode auxiliar na concepção de políticas, sistemas e serviços de informação sensíveis à disparidade de gênero no que diz respeito aos comportamentos e valores informacionais.

O objetivo de verificar as fontes de informação utilizadas durante a pandemia de COVID-19, também foi alcançado. Foram identificadas a frequência de uso das fontes de informação, bem como a confiança e relevância atribuídas a essas fontes. Outras fontes e canais de informação e comunicação, acessados nos diversos contextos brasileiros, durante a crise sanitária, foram verificados por meio de entrevistas semiestruturadas.

Quanto à **frequência de uso das fontes de informação**, os resultados mostraram constante acesso a diversas fontes de informação durante a crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. Os dados obtidos, por meio da aplicação do questionário, evidenciaram frequência diária de acesso às redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter*, etc.) e aos canais de televisão. Notou-se, portanto, a importância desses meios de comunicação como fontes de informação durante a pandemia. As redes e mídias sociais, canais e mídias digitais são muito relevantes em um mundo conectado. Nesse sentido, acredita-se que as redes, canais e mídias deveriam ser melhor investigadas, com vistas ao melhor entendimento de suas especificidades e dinâmicas de apresentação, disseminação e compartilhamento de informações nesses ambientes virtuais.

Quanto aos canais de televisão, notou-se a importância crucial desse meio de comunicação tradicional, em especial, durante uma crise sanitária, na divulgação de

informações e conhecimentos para esclarecer e orientar a população. Esse meio contribuiu de maneira decisiva para o processo de conscientização das pessoas, auxiliando-as, desse modo, à tomada de decisões em saúde.

O acesso frequente às fontes pessoais de informação (familiares, amigos e/ou colegas) pôde ter ocorrido não só pelo elevado nível de atenção relativo à busca de informações sobre COVID-19, mas também como reflexo das orientações sobre a importância do distanciamento social, ocasionando preocupações relativas à saúde dos familiares, amigos e/ou colegas.

A maioria dos respondentes buscou informações sobre COVID-19 em diversas fontes de informação, especialmente, acessando redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.), os canais de televisão, os familiares, amigos e/ou colegas; jornais e/ou revistas, os mecanismos de busca na *Internet (Google, Yahoo, Bing, por exemplo)*, as universidades, a OMS e os artigos científicos.

As fontes de informação menos acessadas foram as emissoras de rádio, hospitais e postos de saúde, ANVISA e o Ministério da Saúde Brasileiro. Em um contexto de crise sanitária de interesse internacional, a disponibilização de informações, nas mais diversas fontes de informação, revelou-se fundamental, pois possibilitou o acesso a variados sistemas e ambientes informacionais, facilitando a busca de informações em saúde.

Ao disponibilizar conteúdos relevantes e úteis, que podem ser comparados e confrontados, esses ambientes informacionais podem contribuir para o esclarecimento de tópicos referentes à saúde pública e coletiva, bem como orientar acerca da adesão aos protocolos de segurança durante uma pandemia.

A esse propósito, Jonhson (2015) aponta que uma estratégia viável, que envolve a busca de informações em saúde, é a realização de programas de treinamento que possibilitem a conscientização das pessoas sobre as fontes de informação, como usá-las e quais são as fontes mais apropriadas. Nesse sentido, pesquisadores e autoridades competentes das áreas de Saúde Pública e Coletiva podem contribuir ao orientar a população sobre como acessar e utilizar as mais diversas fontes de informação.

O desafio é, portanto, desenvolver estratégias eficazes de comunicação, que forneçam ao público, em geral, informações capazes de orientar, objetivamente, a tomada de decisões em saúde e inculcar os comportamentos desejáveis em crises sanitárias. Nesse sentido, compartilhar informações baseadas em evidências sobre COVID-19 e outras possíveis pandemias, orientar o público sobre como detectar informações falsas e distorcidas, é essencial, uma vez que, durante a pandemia de COVID-19, observou-se a

disseminação da desinformação e de informações falsas por meio de diversos canais, mídias e redes sociais.

É necessário reconhecer que as fontes de informação focalizadas, neste estudo, não são categorias, mutualmente, excludentes, uma vez que todas podem ser acessadas por intermédio da *Internet*. No entanto, considerar que essas fontes são detentoras não apenas de origens, mas também de conteúdos de diferentes naturezas, é fundamental para ampliar o entendimento das especificidades de cada fonte de informação. É preciso reconhecer também que os mecanismos de busca na *Internet* são abrangentes e, nesse sentido, nota-se a importância de investigar suas dinâmicas de acesso e navegação.

Um tópico que pode ser melhor investigado é se, e como, a idade das pessoas influencia no acesso a determinadas fontes de informação e quais categorias de fontes de informação são mais acessadas de acordo com a idade dos usuários da informação. Esses elementos podem ajudar na configuração de conteúdos sobre saúde de acordo com o perfil dos usuários, de modo a facilitar a compreensão e adesão aos protocolos de saúde pública e coletiva estabelecidos pelas autoridades competentes.

Sob uma perspectiva teórico-metodológica, as fontes de informação podem ser exploradas como base relevante para ampliar pesquisas nas Ciências da Informação e Comunicação. Reconhecer que a busca de informações está cada vez mais focada nas redes sociais, canais e mídias digitais, é importante, porque só faz ampliar as investigações e expandir a compreensão das experiências dos usuários da informação nesses contextos. Aprofundar, portanto, a compreensão das dinâmicas específicas dessas redes, canais e mídias, é relevante para entender as práticas informacionais e o comportamento de busca de informações nas mais variadas fontes de informação.

No que se refere à **confiança em fontes de informação**, os resultados demonstraram confiança predominante nas fontes formais de informação sobre COVID-19. Os dados, obtidos por meio da aplicação do questionário, evidenciaram confiança nas instituições especializadas em saúde pública, tais como a OMS, a ANVISA, hospitais e postos de saúde e nas fontes de informação geradoras de informação e conhecimento científico, tais como universidades, artigos científicos, jornais e/ou revistas.

Desse modo, notou-se a importância de se estabelecer comunicação eficaz entre essas esferas e o Ministério da Saúde Brasileiro, para melhor responder às demandas decorrentes do contexto pandêmico e divulgar informações relevantes à população em geral.

Nesse quesito, acredita-se que os canais de televisão e as emissoras de rádio podem ser meios de comunicação eficazes e abrangentes, ao contribuir no esclarecimento da população através da divulgação de informações confiáveis e relevantes sobre crises sanitárias decorrentes de uma pandemia.

Com relação aos amigos e/ou colegas, familiares, aos mecanismos de busca na *Internet* e às redes sociais, percebeu-se a necessidade de melhor entendimento das dinâmicas dessas fontes, para se extraiam possibilidades de atuação, dessas esferas, durante contingências relativas à saúde pública e coletiva.

Em um mundo conectado, as redes sociais e mídias digitais apresentam relevância nesse contexto. Considerar, portanto, o aperfeiçoamento na divulgação e disseminação de informações confiáveis e relevantes, nesses meios de comunicação, torna-se papel importante na construção de ambientes informacionais seguros e confiáveis.

Sob uma perspectiva teórica, é necessário reconhecer que, devido ao crescimento da *Internet*, a questão da credibilidade e da confiança na informação têm demandado um entendimento mais profundo sobre o que significa confiança, credibilidade e autoridade cognitiva de fontes de informação, especialmente, quando o assunto envolve a saúde da população (Avery, 2010).

Conforme Rieh (2010), ao reconhecerem que, na *Internet*, são escassas as garantias de qualidade da informação, as pessoas tendem a procurar apoio em múltiplas fontes de informação. Nesse contexto, o conceito de autoridade cognitiva da fonte adquire grande relevância. Essa autora argumenta que uma fonte pessoal é considerada possuidora de alto grau de autoridade cognitiva, quando ela possui conhecimento, experiência e educação. É importante acrescentar que não apenas pessoas, mas também livros, filmes, jornais, instituições e outras fontes de conhecimento podem ser agentes portadores de autoridade cognitiva. É o caso, também, dos chamados influenciadores digitais (ZOU *et al.*, 2020).

Do ponto de vista prático, os resultados do presente estudo evocaram a importância de desenvolver, na população geral, maiores níveis de competência quanto ao acesso e análise da informação veiculada nas diversas fontes, em especial nas fontes digitais. Essa competência é baseada nos conceitos de competência informacional em saúde e mídia e, de acordo com Sentell, Vamos e Okan (2020), ela se refere à capacidade do indivíduo de buscar, compreender e avaliar informações a partir de recursos eletrônicos para a tomada de decisões em saúde.

Quanto à **relevância atribuída às fontes de informação**, o nível de relevância imputado às fontes pode estar, intimamente, relacionado aos valores informacionais, ou seja, aos valores relativos à informação, em específico, no que diz respeito à integridade da informação, formalidade e à transparência quanto ao uso da informação, ao compartilhamento da informação e à proatividade em relação à informação.

Buscar melhor compreensão de como os indivíduos avaliam, em um cenário de emergência em saúde pública e coletiva, a relevância dos canais e das fontes de informação disponíveis, quando expostos e confrontados com um fluxo intenso de informações, pode ser uma base para ampliar o entendimento da dinâmica informação, fontes de informação e uso eficaz da informação.

Os resultados demonstraram relevância predominante das fontes formais e institucionais de informação sobre COVID-19. Os dados obtidos, através deste estudo, evidenciaram a relevância das instituições especializadas em saúde pública e coletiva, tais como a OMS, a ANVISA, os hospitais, postos de saúde e o Ministério da Saúde Brasileiro. Sob esse aspecto, destacaram-se também as fontes de informação geradoras de informação e conhecimento científico, tais como os artigos científicos e as universidades, bem como os canais tradicionais de comunicação - os jornais e/ou revistas, e os canais de televisão. Destaca-se, portanto, a necessidade de se estabelecer cooperação eficaz entre organizações, instituições, mídias e canais de comunicação para melhor responder às demandas decorrentes de situações de crises sanitárias.

A relevância dada às informações, oriundas dessas instituições e canais de comunicação, revelou igualmente a importância crucial delas na geração, divulgação e comunicação de informações para a tomada de decisões em saúde, especialmente, em situações contingenciais como a crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. Além disso, a existência de canais de comunicação científica, com linguagem acessível à população em geral, é uma questão relevante nesse processo.

Sob essa perspectiva, profissionais das Ciências da Informação e Comunicação podem realizar papel preponderante, nessa intermediação, desenvolvendo estratégias e mecanismos de comunicação de informações técnico-científicas em linguagem acessível para a população em geral, onde ela possa receber e acessar conteúdos informativos em saúde. Uma possibilidade inicial seria gerar conteúdos informativos, através dos canais institucionais e disponibilizá-los via redes sociais, de modo que a população possa acessar e/ou receber essas informações, seja por meio das redes sociais de contato pessoal, seja através das redes sociais virtuais. Campanhas de conscientização, feitas para checagem

de informações e orientações quanto ao uso de fontes de informação, também podem ser iniciativas interessantes e promissoras.

O objetivo de verificar outras fontes e canais de informação e comunicação acessados nos diversos contextos brasileiros, durante a crise sanitária, foi alcançado por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados das entrevistas mostraram que a busca de informações sobre COVID-19 se deu através de diversos canais e fontes formais e informais de informação.

O referencial teórico, que embasou a etapa qualitativa desta pesquisa, foi o modelo de Savolainen (1995) – *Everyday Life Information Seeking* (ELIS) que, em síntese, se concentra na aquisição de vários elementos informacionais que as pessoas empregam para se orientar na vida cotidiana ou para resolver problemas, que podem estar associados a várias áreas da vida cotidiana como, por exemplo, consumo e cuidados com a saúde. Compreender os recursos informacionais, acessados pelas pessoas para tomarem decisões em saúde, é fundamental para a investigação de fontes de informação formais e informais, institucionais ou não.

As mídias digitais de informação e comunicação tiveram destaque. Elas foram, prioritariamente, acessadas - via boletins e canais de notícias, mecanismos de busca na *Internet* (*Bing e Google*) e redes sociais virtuais (*YouTube, WhatsApp, Instagram, Twitter, Facebook e Podcast*). Nota-se, pois, a importância de se ampliarem estudos sobre essas mídias para compreender, adequadamente, suas dinâmicas de funcionamento e seus impactos.

Instituições, como a OMS, MSB, ANVISA, FIOCRUZ, Instituto Butantan e as universidades, tiveram papel relevante durante a pandemia de COVID-19. A busca de informações, nessas instituições, revelou-se importante para auxiliar a tomada de decisões em saúde. Desse modo, esses dados reforçaram a importância de se desenvolver a comunicação eficaz entre esses órgãos e os meios de comunicação tradicionais e atinar para a relevância das fontes institucionais e científicas de informação como plataformas para esclarecer, orientar e divulgar, informações com base em evidências científicas.

Os canais de televisão e emissoras de rádio são mídias tradicionais, que tiveram papel fundamental na divulgação de informações para a população geral. As mídias tradicionais foram, amplamente, utilizadas. Observou-se, portanto, a importância da divulgação, via mídias tradicionais, de informações de natureza científica que impactaram, diretamente, a vida cotidiana das pessoas.

As fontes pessoais de informação, embora acessadas, foram as menos buscadas como fontes de informação sobre COVID-19. Os dados mostraram que familiares, amigos e/ou colegas, que atuavam na área da saúde, foram acessados em busca de orientações e tratamentos médicos mais utilizados e/ou sugeridos no momento.

As redes sociais virtuais e mídias digitais apresentaram relevância como fontes de informação em um mundo conectado. Considerar, pois, a promoção na seleção, divulgação e disseminação de informações relevantes e confiáveis, nesses meios de comunicação, tornou-se crucial na construção de ambientes informacionais seguros e confiáveis.

Os dados também revelaram a busca de informações sobre COVID-19 por meio do acesso via *Internet* a especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins. Os especialistas foram acessados por meio das mídias e redes sociais virtuais (*YouTube, Instagram, Twitter, Facebook* etc.). Ter acesso a autoridades, em áreas específicas que envolvam a saúde, mostrou-se de suma importância para que os entrevistados pudessem avaliar e tomar as medidas preventivas de saúde durante essa pandemia, bem como obter informações baseadas em evidências sobre a COVID-19.

A busca de informações sobre COVID-19, assim como a busca por compreensão do contexto pandêmico no Brasil também foram feitas por meio de agentes multiplicadores de informação. Agentes comunitários (lideranças locais etc.), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes Indígenas de Saúde (AIS) foram fontes importantes de informação sobre a COVID-19. Influenciadores digitais, formadores de opinião, profissionais das áreas de informação e comunicação ativos, nas mídias e redes sociais virtuais, também foram fontes e canais de informação considerados relevantes e utilizados pelos entrevistados.

Destaca-se a necessidade e relevância de ampliar a compreensão da ação de especialistas das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e áreas afins, bem como de agentes multiplicadores de informação para uma melhor atuação deles no que diz respeito à influência quanto à adesão aos protocolos de segurança e às demandas informacionais oriundas de situações de crise, como a pandemia decorrente da COVID-19.

A preferência dada às mídias tradicionais e digitais revelou igualmente a relevância de fontes e canais de informação e comunicação com linguagem acessível à população geral, em especial, nesse contexto pandêmico.

Sob essa perspectiva, considera-se essencial, para a produção efetiva de conhecimento em saúde, que profissionais da Saúde, Comunicação Social, Ciências da Informação e Comunicação criem interfaces com o objetivo de promover de forma mais efetiva a interação entre as instituições e a sociedade, elaborando estratégias de comunicação de informações técnico-científicas em linguagem acessível para a população como um todo, possibilitando-lhe o acesso a informações sobre saúde e, conseqüentemente, a produção de conhecimento por meio de informações seguras.

Sob uma perspectiva teórico-metodológica, merece atenção o fato de o estudo de uso de fontes de informação poder ser examinado como uma base relevante para explorar e ampliar pesquisas, nas Ciências da Informação e Comunicação, quanto nas demais áreas que se interessam por fontes e canais de informação formais e informais, bem como para explorar possibilidades de suporte, apoio e orientação às instituições e aos usuários da informação em seus processos decisórios, tanto no âmbito da saúde quanto nas diversas áreas do conhecimento.

As perspectivas sobre a temática, comportamentos e valores informacionais salientaram a importância de investigar e explorar esses conceitos para melhor compreendê-los nos diversos contextos pessoais, profissionais, sociais e, especialmente, em cenários de crise e em situações, que envolvam riscos à saúde. Espera-se, pois, que a presente tese contribua para o avanço de estudos na linha de pesquisa em Gestão & Tecnologia da Informação e Comunicação (GETIC), do Programa de Pós-Graduação em Gestão & Organização do Conhecimento, da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Visando ampliar pesquisas e aprofundar os achados, deste estudo, recomendam-se pesquisas futuras relativas aos comportamentos e valores informacionais em diversos contextos organizacionais, sociais e culturais, bem como a ampliação em estudos sobre canais e fontes de informação formais e informais, em especial, no que se refere aos especialistas multiplicadores de informação e os mais variados agentes multiplicadores de informação, buscando analisar suas implicações nas redes sociais virtuais e de contato pessoal, para compreender a sua influência na promoção da literacia em saúde e de habilidades informacionais da população geral brasileira.

Por fim, é preciso reforçar a necessidade de estudos, que possam investigar a influência do nível educacional no uso de fontes de informação e na percepção de confiança e relevância atribuídas às fontes e canais de informação, pois os comportamentos e valores informacionais em saúde dos respondentes, desta pesquisa,

podem estar relacionados com o nível de educação formal, que confere a eles possibilidades mais amplas de acesso à informação e a fontes de informação. Possivelmente, a relevância e confiança atribuídas às fontes de informação podem estar relacionadas com esse nível de educação formal, que salienta a importância da origem das fontes de informação.

Desse modo, cabe reconhecer a limitação desta pesquisa, que não pode ser generalizada para a população geral brasileira, pois a amostra, deste estudo, possui um viés considerável de respondentes com alto nível educacional.

REFERÊNCIAS

- ALI, Muhammad Yousuf; GATITI, Peter. The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: reflections on the roles of librarians and information professionals. *Health Information and Libraries Journal*, v. 37, n. 2, p. 158–162, jun. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hir.12307>>. Acesso em: 09 jun. 2020.
- ALTMAN, D.G. *et al.* *Statistics with confidence*. 2 ed. BMJ Books, 2000.
- EVERY, E. J. The role of source and the factors audiences rely on in evaluating credibility of health information. *Public Relations Review*, v. 36, n. 1, p. 81–83, 1 mar. 2010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0363811109001945>. Acesso em: 02.mar. 2022.
- BARBOSA, R.R.; GONÇALVES, C.C. Comportamentos e valores informacionais em uma empresa do setor de transporte aéreo brasileiro. *Perspectivas em Ciência da Informação*, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 56-74, set. 2017. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/2738/1967>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- BAZÁN, P.R.; *et al.* COVID-19 information exposure in digital media and implications for employees in the health care sector: findings from an online survey. *Einstein*. São Paulo, 2020;18:eAO6127. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6127. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/8p3ynzmMCgLyWVWSX3KFLck/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 07 fev. 2021.
- BIREME. Guia da BVS 2005. Disponível em: <<http://red.bvsalud.org/modelo-bvs/wp-content/uploads/sites/3/2016/05/Guia-da-BVS-de-2005.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- BRUCE, C. The seven faces of information literacy. Adelaide: AUSLIB Press, 1997. Information Literacy (IL), IL definitions and models, 2013. Disponível em: <<http://www.informationliteracy.org.uk/information-literacy-definitions/>>. Acesso em: 05 abr. 2020.
- BRUCE, H. Personal anticipated information need. *Information Research*, 10(3), 2005. Disponível em: <<http://informationr.net/ir/10-3/paper232.html>>. Acesso em: 03 abr. 2020.
- BUCKLAND, M. Information as thing. *Journal of the American Society for Information Science*, 42(5), June, 1991, 351. Disponível em: <<http://ppggoc.eci.ufmg.br/downloads/bibliografia/Buckland1991.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2020.
- CARTER, M. P. A methodology for the economic appraisal of management information. *International Journal of Information Management*, 6(4): 193-201; 1986.
- CASE, D. O.; GIVEN, L.M. *Looking for Information: A Survey of Research on Information Seeking, Needs, and Behavior*. 4^a ed. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited, 2016.

CASERO-RIPOLLÉS, Andreu. “Impact of Covid-19 on the media system. Communicative and democratic consequences of news consumption during the outbreak”. *El profesional de la información*, v. 29, n. 2, e290223, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.23>>. Acesso em: 09 jun. 2020.

CASERO-RIPOLLÉS, Andreu. Research on political information and social media: Key points and challenges for the future. *El profesional de la información*, v. 27, n. 5, pp. 964-974, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.3145/epi.2018.sep.01>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CHOO, C. W. *A Organização do Conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões*. São Paulo: SENAC, 2006.

CHOO, C. W. *et al.* Information culture and information use: an exploratory study of three organizations *Journal of the american society for information science and technology*, 59(5):792–804, 2008. Disponível em: < <http://choo.fis.utoronto.ca/FIS/ResPub/JASIST2008.pdf> >. Acesso em: 06 abr. 2014.

CHONG, Y.Y. *et al.* COVID-19 pandemic, infodemic and the role of eHealth literacy. *International Journal of Nursing Studies*, v. 108, 2020. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255119/>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

DAVENPORT, T. H. *Ecologia da Informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação?* 2ª ed. São Paulo: Futura, 1998. 316 p.

DERVIN, B. An overview of sense-making research: concepts, methods and results to date. In: *International Communications Association Annual Meeting*. Dallas, Texas, 1983.

DICKENS, C. *et al.* Nurse overestimation of patient’s health literacy. *Journal of Health Communication* 18 (sup1), 62-69, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814908/>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

DRUCKER, P. F. The coming of the new organization. *Harvard Business Review* 66, january - february, 1988, p.45-53.

DURODOLU, O. O.; IBENNE, S. K. The fake news infodemic vs information literacy. *Library Hi Tech News*. [S.l.]: Emerald Group Publishing Ltd., 2020.

EK, S. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promotion International*, v.30, n.3, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23985248/>. Acesso em: 10 out. 2023.

HARMON, G. On the evolution of information science. *Journal of the American Society for Information Science*, 22, p. 235–241. 1971.

HEYMANN, D. L., SHINDO, N. (2020). COVID-19: what is next for public health? *The Lancet*, 395, 542–545. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30374-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30374-3)>. Acesso em: 16 jun. 2020.

HJØRLAND, B. What is knowledge organization (KO)? *Knowledge Organization*, 35(2), 86–101, 2008.

HJORLAND, B. Methods for evaluating information sources: An annotated catalog. *Journal of Information Science*, v. 38, n.3, p. 258-268, 2012.

HWANG, Y., KETTINGER, W. & YI, M. Personal information management effectiveness of knowledge workers: conceptual development and empirical validation. *European Journal of Information System* 24 (6), 588–606 (2015).
<https://doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1057/ejis.2014.24>. Disponível em:
<https://link-springer-com.ez27.periodicos.capes.gov.br/article/10.1057/ejis.2014.24>.
 Acesso em: 10 jun. 2023.

JARDINE, C. G. *et al.* 2015. The More the Better? A Comparison of the Information Sources Used by the Public during Two Infectious Disease Outbreaks. *PLOS ONE* 10:10, e0140028. Disponível em:
 <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?type=printable&id=10.1371/journal.pone.0140028>>. Acesso em: 25 de mai. 2020.

JONES, W. Personal information management. *Annual Review of Information Science and Technology*, 41,453–504, 2007.

JOHNSON, J. D. The seven deadly tensions of health-related human information behavior. *Informing Science: the International Journal of an Emerging Transdiscipline*, 18, 225-234, 2015. Disponível em: < <http://www.inform.nu/Articles/Vol18/ISJv18p225-234Johnson1715.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

JOHNSON, J. D. On contexts of information seeking. *Information Processing and Management*, 39, 735-760, 2003.

JOHNSON, J. D. *Cancer-related information seeking*. Cresskill, N.J: Hampton Press; 1997.

KUHLTHAU, C. C. Inside the search process: information seeking from the user's perspective. *Journal of the American Society for Information Science*, New Jersey, v. 42, n. 5, p. 361-371, June, 1991. Disponível em:
<https://asistdl.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291097-4571%28199106%2942%3A5%3C361%3A%3AAID-ASI6%3E3.0.CO%3B2-%23>.
 Acesso em: 25 mai. 2023.

KUNDU, D.K. Models of Information Seeking Behaviour: a comparative study. *International Journal of Library and Information Studies*, vol. 7 (4) oct-dec, 2017. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4289303. Acesso em: 19 mai. 2023.

LANCASTER, F. W. O currículo da Ciência da Informação. *Revista de Biblioteconomia de Brasília*, Brasília, v. 17, n.1, p. 01-05, jan./jun. 1989.

MARCHAND, D. A.; KETTINGER, W. J.; ROLLINS, J. D. *Information orientation: the link to business performance*. Nova York: University Oxford, 2001. 314 p.

MISHEL, M.H. Uncertainty in illness. *Image: J. Nurs Scholarsh*, 1988; 20: 225-232.

- NAEEM, S. B.; BHATTI, R. The Covid-19 ‘infodemic’: a new front for information professionals. 2020, *Health Libraries Group Health Information & Libraries Journal*. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hir.12311>>. Acesso em: 04 jul. 2020.
- NAZIONE, S.; PERRAUT, E.; PACE, K. Impact of Information Exposure on Perceived Risk, Efficacy, and Preventative Behaviors at the Beginning of the COVID-19 Pandemic in the United States. *Health Communication*, v. 36, n.1, p. 23-31, 2021.
- OLIVEIRA, E. F. T. de; FERREIRA, K. E. Fontes de informação online em arquivologia: uma avaliação métrica. *Biblios*, Rio Grande do Sul, v.23, n.2, p.69-76, 2009.
- OLIVER, G. Information culture: exploration of differing values and attitudes to information in organisations. *Journal of Documentation*, v. 64, n. 3, p. 363–385, 2008. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/00220410810867588/full/html> Acesso em: 01 mar. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054>. Acesso em: 01 out.2023.
- PARK, T. *et al.* Information seeking during the COVID-19 pandemic: Application of the risk information seeking and processing model, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 19, Issue 6, 2023, p. 956-964. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741123001006>. Acesso em: 19. mai.2023.
- PETTIGREW, K. E.; FIDEL, R.; BRUCE, H. Conceptual frameworks in information behavior. *Annual Review of Information Science and Technology*, v. 35, p. 43-78, 2001.
- REPO, A. J. The value of information: approaches in economics, accounting, and management science. *Journal of the American Society for Information Sciences*, March 1989.
- RIEH, S. Y. Judgment of information quality and cognitive authority in the Web. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, v. 53, n. 2, p. 145–161, 2002. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/asi.10017>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- RIEH, S. Y. Credibility and cognitive authority of information. *Encyclopedia of Library and Information Sciences*, v.1., n.1, p. 1337-1334. Disponível em: <http://www.informaworld.com>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- ROBALINHO, M.; BORGES, S.; PÁDUA, A. Dráuzio Varella e Atila Iamarino: uma análise dos canais do YouTube dos influenciadores digitais como fontes de informação na pandemia da COVID-19. *Comunicação & Inovação*, São Caetano do Sul, v.21, n.47, p.22-38, 2020. Disponível em:

https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_comunicacao_inovacao/article/view/729
8. Acesso em: 30 set. 2023.

RODRIGUES *et al.* Divulgação de informações sobre higiene e mudança de hábitos durante a pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 10, n.1, e30910111739, 2021 (CC BY 4.0). Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11739>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SARACEVIC, T. Ciência da Informação: origem, evolução e relações. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jul. 1996. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/235/22>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SAVOLAINEN, R. Everyday life information seeking: Approaching information seeking in the context of “way of life”, *LISR*, v.17, p. 259-294. 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0740818895900489>. Acesso em: 10 mai. 2020.

SAVOLAINEN, R. Everyday Life Information Seeking. In: *Encyclopedia of Library and Information Sciences*, Third Edition, p. 1780-1789, 2010.

SENTELL, T.; VAMOS, S.; OKAN, O. Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the world: More important than ever in a time of covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 9, 2020. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/3010/htm>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

SHAFIK, M. *Cuidar uns dos outros: um novo contrato social*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2021.

SORRENTINO, R. M. *The role of conscious thought in a theory of motivation and cognition: The uncertainty orientation paradigm*. In Gollwitzer P M, Bargh J A eds. *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behaviour*. USA: Guilford Press. 1996: 619-44.

SORRENTINO, R. M.; RONEY, C. J. R. *The Uncertain Mind: Individual Differences in Facing the Unknown*. London: Psychology Press. 2000.

SORRENTINO, R. M.; SHORT, J. C. Uncertainty orientation, motivation, and cognition. In: SORRENTINO R. M., Higgins E T eds. *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*. New York: Guilford Press. 1986 Vol. 1: 379-03.

STEINEROVÁ, J.; Šušol, J. Users’ information behaviour – a gender perspective. *Information research*, v.12, n.3, April, 2007. Disponível em:
<https://informationr.net/ir/12-3/paper320.html>. Acesso em: 03 out. 2023.

TAYLOR, R. S. *Information Use Environments*. In: AUSTER, E.; CHOO, C.W. (Eds.). *Managing information for the competitive edge*. New York: Neal – Schuman, 1996, p. 93-135.

THE LANCET INFECTIOUS DISEASES. The COVID-19 infodemic. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, Issue 8, 2020, p. 875. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez27.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S147330992030565X>. Acesso em: 08 jun. 2023.

TODD, R. J. Back to our beginnings: Information utilization, Bertram Brookes and the fundamental equation of information science. *Information Processing and Management*, 35, 851-870, 1999.

TORRES-SALINAS, D. Ritmo de crecimiento diario de la producción científica sobre Covid-19. Análisis en bases de datos y repositorios en acceso abierto. *El profesional de la información*, v. 29, n. 2, e290215, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.15>>. Acesso em: 09 jun. 2020.

VALENTIM, M. L. P.; MOLINA, L. G. Prospecção e monitoramento informacional no processo de inteligência competitiva. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, Florianópolis, p. 59-77, jan. 2004. ISSN 1518-2924. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2004v9nesp1p59>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2003. 96 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>>. Acesso em: 10 mai. 2020.

WILSON, T.D. Information Behaviour: An Interdisciplinary Perspective. *Information Processing and Management*, v. 33, n.4, p. 551-72, 1997. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez27.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0306457397000289?via%3Dihub>. Acesso em: 26 mai. 2023.

WILSON, T. D. Human information behavior. *Informing Science*, v.3, p. 49–56, 2000. Disponível em: <https://inform.nu/Articles/Vol3/v3n2p49-56.pdf>. Acesso em 07 mar. 2022.

WILSON, T.D. On user studies and information needs. *Journal of Librarianship*, v.37, n.1, p.3-15, 1981. Disponível em: <http://informationr.net/tdw/publ/papers/1981infoneeds.html>. Acesso em: 11 out.2007.

YI, Y. J.; STVILIA, B.; MON, L. Cultural influences on seeking quality health information: An exploratory study of the Korean community. *Library and Information Science Research*, v. 34, n. 1, p. 45–51, jan. 2012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740818811000910>. Acesso em: 03 mar. 2022.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

YIN, R. K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZANCHETTA, M. S. A incerteza e o comportamento de busca de informação em saúde. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 4, nº 2 (2005). Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/issue/archive/3>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. *The Lancet*, February 29, 2020; Volume 395(ISSUE 10225):676. Disponível em:<<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930461-X>>. Acesso em: 01 de jun. 2020.

ZOU, W.; ZHANG, W. J.; TANG, L. What Do Social Media Influencers Say about Health? A Theory-Driven Content Analysis of Top Ten Health Influencers' Posts on Sina Weibo. *Journal of Health Communication*, v. 26, n. 1, p. 1–11, 2 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1865486>. Acesso em: 03mar. 2022.

BIBLIOGRAFIA

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. de. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 10. ed. rev. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2021. 250 p.

MACULAN, B. C. M. S. *Manual de normalização: padronização de documentos acadêmicos do NITEG/UFMG e do PPGCI/UFMG*. 2. ed. atual. e rev. Belo Horizonte: UFMG, 2011. E-Book. ISBN 978-85-914076-0-6. Disponível em: <http://www.eci.ufmg.br/normalizacao>. Acesso em: 16 nov. 2022.

APÊNDICE A – Identificação dos componentes das dimensões dos comportamentos e valores informacionais em saúde

Comportamentos e valores informacionais em saúde			
Dimensão	Definição	Nº da questão	Enunciado da questão no questionário
Proatividade em relação à informação	Preocupação ativa em obter e aplicar novas informações para responder a mudanças e promover a tomada de decisão em saúde.	1	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre busco informações sobre essa doença.
		2	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre utilizo as informações para cuidar da minha saúde.
Transparência quanto ao uso da informação	Receptividade para com as notícias falsas, permitindo a aprendizagem a partir delas.	3	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre utilizo minhas redes sociais para identificar notícias falsas.
		4	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre compartilho informações sobre notícias falsas para alertar minhas redes sociais.
Integridade da informação	Uso da informação de forma confiável e íntegra no nível individual, social e organizacional.	5	Sobre o Coronavírus COVID-19, nunca repasso informações reconhecidamente falsas.
		6	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre compartilho informações verdadeiras em saúde.
Compartilhamento da informação	Boa vontade em fornecer aos outros informações de forma apropriada e colaborativa.	7	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre compartilho informações com meus familiares.
		8	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre compartilho informações em saúde com meus amigos e/ou colegas.
		9	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre sei que informações em saúde compartilhar.
Monitoramento da informação	Observação, acompanhamento e avaliação de dados, informações e conhecimentos relevantes para a tomada de decisões em saúde e uso de informações no cotidiano.	10	Sobre o Coronavírus COVID-19, as informações acessadas e/ou recebidas me ajudam a identificar as notícias falsas.
		11	Sobre o Coronavírus COVID-19, as informações acessadas e/ou recebidas sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal na minha casa.
		12	Sobre o Coronavírus COVID-19, as informações acessadas e/ou recebidas sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal quando estou trabalhando.

		13	Sobre o Coronavírus COVID-19, as informações acessadas e/ou recebidas sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal quando vou ao supermercado, padaria, farmácia, por exemplo.
Formalidade quanto ao uso da informação	Tendência em usar e confiar em fontes formais (institucionalizadas) em detrimento de fontes informais (colegas, por exemplo) de informações.	14	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre busco informações nas fontes formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Hospitais e Postos de Saúde, Artigos científicos, por exemplo).
		15	Sobre o Coronavírus COVID-19, nunca uso fontes informais (amigos ou colegas, por exemplo).
		16	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre confio mais em fontes formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Hospitais e Postos de Saúde, Artigos científicos, por exemplo) do que em fontes informais (amigos ou colegas, por exemplo).
Uso da informação	Uso da informação no nível individual, social e organizacional para tomar decisões em saúde.	17	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre uso as informações para entender a pandemia.
		18	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre uso as informações para tomar as medidas preventivas durante a pandemia.
		19	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas para decidir em quais confiar.
		20	Sobre o Coronavírus COVID-19, sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para melhorar os cuidados com a minha saúde.

APÊNDICE B – Questionário aplicado – Perfil do entrevistado e questões da pesquisa sobre comportamentos e valores informacionais em saúde no cenário brasileiro de crise sanitária durante a pandemia de COVID-19.

Com que FREQUÊNCIA você usa as fontes de informação abaixo sobre COVID-19?

	Fontes de informação	Mensalmente ou nunca	Semanalmente	De duas a três vezes por semana	De quatro a seis vezes por semana	Diariamente
1.	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.</i>)	[]	[]	[]	[]	[]
2.	Amigos e/ou colegas	[]	[]	[]	[]	[]
3.	Familiares	[]	[]	[]	[]	[]
4.	Canais de televisão	[]	[]	[]	[]	[]
5.	Emissoras de rádio	[]	[]	[]	[]	[]
6.	Jornais e/ou revistas	[]	[]	[]	[]	[]
7.	Organização Mundial de Saúde (OMS)	[]	[]	[]	[]	[]
8.	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)					
9.	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	[]	[]	[]	[]	[]
10.	Hospitais e Postos de Saúde	[]	[]	[]	[]	[]
11.	Artigos científicos	[]	[]	[]	[]	[]
12.	Universidades	[]	[]	[]	[]	[]
13.	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> : <i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo.	[]	[]	[]	[]	[]

Qual o seu grau de CONFIANÇA nas fontes de informação abaixo sobre COVID-19?

	Fontes de informação	Não confiável	Pouco confiável	Confiável	Muito confiável	Extremamente confiável
1.	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.</i>)	[]	[]	[]	[]	[]
2.	Amigos e/ou colegas	[]	[]	[]	[]	[]
3.	Familiares	[]	[]	[]	[]	[]
4.	Canais de televisão	[]	[]	[]	[]	[]
5.	Emissoras de rádio	[]	[]	[]	[]	[]
6.	Jornais e/ou revistas	[]	[]	[]	[]	[]
7.	Organização Mundial de Saúde (OMS)	[]	[]	[]	[]	[]
8.	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)					
9.	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	[]	[]	[]	[]	[]
10.	Hospitais e Postos de Saúde	[]	[]	[]	[]	[]
11.	Artigos científicos	[]	[]	[]	[]	[]
12.	Universidades	[]	[]	[]	[]	[]
13.	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> : <i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo.	[]	[]	[]	[]	[]

Para você, qual o grau de RELEVÂNCIA das informações sobre COVID-19 transmitidas pelas fontes de informação abaixo?

	Fontes de informação	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	Extremamente relevante
1.	Redes sociais (<i>Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Amigos e/ou colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Canais de televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Emissoras de rádio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Jornais e/ou revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Organização Mundial de Saúde (OMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ministério da Saúde Brasileiro (MSB)					
9.	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hospitais e Postos de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Artigos científicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Universidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mecanismos de busca na <i>Internet</i> : <i>Google, Yahoo, Bing</i> , por exemplo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique o seu grau de **CONCORDÂNCIA** com os enunciados abaixo:

AFIRMATIVA		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.	Sempre busco informações sobre a COVID-19.	[]	[]	[]	[]	[]
2.	Sempre utilizo as informações sobre a COVID-19 para cuidar da minha saúde.	[]	[]	[]	[]	[]
3.	Sempre utilizo minhas redes sociais para identificar notícias falsas.	[]	[]	[]	[]	[]
4.	Sempre compartilho informações sobre notícias falsas para alertar as minhas redes sociais.	[]	[]	[]	[]	[]
5.	Nunca repasso informações reconhecidamente falsas.	[]	[]	[]	[]	[]
6.	Sempre compartilho informações verdadeiras sobre saúde.	[]	[]	[]	[]	[]
7.	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares.	[]	[]	[]	[]	[]
8.	Sempre compartilho informações sobre saúde com meus amigos e/ou colegas.					
9.	Sempre sei que informações sobre saúde devo compartilhar.	[]	[]	[]	[]	[]
10.	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudam a identificar as notícias falsas.	[]	[]	[]	[]	[]
11.	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar.	[]	[]	[]	[]	[]
12.	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente de trabalho.	[]	[]	[]	[]	[]
13.	As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal quando vou ao mercado, padaria, farmácia, por exemplo.	[]	[]	[]	[]	[]
14.	Sempre busco informações sobre a COVID-19 nas fontes de informação formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro, por exemplo).	[]	[]	[]	[]	[]
15.	Sobre a COVID-19, nunca uso fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	[]	[]	[]	[]	[]
16.	Sobre a COVID-19, sempre confio mais nas fontes de informação formais (Hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) do que em fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).	[]	[]	[]	[]	[]

17.	Sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para decidir em quais informações confiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para cuidar melhor da minha saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você estaria disposto (a) a conversar pessoalmente comigo a respeito dos resultados desta pesquisa? Se sim, informe seu e-mail para contato:						
Faça no espaço abaixo, os comentários que você julgar adequados.						

Dados sociodemográficos

1. Em qual estado do Brasil você mora?

<input type="checkbox"/>	Acre
<input type="checkbox"/>	Alagoas
<input type="checkbox"/>	Amapá
<input type="checkbox"/>	Amazonas
<input type="checkbox"/>	Bahia
<input type="checkbox"/>	Ceará
<input type="checkbox"/>	Distrito Federal
<input type="checkbox"/>	Espírito Santo
<input type="checkbox"/>	Goiás
<input type="checkbox"/>	Maranhão
<input type="checkbox"/>	Mato Grosso
<input type="checkbox"/>	Mato Grosso do Sul
<input type="checkbox"/>	Minas Gerais
<input type="checkbox"/>	Pará
<input type="checkbox"/>	Paraíba
<input type="checkbox"/>	Paraná
<input type="checkbox"/>	Pernambuco
<input type="checkbox"/>	Piauí
<input type="checkbox"/>	Rio de Janeiro
<input type="checkbox"/>	Rio Grande do Norte
<input type="checkbox"/>	Rio Grande do Sul
<input type="checkbox"/>	Rondônia
<input type="checkbox"/>	Roraima
<input type="checkbox"/>	Santa Catarina
<input type="checkbox"/>	São Paulo
<input type="checkbox"/>	Sergipe
<input type="checkbox"/>	Tocantins

2. Qual a sua ocupação?

<input type="checkbox"/>	Estudante
<input type="checkbox"/>	Professor (a)
<input type="checkbox"/>	Comerciante
<input type="checkbox"/>	Médico (a)
<input type="checkbox"/>	Enfermeiro (a)
<input type="checkbox"/>	Desempregado (a)
<input type="checkbox"/>	Aposentado (a)
<input type="checkbox"/>	Outro (favor especificar)

3. Com qual gênero você se identifica?

<input type="checkbox"/>	Mulher
<input type="checkbox"/>	Homem
<input type="checkbox"/>	Outro (favor especificar)

4. Qual é a sua idade?

<input type="checkbox"/>	Menos de 18 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 18 e 24 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 25 e 34 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 35 e 44 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 45 e 54 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 55 e 64 anos
<input type="checkbox"/>	65 anos ou mais

5. Qual o seu nível de escolaridade?

<input type="checkbox"/>	Ensino fundamental
<input type="checkbox"/>	Ensino médio ou técnico
<input type="checkbox"/>	Ensino superior
<input type="checkbox"/>	Especialização
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutorado
<input type="checkbox"/>	Outro (favor especificar)

6. Se nível superior, qual a sua área de graduação?

<input type="checkbox"/>	Administração
<input type="checkbox"/>	Biblioteconomia / Arquivologia / Ciência da Informação
<input type="checkbox"/>	Computação
<input type="checkbox"/>	Comunicação Social
<input type="checkbox"/>	Enfermagem
<input type="checkbox"/>	Engenharia
<input type="checkbox"/>	Medicina
<input type="checkbox"/>	Pedagogia
<input type="checkbox"/>	Psicologia
<input type="checkbox"/>	Outra (favor especificar)

7. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

<input type="checkbox"/>	Até um salário-mínimo (até R\$1.045,00)
<input type="checkbox"/>	De 1 a 3 salários (de R\$1.045,00 até R\$3.135,00)
<input type="checkbox"/>	De 3 a 6 salários-mínimos (de R\$3.135,01 até R\$6.270,00)
<input type="checkbox"/>	De 6 a 9 salários-mínimos (de R\$6.270,01 até R\$9.405,00)
<input type="checkbox"/>	De 9 a 12 salários-mínimos (de R\$9.405,01 até R\$12.540,00)
<input type="checkbox"/>	Mais de 12 salários-mínimos (mais de R\$12.540,01)
<input type="checkbox"/>	Prefiro não informar.

APÊNDICE C – Convite encaminhado, via *e-mail*, à rede de contatos pessoais, para participação na 1ª etapa da pesquisa.

Oi, ... !
Como vai?

Estou no processo de coleta de dados de uma das etapas de minha pesquisa de doutorado. Se puder me ajudar, respondendo ao questionário e encaminhando-o aos seus contatos, será muito bacana.

Segue também o *link* do questionário:

<https://forms.gle/3PWY616169CwaDaJ9>

Espero receber respostas de todo o Brasil! ;)

Desde já, agradeço a sua participação!

Um grande abraço,
Christine

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UFMG
CAAE 42689120.0.0000.5149
Número do respectivo parecer 4.532.815



APÊNDICE D – Convite encaminhado, via *e-mail*, aos Programas de Pós-Graduação cadastrados na Plataforma Sucupira, para participação na 1ª etapa da pesquisa.

Prezadas e Prezados,

Meu nome é Christine Gonçalves. Sou doutoranda do Programa de Pós-graduação em Gestão e Organização do Conhecimento (PPGGOC) da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Estou no processo de coleta de dados de uma das etapas da minha pesquisa.

Solicito-lhes, por gentileza, o encaminhamento deste formulário aos colaboradores e estudantes dessa instituição para que eles participem da pesquisa e possam compartilhar o link desse questionário com seus contatos pessoais e profissionais.

A participação de todos é muito importante para o sucesso deste estudo.

Segue também o link do questionário:

<https://forms.gle/3PWY616169CwaDaJ9>

Espero receber retorno de todo o Brasil! ;)

Desde já, agradeço a atenção e cooperação de tod@s!

Um grande abraço,

Christine C. Gonçalves

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UFMG
CAAE 42689120.0.0000.5149
Número do respectivo parecer 4.532.815



APÊNDICE E – Convite encaminhado, via redes sociais (*WhatsApp, Facebook e Instagram*), à rede de contatos pessoais, para participação na 1ª etapa da pesquisa.

Olá!

Esta é uma pesquisa, que estamos realizando na Escola de Ciência da Informação da UFMG.

Sua participação é muito importante.

Ajude-me, respondendo e divulgando esta pesquisa!

<https://forms.gle/akDp37CpejuQVzUG9>

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UFMG
CAAE 42689120.0.0000.5149
Número do respectivo parecer 4.532.815



APÊNDICE F - Total de programas de pós-graduação Brasil

Região Nordeste

UF	Total de Programas de pós-graduação							Totais de Cursos de pós-graduação				
	Total	ME	DO	MP	DP	ME/DO	MP/DP	Total	ME	DO	MP	DP
AL	44	23	1	7	0	13	0	57	36	14	7	0
BA	209	73	5	44	1	86	0	295	159	91	44	1
CE	146	51	1	30	0	63	1	210	114	64	31	1
MA	67	40	4	9	0	12	2	81	52	16	11	2
PB	114	53	3	12	0	45	1	160	98	48	13	1
PE	169	53	0	27	0	84	5	266	139	87	34	6
PI	44	20	0	6	0	18	0	62	38	18	6	0
RN	114	45	2	22	0	44	1	160	89	47	23	1
SE	56	28	1	5	0	22	0	78	50	23	5	0
Totais	963	386	17	162	1	387	10	1369	775	408	174	12

Fonte: Plataforma Sucupira (2021).

Região Norte

UF	Total de Programas de pós-graduação							Totais de Cursos de pós-graduação				
	Total	ME	DO	MP	DP	ME/DO	MP/DP	Total	ME	DO	MP	DP
AC	15	10	0	1	0	4	0	19	14	4	1	0
AM	63	27	1	10	0	24	1	89	51	26	11	1
AP	10	8	0	1	0	1	0	11	9	1	1	0
PA	140	50	4	31	0	52	3	195	102	56	34	3
RO	17	12	0	1	0	3	1	22	15	3	3	1
RR	14	9	0	3	0	2	0	16	11	2	3	0
TO	28	16	0	6	0	5	1	34	21	5	7	1
Totais	287	132	5	53	0	91	6	386	223	97	60	6

Fonte: Plataforma Sucupira (2021).

Região Centro-Oeste

UF	Total de Programas de pós-graduação							Totais de Cursos de pós-graduação				
	Total	ME	DO	MP	DP	ME/DO	MP/DP	Total	ME	DO	MP	DP
DF	128	20	1	29	1	76	1	205	96	77	30	2
GO	125	51	4	23	0	46	1	172	97	50	24	1
MS	79	35	1	8	0	35	0	115	70	37	8	0
MT	67	42	2	5	0	18	0	85	60	20	5	0
Totais	399	148	8	65	1	175	2	577	323	184	67	3

Fonte: Plataforma Sucupira (2021).

Região Sudeste

UF	Total de Programas de pós-graduação							Totais de Cursos de pós-graduação				
	Total	ME	DO	MP	DP	ME/DO	MP/DP	Total	ME	DO	MP	DP
ES	74	23	1	13	0	34	3	116	57	39	16	4
MG	477	150	1	81	0	237	1	726	387	250	82	7
RJ	515	71	14	120	1	292	10	826	364	316	130	16
SP	926	116	19	149	0	610	9	1540	725	641	158	16
Totais	1992	360	35	363	1	1173	23	3208	1533	1246	386	43

Fonte: Plataforma Sucupira (2021).

Região Sul

UF	Total de Programas de pós-graduação							Totais de Cursos de pós-graduação				
	Total	ME	DO	MP	DP	ME/DO	MP/DP	Total	ME	DO	MP	DP
PR	374	130	6	42	0	190	6	570	320	196	48	6
RS	436	105	3	73	0	249	6	691	354	252	79	6
SC	188	51	2	38	0	95	2	290	151	97	40	2
Totais	998	286	11	153	0	534	14	1551	825	545	167	14

Fonte: Plataforma Sucupira (2021).

ME: Mestrado Acadêmico

DO: Doutorado Acadêmico

MP: Mestrado Profissional

DP: Doutorado Profissional

ME/DO: Mestrado Acadêmico e Doutorado Acadêmico

MP/DP: Mestrado Profissional e Doutorado Profissional

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar como respondente do questionário *online*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária a partir da pandemia de COVID-19**”. A pesquisa está sendo desenvolvida por pesquisadores da Faculdade de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais. Informamos que sua participação é fundamental para o êxito da pesquisa, mas você é livre para participar ou não do estudo. O tempo estimado para resposta é inferior a dez minutos. Os dados serão divulgados de forma agregada e sem identificação. Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, que poderá ser contatado,- em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3409-4592 ou e-mail coep@prpq.ufmg.br

Atenciosamente,

Ricardo Barbosa e Christine Gonçalves – Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Você aceita participar da pesquisa “Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária a partir da pandemia de COVID-19”?

- () Aceito participar da pesquisa.
() Não aceito participar da pesquisa.

APÊNDICE H – Convite encaminhado, via *e-mail* e *WhatsApp*, para participar da 2ª etapa da pesquisa.

Prezado / Prezada ..., bom dia! ...

Como vai?

Meu nome é Christine Gonçalves e sou doutoranda da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Estou entrando em contato, pois você se dispôs a conversar comigo após responder o questionário *online*. Convido-lhe, portanto, a participar de uma entrevista por videochamada (*Google Meet*) para apresentar e discutir, com você, os resultados obtidos por meio do questionário.

Esta entrevista terá a duração máxima de 40 minutos e os tópicos a serem abordados referem-se a fontes de informação utilizadas durante a pandemia de COVID-19.

O áudio da entrevista será gravado para posterior transcrição. Para garantir a sua privacidade, o seu nome será omitido na apresentação dos resultados.

A sua participação, nesta etapa da pesquisa, é muito importante.

Se concordar, informe-me, por favor, seu telefone de contato para agendarmos a videochamada.

Desde já, agradeço sua atenção!

Um abraço,

Christine C. Gonçalves

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UFMG
CAAE 42689120.0.0000.5149
Número do respectivo parecer 4.532.815



APÊNDICE I – Roteiro básico adotado na entrevista

1. Quais fontes de informação você mais acessou para buscar informações sobre a COVID-19 ?
2. Como você avaliou e determinou a confiança em uma fonte de informação?
3. Como você avaliou e determinou a relevância de uma fonte de informação?
4. Quais foram as fontes de informação que mais influenciaram a sua mudança de comportamento e hábitos durante a pandemia de COVID-19?

APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da entrevista

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária a partir da pandemia de COVID-19**”. A pesquisa está sendo desenvolvida por pesquisadores da Faculdade de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais. Informamos que sua participação é fundamental para o êxito da pesquisa, mas você é livre para participar ou não do estudo. Os dados serão divulgados de forma agregada e sem identificação. Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, que poderá ser contatado, em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3409-4592 ou e-mail coep@prpq.ufmg.br

Atenciosamente,

Ricardo Barbosa e Christine Gonçalves – Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Você aceita participar da pesquisa “Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária a partir da pandemia de COVID-19”?

() Aceito participar da pesquisa.

() Não aceito participar da pesquisa.

APÊNDICE K – *Output* dos dados sociodemográficos

Estado de residência dos respondentes

Estado	Frequência	Porcentagem
Acre	2	0,1
Alagoas	23	0,8
Amapá	2	0,1
Amazonas	5	0,2
Bahia	116	4,2
Ceará	42	1,5
Distrito Federal	69	2,5
Espírito Santo	35	1,3
Goiás	100	3,6
Maranhão	7	0,3
Mato Grosso	27	1,0
Mato Grosso do Sul	35	1,3
Minas Gerais	788	28,3
Pará	44	1,6
Paraíba	10	0,4
Paraná	218	7,8
Pernambuco	13	0,5
Piauí	4	0,1
Rio de Janeiro	233	8,4
Rio Grande do Norte	5	0,2
Rio Grande do Sul	286	10,3
Rondônia	2	0,1
Santa Catarina	125	4,5
São Paulo	522	18,7
Sergipe	19	0,7
Tocantins	53	1,9
Total	2785	100,0

Região de residência dos respondentes

Região Brasil	Frequência	Porcentagem
Norte	108	3,9
Nordeste	239	8,6
Centro Oeste	231	8,3
Sudeste	1578	56,7
Sul	629	22,6
Total	2785	100,0

Gênero dos respondentes

Gênero	Frequência	Porcentagem
Feminino	1805	64,8
Masculino	976	35,0
Não-binário	4	0,1
Total	2785	100,0

Idade dos respondentes

Idade	Frequência	Porcentagem
Entre 18 a 24 anos	293	10,5
Entre 25 a 34 anos	1204	43,2
Entre 35 a 44 anos	716	25,7
Entre 45 a 54 anos	341	12,2
Entre 55 a 64 anos	190	6,9
65 anos ou mais	41	1,5
Total	2785	100,0

Nível de escolaridade dos respondentes

Nível de escolaridade	Frequência	Porcentagem
Doutorado	579	20,8
Ensino superior	486	17,5
Especialização	446	16,0
Mestrado	1274	45,7
Total	2785	100,0

APÊNDICE L – *Output* dos dados de discordância e concordância dos respondentes em cada questão do questionário

Indique o seu grau de CONCORDÂNCIA com os enunciados abaixo:

Questões de 1 a 2 – Proatividade em relação à informação

1. Sempre busco informações sobre a COVID-19.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	81	2,9
Discordo	217	7,8
Não concordo nem discordo	351	12,6
Concordo	1099	39,5
Concordo plenamente	1037	37,2
Total	2785	100,0

2. Sempre utilizo as informações sobre a COVID-19 para cuidar da minha saúde.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	29	1,0
Discordo	68	2,4
Não concordo nem discordo	201	7,2
Concordo	1192	42,8
Concordo plenamente	1295	46,5
Total	2785	100,0

Questões de 3 a 4 – Transparência quanto ao uso da informação

3. Sempre utilizo minhas redes sociais para identificar notícias falsas.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	382	13,7
Discordo	464	16,7
Não concordo nem discordo	603	21,7
Concordo	851	30,6
Concordo plenamente	485	17,4
Total	2785	100,0

4. Sempre compartilho informações sobre notícias falsas para alertar as minhas redes sociais.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	765	27,5
Discordo	535	19,2
Não concordo nem discordo	551	19,8
Concordo	613	22,0
Concordo plenamente	321	11,5
Total	2785	100,0

Questões de 5 a 6 – Integridade da informação

5. Nunca repasso informações reconhecidamente falsas.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	177	6,4
Discordo	49	1,8
Não concordo nem discordo	64	2,3
Concordo	381	13,7
Concordo plenamente	2114	75,9
Total	2785	100,0

6. Sempre compartilho informações verdadeiras sobre saúde.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	98	3,5
Discordo	136	4,9
Não concordo nem discordo	446	16,0
Concordo	814	29,2
Concordo plenamente	1291	46,4
Total	2785	100,0

Questões de 7 a 9 – Compartilhamento da informação

7. Sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	126	4,5
Discordo	176	6,3
Não concordo nem discordo	439	15,8
Concordo	960	34,5
Concordo plenamente	1084	38,9
Total	2785	100,0

8. Sempre compartilho informações sobre saúde com meus amigos e/ou colegas.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	139	5,0
Discordo	268	9,6
Não concordo nem discordo	595	21,4
Concordo	1150	41,3
Concordo plenamente	621	22,3
Total	2773	99,6
Ausente Sistema	12	0,4
Total	2785	100,0

9. Sempre sei que informações sobre saúde devo compartilhar.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	82	2,9
Discordo	295	10,6
Não concordo nem discordo	649	23,3
Concordo	1119	40,2
Concordo plenamente	630	22,6
Total	2775	99,6
Ausente Sistema	10	0,4
Total	2785	100,0

Questões de 10 a 13 – Monitoramento da informação

10. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudam a identificar as notícias falsas.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	76	2,7
Discordo	179	6,4
Não concordo nem discordo	485	17,4
Concordo	1245	44,7
Concordo plenamente	783	28,1
Total	2768	99,4
Ausente Sistema	17	0,6
Total	2785	100,0

11. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	71	2,5
Discordo	149	5,4
Não concordo nem discordo	404	14,5
Concordo	1252	45,0
Concordo plenamente	897	32,2
Total	2773	99,6
Ausente Sistema	12	,4
Total	2785	100,0

12. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente de trabalho.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	67	2,4
Discordo	111	4,0
Não concordo nem discordo	428	15,4
Concordo	1201	43,1
Concordo plenamente	967	34,7
Total	2774	99,6
Ausente Sistema	11	,4
Total	2785	100,0

13. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal quando vou ao mercado, padaria, farmácia, por exemplo.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	47	1,7
Discordo	86	3,1
Não concordo nem discordo	278	10,0
Concordo	1216	43,7
Concordo plenamente	1141	41,0
Total	2768	99,4
Ausente Sistema	17	0,6
Total	2785	100,0

Questões de 14 a 16 – Formalidade quanto ao uso da informação

14. Sempre busco informações sobre a COVID-19 nas fontes de informação formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, por exemplo).

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	128	4,6
Discordo	264	9,5
Não concordo nem discordo	525	18,9
Concordo	968	34,8
Concordo plenamente	888	31,9
Total	2773	99,6
Ausente Sistema	12	0,4
Total	2785	100,0

15. Sobre a COVID-19, nunca uso fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	116	4,2
Discordo	710	25,5
Não concordo nem discordo	746	26,8
Concordo	674	24,2
Concordo plenamente	523	18,8
Total	2769	99,4
Ausente Sistema	16	0,6
Total	2785	100,0

16. Sobre a COVID-19, sempre confio mais nas fontes de informação formais (Hospitais e Postos de Saúde, Artigos científicos, por exemplo) do que em fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	33	1,2
Discordo	73	2,6
Não concordo nem discordo	199	7,1
Concordo	944	33,9
Concordo plenamente	1527	54,8
Total	2776	99,7
Ausente Sistema	9	0,3
Total	2785	100,0

Questões de 17 a 20 – Uso da informação

17. Sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	21	0,8
Discordo	44	1,6
Não concordo nem discordo	203	7,3
Concordo	1205	43,3
Concordo plenamente	1290	46,3
Total	2763	99,2
Ausente Sistema	22	0,8
Total	2785	100,0

18. Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante essa pandemia.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	30	1,1
Discordo	78	2,8
Não concordo nem discordo	340	12,2
Concordo	1277	45,9
Concordo plenamente	1042	37,4
Total	2767	99,4
Ausente Sistema	18	0,6
Total	2785	100,0

19. Sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para decidir em quais informações confiar.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	40	1,4
Discordo	82	2,9
Não concordo nem discordo	341	12,2
Concordo	1169	42,0
Concordo plenamente	1129	40,5
Total	2761	99,1
Ausente Sistema	24	0,9
Total	2785	100,0

20. Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para cuidar melhor da minha saúde.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Discordo plenamente	25	0,9
Discordo	60	2,2
Não concordo nem discordo	306	11,0
Concordo	1216	43,7
Concordo plenamente	1159	41,6
Total	2766	99,3
Ausente Sistema	19	0,7
Total	2785	100,0

APÊNDICE M – *Output* testes de estatística *t* Comportamentos e valores informacionais em saúde

1. Sempre busco informações sobre a COVID-19.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.08"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.983"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.96"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.059"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.120
Standard error	0.041
95% CI	-0.2005 to -0.0395
t-statistic	-2.924
DF	2779
Significance level	P = 0.0035

2. Sempre utilizo as informações sobre a COVID-19 para cuidar da minha saúde.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.31"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.78"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.32"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.803"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.010
Standard error	0.032
95% CI	-0.0519 to 0.0719
t-statistic	0.317
DF	2779
Significance level	P = 0.7516

3. Sempre utilizo minhas redes sociais para identificar notícias falsas.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="8.2"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.334"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.22"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.271"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.020
Standard error	0.051
95% CI	-0.0808 to 0.1208
t-statistic	0.389
DF	2779
Significance level	P = 0.6972

4. Sempre compartilho informações sobre notícias falsas para alertar as minhas redes sociais.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.74"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.376"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.69"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.374"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.050
Standard error	0.055
95% CI	-0.1571 to 0.0571
t-statistic	-0.915
DF	2779
Significance level	P = 0.3600

5. Nunca repasso informações reconhecidamente falsas.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.52"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.073"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.5"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.083"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.020
Standard error	0.043
95% CI	-0.1041 to 0.0641
t-statistic	-0.466
DF	2779
Significance level	P = 0.6410

6. Sempre compartilho informações verdadeiras sobre saúde.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.06"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.094"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.12"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.043"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.060
Standard error	0.042
95% CI	-0.0227 to 0.1427
t-statistic	1.423
DF	2779
Significance level	P = 0.1548

7. Sempre compartilho informações sobre saúde com meus familiares.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.9"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.112"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.01"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.09"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.110
Standard error	0.044
95% CI	0.0245 to 0.1955
t-statistic	2.522
DF	2779
Significance level	P = 0.0117

8. Sempre compartilho informações sobre saúde com meus amigos e/ou colegas.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.63"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.12"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.68"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.057"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.050
Standard error	0.043
95% CI	-0.0341 to 0.1341
t-statistic	1.166
DF	2779
Significance level	P = 0.2438

9. Sempre sei que informações sobre saúde devo compartilhar.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.72"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.996"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.68"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.045"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.040
Standard error	0.041
95% CI	-0.1201 to 0.0401
t-statistic	-0.979
DF	2779
Significance level	P = 0.3275

10. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 me ajudam a identificar as notícias falsas.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.92"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.971"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.88"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.979"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.040
Standard error	0.039
95% CI	-0.1161 to 0.0361
t-statistic	-1.031
DF	2779
Significance level	P = 0.3025

11. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente familiar.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.96"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.96"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.01"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.955"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.050
Standard error	0.038
95% CI	-0.0245 to 0.1245
t-statistic	1.315
DF	2779
Significance level	P = 0.1885

12. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal no meu ambiente de trabalho.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.01"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.947"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.06"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.933"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.050
Standard error	0.037
95% CI	-0.0231 to 0.1231
t-statistic	1.342
DF	2779
Significance level	P = 0.1798

13. As informações acessadas e/ou recebidas sobre a COVID-19 sempre influenciam os meus hábitos de higiene pessoal, quando vou ao mercado, padaria e farmácia, por exemplo.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.18"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.878"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.21"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.861"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.030
Standard error	0.034
95% CI	-0.0375 to 0.0975
t-statistic	0.871
DF	2779
Significance level	P = 0.3839

14. Sempre busco informações sobre a COVID-19 nas fontes de informação formais (Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Brasileiro, por exemplo).

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.56"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.205"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.93"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.058"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.370
Standard error	0.044
95% CI	0.2834 to 0.4566
t-statistic	8.376
DF	2779
Significance level	P < 0.0001

15. Sobre a COVID-19, nunca uso fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.27"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.16"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.29"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.158"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.020
Standard error	0.046
95% CI	-0.0703 to 0.1103
t-statistic	0.434
DF	2779
Significance level	P = 0.6640

16. Sobre a COVID-19, sempre confio mais nas fontes de informação formais (Hospitais e postos de saúde, artigos científicos, por exemplo) do que em fontes de informação informais (amigos ou colegas, por exemplo).

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.33"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.893"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.42"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.786"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.090
Standard error	0.033
95% CI	0.0257 to 0.1543
t-statistic	2.745
DF	2779
Significance level	P = 0.0061

17. Sempre uso as informações sobre saúde para entender a pandemia de COVID-19.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.3"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.785"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.36"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.725"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.060
Standard error	0.030
95% CI	0.0018 to 0.1182
t-statistic	2.023
DF	2779
Significance level	P = 0.0432

18. Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas para tomar as medidas preventivas de saúde durante a pandemia de COVID-19.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.13"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.832"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.18"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.823"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.050
Standard error	0.033
95% CI	-0.0144 to 0.1144
t-statistic	1.523
DF	2779
Significance level	P = 0.1278

19. Sempre comparo as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para decidir em quais informações confiar.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.15"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.885"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.2"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.853"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.050
Standard error	0.034
95% CI	-0.0173 to 0.1173
t-statistic	1.456
DF	2779
Significance level	P = 0.1455

20. Sempre uso as informações recebidas e/ou acessadas sobre a COVID-19 para cuidar melhor da minha saúde.

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.2"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.813"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.26"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.794"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.060
Standard error	0.032
95% CI	-0.0024 to 0.1224
t-statistic	1.886
DF	2779
Significance level	P = 0.0594

APÊNDICE N – *Output* dos dados da frequência de uso das fontes de informação dos respondentes em cada questão do questionário

Com que FREQUÊNCIA você usa as fontes de informação abaixo sobre COVID-19?

1. Redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*)

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	572	20,5
Semanalmente	378	13,6
De duas a três vezes por semana	235	8,4
De quatro a seis vezes por semana	193	6,9
Diariamente	1407	50,5
Total	2785	100,0

2. Amigos e/ou colegas

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	754	27,1
Semanalmente	758	27,2
De duas a três vezes por semana	352	12,6
De quatro a seis vezes por semana	310	11,1
Diariamente	611	21,9
Total	2785	100,0

3. Familiares

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	890	32,0
Semanalmente	648	23,3
De duas a três vezes por semana	314	11,3
De quatro a seis vezes por semana	278	10,0
Diariamente	655	23,5
Total	2785	100,0

4. Canais de televisão

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	732	26,3
Semanalmente	436	15,7
De duas a três vezes por semana	345	12,4
De quatro a seis vezes por semana	266	9,6
Diariamente	1006	36,1
Total	2785	100,0

5. Emissoras de rádio

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	1814	65,1
Semanalmente	348	12,5
De duas a três vezes por semana	220	7,9
De quatro a seis vezes por semana	135	4,8
Diariamente	268	9,6
Total	2785	100,0

6. Jornais e/ou revistas

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	1185	42,5
Semanalmente	438	15,7
De duas a três vezes por semana	265	9,5
De quatro a seis vezes por semana	269	9,7
Diariamente	628	22,5
Total	2785	100,0

7. Organização Mundial de Saúde

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	1147	41,2
Semanalmente	681	24,5
De duas a três vezes por semana	277	9,9
De quatro a seis vezes por semana	285	10,2
Diariamente	395	14,2
Total	2785	100,0

8. Ministério da Saúde Brasileiro

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	1593	57,2
Semanalmente	589	21,1
De duas a três vezes por semana	214	7,7
De quatro a seis vezes por semana	166	6,0
Diariamente	223	8,0
Total	2785	100,0

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	1616	58,0
Semanalmente	621	22,3
De duas a três vezes por semana	214	7,7
De quatro a seis vezes por semana	174	6,2
Diariamente	160	5,7
Total	2785	100,0

10. Hospitais e Postos de Saúde

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	1734	62,3
Semanalmente	506	18,2
De duas a três vezes por semana	190	6,8
De quatro a seis vezes por semana	136	4,9
Diariamente	219	7,9
Total	2785	100,0

11. Artigos científicos

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	1147	41,2
Semanalmente	790	28,4
De duas a três vezes por semana	339	12,2
De quatro a seis vezes por semana	269	9,7
Diariamente	240	8,6
Total	2785	100,0

12. Universidades

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	992	35,6
Semanalmente	802	28,8
De duas a três vezes por semana	354	12,7
De quatro a seis vezes por semana	292	10,5
Diariamente	345	12,4
Total	2785	100,0

13. Mecanismos de busca na *Internet: Google, Yahoo, Bing*, por exemplo.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Mensalmente ou nunca	987	35,4
Semanalmente	676	24,3
De duas a três vezes por semana	338	12,1
De quatro a seis vezes por semana	295	10,6
Diariamente	489	17,6
Total	2785	100,0

APÊNDICE O – *Output* testes qui-quadrado (χ^2) Frequência de uso de fontes de informação

1. Redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.).

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.34"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.71"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.64"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.627"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.300
Standard error	0.066
95% CI	0.1709 to 0.4291
t-statistic	4.558
DF	2779
Significance level	P < 0.0001

2. Amigos e/ou colegas

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.65"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.47"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.78"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.527"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.130
Standard error	0.060
95% CI	0.0126 to 0.2474
t-statistic	2.171
DF	2779
Significance level	P = 0.0300

3. Familiares

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.57"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.496"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.76"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.602"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.190
Standard error	0.062
95% CI	0.0680 to 0.3120
t-statistic	3.054
DF	2779
Significance level	P = 0.0023

4. Canais de televisão

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.2"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.664"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.1"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.645"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.100
Standard error	0.066
95% CI	-0.2287 to 0.0287
t-statistic	-1.524
DF	2779
Significance level	P = 0.1277

5. Emissoras de rádio

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="1.92"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.381"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="1.76"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.292"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.160
Standard error	0.053
95% CI	-0.2631 to -0.0569
t-statistic	-3.042
DF	2779
Significance level	P = 0.0024

6. Jornais e/ou revistas

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.65"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.657"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.48"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.608"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.170
Standard error	0.065
95% CI	-0.2966 to -0.0434
t-statistic	-2.632
DF	2779
Significance level	P = 0.0085

7. Organização Mundial de Saúde

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.08"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.358"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.45"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.48"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.370
Standard error	0.057
95% CI	0.2579 to 0.4821
t-statistic	6.474
DF	2779
Significance level	$P < 0.0001$

8. Ministério da Saúde Brasileiro

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="1.72"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.195"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="1.95"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.289"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.230
Standard error	0.050
95% CI	0.1321 to 0.3279
t-statistic	4.606
DF	2779
Significance level	$P < 0.0001$

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="1.67"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.101"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="1.86"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.21"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.190
Standard error	0.047
95% CI	0.0986 to 0.2814
t-statistic	4.077
DF	2779
Significance level	$P < 0.0001$

10. Hospitais e Postos de Saúde

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="1.62"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.127"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="1.87"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.295"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.250
Standard error	0.049
95% CI	0.1535 to 0.3465
t-statistic	5.080
DF	2779
Significance level	$P < 0.0001$

11. Artigos científicos

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.11"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.299"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.19"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.289"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.080
Standard error	0.051
95% CI	-0.0207 to 0.1807
t-statistic	1.558
DF	2779
Significance level	P = 0.1194

12. Universidades

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.29"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.392"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.39"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.367"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.100
Standard error	0.055
95% CI	-0.0072 to 0.2072
t-statistic	1.829
DF	2779
Significance level	P = 0.0675

13. Mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo)

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.6"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.5"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.45"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.485"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.150
Standard error	0.059
95% CI	-0.2661 to -0.0339
t-statistic	-2.533
DF	2779
Significance level	P = 0.0114

APÊNDICE P – *Output* dos dados dos graus de confiança em fontes de informação dos respondentes em cada questão do questionário

Qual o seu grau de CONFIANÇA nas fontes de informação abaixo sobre COVID-19?

1. Redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*)

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	686	24,6
Pouco confiável	1570	56,4
Confiável	470	16,9
Muito confiável	49	1,8
Extremamente confiável	10	0,4
Total	2785	100,0

2. Amigos e/ou colegas

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	361	13,0
Pouco confiável	1432	51,4
Confiável	856	30,7
Muito confiável	119	4,3
Extremamente confiável	17	0,6
Total	2785	100,0

3. Familiares

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	616	22,1
Pouco confiável	1343	48,2
Confiável	659	23,7
Muito confiável	112	4,0
Extremamente confiável	55	2,0
Total	2785	100,0

4. Canais de televisão

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	260	9,3
Pouco confiável	618	22,2
Confiável	1272	45,7
Muito confiável	504	18,1
Extremamente confiável	131	4,7
Total	2785	100,0

5. Emissoras de rádio

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	307	11,0
Pouco confiável	756	27,1
Confiável	1227	44,1
Muito confiável	414	14,9
Extremamente confiável	81	2,9
Total	2785	100,0

6. Jornais e/ou revistas

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	180	6,5
Pouco confiável	519	18,6
Confiável	1293	46,4
Muito confiável	613	22,0
Extremamente confiável	180	6,5
Total	2785	100,0

7. Organização Mundial de Saúde

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	63	2,3
Pouco confiável	99	3,6
Confiável	450	16,2
Muito confiável	676	24,3
Extremamente confiável	1497	53,8
Total	2785	100,0

8. Ministério da Saúde Brasileiro

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	557	20,0
Pouco confiável	836	30,0
Confiável	768	27,6
Muito confiável	316	11,3
Extremamente confiável	297	10,7
Total	2774	99,6
Ausente Sistema	11	0,4
Total	2785	100,0

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	95	3,4
Pouco confiável	273	9,8
Confiável	1121	40,3
Muito confiável	701	25,2
Extremamente confiável	585	21,0
Ausente Sistema	10	0,4
Total	2785	100,0

10. Hospitais e Postos de Saúde

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	57	2,0
Pouco confiável	305	11,0
Confiável	1293	46,4
Muito confiável	769	27,6
Extremamente confiável	345	12,4
Total	2769	99,4
Ausente Sistema	16	0,6
Total	2785	100,0

11. Artigos científicos

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	11	0,4
Pouco confiável	45	1,6
Confiável	619	22,2
Muito confiável	922	33,1
Extremamente confiável	1176	42,2
Total	2773	99,6
Ausente Sistema	12	0,4
Total	2785	100,0

12. Universidades

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	27	1,0
Pouco confiável	79	2,8
Confiável	625	22,4
Muito confiável	896	32,2
Extremamente confiável	1137	40,8
Total	2764	99,2
Ausente Sistema	21	0,8
Total	2785	100,0

13. Mecanismos de busca na *Internet: Google, Yahoo, Bing*, por exemplo.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Não confiável	537	19,3
Pouco confiável	1324	47,5
Confiável	761	27,3
Muito confiável	105	3,8
Extremamente confiável	41	1,5
Total	2768	99,4
Ausente Sistema	17	0,6
Total	2785	100,0

APÊNDICE Q - *Output* testes qui-quadrado (χ^2) Confiança em fontes de informação

1. Redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*)

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="1.95"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.769"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="1.98"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.692"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.030
Standard error	0.029
95% CI	-0.0261 to 0.0861
t-statistic	1.049
DF	2779
Significance level	P = 0.2944

2. Amigos e/ou colegas

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.3"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.803"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.27"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.742"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.030
Standard error	0.030
95% CI	-0.0895 to 0.0295
t-statistic	-0.988
DF	2779
Significance level	P = 0.3231

3. Familiares

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.16"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.906"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.15"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.865"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.010
Standard error	0.035
95% CI	-0.0785 to 0.0585
t-statistic	-0.286
DF	2779
Significance level	P = 0.7748

4. Canais de televisão

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.92"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.034"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.84"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.937"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.080
Standard error	0.039
95% CI	-0.1557 to -0.0043
t-statistic	-2.071
DF	2779
Significance level	P = 0.0384

5. Emissoras de rádio

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.74"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.012"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.7"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.909"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.040
Standard error	0.038
95% CI	-0.1137 to 0.0337
t-statistic	-1.064
DF	2779
Significance level	P = 0.2875

6. Jornais e/ou revistas

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.07"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.027"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.01"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.922"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.060
Standard error	0.038
95% CI	-0.1348 to 0.0148
t-statistic	-1.573
DF	2779
Significance level	P = 0.1159

7. Organização Mundial de Saúde

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.12"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.105"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.3"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.922"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.180
Standard error	0.039
95% CI	0.1029 to 0.2571
t-statistic	4.576
DF	2779
Significance level	P < 0.0001

8. Ministério da Saúde Brasileiro

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.41"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.189"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.74"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.232"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.330
Standard error	0.048
95% CI	0.2352 to 0.4248
t-statistic	6.824
DF	2779
Significance level	P < 0.0001

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.38"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.061"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.58"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.016"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.200
Standard error	0.041
95% CI	0.1196 to 0.2804
t-statistic	4.878
DF	2779
Significance level	$P < 0.0001$

10. Hospitais e Postos de Saúde

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.37"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.925"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.38"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.902"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.010
Standard error	0.036
95% CI	-0.0609 to 0.0809
t-statistic	0.277
DF	2779
Significance level	$P = 0.7822$

11. Artigos científicos

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.14"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.85"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.17"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.851"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.030
Standard error	0.034
95% CI	-0.0363 to 0.0963
t-statistic	0.888
DF	2779
Significance level	P = 0.3748

12. Universidades

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.05"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.957"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.12"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.885"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.070
Standard error	0.036
95% CI	-0.0010 to 0.1410
t-statistic	1.934
DF	2779
Significance level	P = 0.0532

13. Mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo)

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.25"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.861"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.17"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.836"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.080
Standard error	0.034
95% CI	-0.1458 to -0.0142
t-statistic	-2.383
DF	2779
Significance level	P = 0.0172

APÊNDICE R – *Output* dos dados dos graus de relevância das fontes de informação dos respondentes em cada questão do questionário

Para você, qual o grau de RELEVÂNCIA das informações sobre COVID-19 transmitidas pelas fontes de informação abaixo?

1. Redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter etc.*)

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	444	15,9
Pouco relevante	999	35,9
Relevante	970	34,8
Muito relevante	231	8,3
Extremamente relevante	141	5,1
Total	2785	100,0

2. Amigos e/ou colegas

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	275	9,9
Pouco relevante	1123	40,3
Relevante	1141	41,0
Muito relevante	188	6,8
Extremamente relevante	58	2,1
Total	2785	100,0

3. Familiares

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	437	15,7
Pouco relevante	1090	39,1
Relevante	995	35,7
Muito relevante	195	7,0
Extremamente relevante	68	2,4
Total	2785	100,0

4. Canais de televisão

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	221	7,9
Pouco relevante	442	15,9
Relevante	1202	43,2
Muito relevante	650	23,3
Extremamente relevante	270	9,7
Total	2785	100,0

5. Emissoras de rádio

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	291	10,4
Pouco relevante	571	20,5
Relevante	1188	42,7
Muito relevante	544	19,5
Extremamente relevante	191	6,9
Total	2785	100,0

6. Jornais e/ou revistas

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	197	7,1
Pouco relevante	367	13,2
Relevante	1158	41,6
Muito relevante	752	27,0
Extremamente relevante	311	11,2
Total	2785	100,0

7. Organização Mundial de Saúde

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	59	2,1
Pouco relevante	91	3,3
Relevante	447	16,1
Muito relevante	624	22,4
Extremamente relevante	1564	56,2
Total	2785	100,0

8. Ministério da Saúde Brasileiro

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	265	9,5
Pouco relevante	634	22,8
Relevante	900	32,3
Muito relevante	473	17,0
Extremamente relevante	513	18,4
Total	2785	100,0

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	63	2,3
Pouco relevante	199	7,1
Relevante	962	34,5
Muito relevante	744	26,7
Extremamente relevante	817	29,3
Total	2785	100,0

10. Hospitais e Postos de Saúde

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	34	1,2
Pouco relevante	226	8,1
Relevante	1087	39,0
Muito relevante	823	29,6
Extremamente relevante	615	22,1
Total	2785	100,0

11. Artigos científicos

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	13	,5
Pouco relevante	45	1,6
Relevante	544	19,5
Muito relevante	809	29,0
Extremamente relevante	1374	49,3
Total	2785	100,0

12. Universidades

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	22	0,8
Pouco relevante	73	2,6
Relevante	596	21,4
Muito relevante	845	30,3
Extremamente relevante	1249	44,8
Total	2785	100,0

13. Mecanismos de busca na *Internet: Google, Yahoo, Bing*, por exemplo.

Alternativas	Frequência	Porcentagem
Irrelevante	519	18,6
Pouco relevante	951	34,1
Relevante	956	34,3
Muito relevante	236	8,5
Extremamente relevante	123	4,4
Total	2785	100,0

APÊNDICE S - *Output* testes qui-quadrado (χ^2) Relevância das fontes de informação

1. Redes sociais (*Facebook, Instagram, YouTube, WhatsApp, Twitter* etc.).

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.44"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.076"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.54"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.985"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.100
Standard error	0.040
95% CI	0.0207 to 0.1793
t-statistic	2.473
DF	2779
Significance level	P = 0.0135

2. Amigos e/ou colegas

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.5"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.877"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.51"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.82"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.010
Standard error	0.033
95% CI	-0.0555 to 0.0755
t-statistic	0.299
DF	2779
Significance level	P = 0.7646

3. Familiares

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.39"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.936"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.43"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.907"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.040
Standard error	0.036
95% CI	-0.0315 to 0.1115
t-statistic	1.098
DF	2779
Significance level	P = 0.2725

4. Canais de televisão

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.14"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.095"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.09"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.011"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.050
Standard error	0.041
95% CI	-0.1311 to 0.0311
t-statistic	-1.209
DF	2779
Significance level	P = 0.2269

5. Emissoras de rádio

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.91"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.1"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.93"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.008"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.020
Standard error	0.041
95% CI	-0.0611 to 0.1011
t-statistic	0.483
DF	2779
Significance level	P = 0.6288

6. Jornais e/ou revistas

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.25"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.104"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.2"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.005"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.050
Standard error	0.041
95% CI	-0.1311 to 0.0311
t-statistic	-1.209
DF	2779
Significance level	P = 0.2267

7. Organização Mundial de Saúde

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.17"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.082"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.33"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.922"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.160
Standard error	0.039
95% CI	0.0836 to 0.2364
t-statistic	4.105
DF	2779
Significance level	$P < 0.0001$

8. Ministério da Saúde Brasileiro

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.93"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.246"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.22"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.202"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.290
Standard error	0.048
95% CI	0.1951 to 0.3849
t-statistic	5.994
DF	2779
Significance level	$P < 0.0001$

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.63"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.075"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.79"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.160
Standard error	0.041
95% CI	0.0800 to 0.2400
t-statistic	3.921
DF	2779
Significance level	P = 0.0001

10. Hospitais e Postos de Saúde

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="3.59"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.966"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="3.65"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.947"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.060
Standard error	0.038
95% CI	-0.0143 to 0.1343
t-statistic	1.583
DF	2779
Significance level	P = 0.1134

11. Artigos científicos

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.24"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.864"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.26"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.85"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.020
Standard error	0.034
95% CI	-0.0466 to 0.0866
t-statistic	0.589
DF	2779
Significance level	P = 0.5561

12. Universidades

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="4.12"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.938"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="4.18"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="0.881"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	0.060
Standard error	0.036
95% CI	-0.0102 to 0.1302
t-statistic	1.675
DF	2779
Significance level	P = 0.0940

13. Mecanismos de busca na *Internet* (*Google, Yahoo, Bing*, por exemplo)

Comparison of means calculator

Sample 1	
Mean:	<input type="text" value="2.48"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.047"/>
Sample size:	<input type="text" value="976"/>
Sample 2	
Mean:	<input type="text" value="2.45"/>
Standard deviation:	<input type="text" value="1.015"/>
Sample size:	<input type="text" value="1805"/>
<input type="button" value="Test"/>	

Results

Difference	-0.030
Standard error	0.041
95% CI	-0.1100 to 0.0500
t-statistic	-0.736
DF	2779
Significance level	P = 0.4620

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária a partir da pandemia de COVID-19.

Pesquisador: Ricardo Rodrigues Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42689120.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.532.815

Apresentação do Projeto:

O projeto "Comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária a partir da pandemia de COVID-19" busca descrever e analisar comportamentos e valores informacionais no cenário brasileiro de crise sanitária a partir da pandemia de COVID-19. Utilizar-se-á como base teórica para este estudo o modelo de Orientação Informacional (OI) desenvolvido por Donald A. Marchand, William J. Kettinger e John D. Rollins (2001), complementada pelos modelos de Busca de Informações na Vida Cotidiana de Savolainen (1995) e Uso da Informação de Taylor (1996) e Uso da Informação de Choo (2006). O modelo OI possui como componentes centrais as práticas de tecnologia da informação, gestão da informação e comportamentos e valores informacionais. Para o desenvolvimento desta pesquisa, caracterizada como quanti-qualitativa de natureza aplicada, concentrou-se no componente 'comportamentos e valores informacionais'. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário enviado por meio de um link via Internet a indivíduos brasileiros que utilizam redes e mídias sociais; e será complementada com entrevistas semiestruturadas, permitindo dessa forma uma análise aprofundada dos resultados obtidos por meio do questionário. Para examinar os dados obtidos com a aplicação do questionário, utilizar-se-á estatística descritiva para analisar as médias entre as variáveis, bem como explorar a relação entre as variáveis das sete dimensões a serem estudadas nesta pesquisa: proatividade em relação à informação, transparência e formalidade quanto ao uso da informação,

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/N 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.532.815

integridade, compartilhamento, monitoramento e uso da informação em saúde. Os dados a serem obtidos com as entrevistas serão transcritos e analisados por meio do desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente que auxiliarão na compreensão dos discursos. De fato, As informações permeiam todas as áreas de empreendimentos humanos, sejam elas individuais, organizacionais ou sociais. Com um fluxo cada vez mais intenso de informações, torna-se imprescindível aprimorar habilidades e competências informacionais que possibilitem acessar e usar informações de maneira eficaz, a fim de responder às demandas cotidianas frente a incertezas e necessidades de mudanças em situações de contingência, como a crise sanitária provocada pela COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar comportamentos e valores informacionais em saúde dos brasileiros, bem como o uso da informação no cenário de crise sanitária brasileira decorrente da pandemia COVID-19.

Objetivo Secundário:

- Elaborar um modelo de comportamentos e valores informacionais em saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há

Benefícios:

Melhor compreensão dos processos pelos quais as pessoas buscam e usam a informação em um contexto de crise sanitária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo o pesquisador, não há riscos quanto a pesquisa. No entanto, lembramos que em toda pesquisa o risco existe e é necessário descrever estes riscos, mesmo que mínimos (de acordo com a Res. 466/12 não existe pesquisa sem risco) e os procedimentos para minimizá-los. No entanto, esse aspecto dos riscos foi inserido no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados. No entanto, o roteiro do questionário a ser aplicado só está inserido no projeto original.

Recomendações:

Sugerimos a inserção do roteiro do questionário a ser aplicado em anexo separado, assim como no TCLE.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.532.815

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, somos, s.m.j., pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1658071.pdf	01/02/2021 16:31:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Christine_ECI_UFMG.pdf	01/02/2021 16:30:16	Christine Conceição Gonçalves	Aceito
Outros	Parecer_Projeto_Christine_ECI_UFMG.pdf	31/01/2021 11:03:30	Christine Conceição Gonçalves	Aceito
Outros	Christine_Oficio_de_aprovacao_Departamento_ECI_UFMG.pdf	26/01/2021 14:41:07	Christine Conceição Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCHRISTINE.pdf	06/11/2020 15:45:38	Ricardo Rodrigues Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaChristine.pdf	06/11/2020 15:40:17	Ricardo Rodrigues Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.532.815

BELO HORIZONTE, 09 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br