UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

JULIANA CRISTINA SANCHES

COMPETÊNCIA EM INFORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) DIANTE DA DESINFORMAÇÃO

PORTO ALEGRE
2026

JULIANA CRISTINA SANCHES

COMPETÊNCIA EM INFORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) DIANTE DA DESINFORMAÇÃO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Ciência da Informação.

Orientadora: Profa Dra. Sônia Elisa Caregnato.

PORTO ALEGRE

2026

CIP - Catalogação na Publicação

Sanches, Juliana Cristina
Competência em informação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate às Endemias (ACE) diante da desinformação / Juliana Cristina Sanches. -- 2026.
115 f.
Orientadora: Sônia Elisa Caregnato.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Porto Alegre, BR-RS, 2026.

1. Competência em informação. 2. Desinformação em saúde. 3. Psicometria. 4. Agentes comunitários de saúde . 5. Agentes de combate às endemias. I. Caregnato, Sônia Elisa, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JULIANA CRISTINA SANCHES

COMPETÊNCIA EM INFORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) DIANTE DA DESINFORMAÇÃO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Ciência da Informação.

Aprovada em: 20 de julho de 2026.

BANCA EXAMINADORA

_____

Dra. Sônia Elisa Caregnato (orientadora)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

_____

Dra. Ana Maria Mielniczuk de Moura

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

_____

Dr. Filipe Xerxeneski da Silveira

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS)

_____

Dra. Marta Leandro da Mata

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à minha orientadora *Profa. Dra. Sônia Elisa Caregnato* e àqueles(as) que contribuíram, de alguma forma, com a elaboração desta dissertação:

Profa. Dra Ana Maria Mielniczuk de Moura (UFRGS)
Prof. Dr. Bruno Damasio (Psicometria Online Academy)
Prof. Dr Filipe Xerxeneski da Silveira (IFRS)
Profa. Dra Jussara Borges de Lima (UFRGS)
Profa. Dra Marta Leandro da Mata (UFES/UFRGS)
Prof. Dr. Rodrigo Caxias de Souza (UFRGS)

RESUMO

Considerando o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Comunitários de Combate às Endemias (ACE) como elo entre a população e o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua atuação na prevenção de doenças e promoção da saúde, esta dissertação tem como objetivo investigar como esses profissionais identificam as necessidades, buscam, selecionam e usam informações em saúde, frente à desinformação que permeia a sociedade atual. O referencial teórico está fundamentado nos conceitos de competência em informação, competência em informação sobre saúde, psicometria, desinformação e elementos convergentes, assim como na atuação profissional dos sujeitos da pesquisa. A metodologia caracteriza-se como pesquisa de levantamento, de natureza básica, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). A amostra, por conveniência, é composta por ACS e ACE de todas as regiões do Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário, em que foram aplicadas questões em escala Likert sobre competência em informação, enfrentamento de situações de desinformação no território de atuação, além de questões para caracterização sociodemográficas. Nos resultados, a principal potencialidade foi a checagem de veracidade das informações recebidas, com 96,5% de concordância entre os participantes, seguida da comparação da informação em várias fontes, com 85,6%, e da facilidade em corrigir situações de desinformação no território de atuação, com 80,3% de concordância. As principais fragilidades relacionam-se à dificuldade de acesso a consultas médicas, apontada por 63,7% dos entrevistados, e à compreensão de linguagens técnicas de bulas de medicamentos, em que 54,2% da amostra assinalaram escalas de dificuldade. A partir da operacionalização do agrupamento das questões por etapa de competência em informação, o cálculo psicométrico registrou as seguintes médias em escala padronizada de valores entre 0 e 1: fator Uso (0,650), fator Seleção (0,638), fator Busca (0,623) e, fator Necessidade (0,596). Nos modelos de regressão linear múltipla, que relacionam as características sociodemográficas com cada fator, a idade mostrou-se o preditor negativo mais consistente, com profissionais mais velhos apresentando menores escores em todos os fatores. O vínculo empregatício "Outro" e a menor escolaridade também foram associados a pior desempenho, enquanto níveis educacionais mais elevados favoreceram o fator Seleção. Conclui-se que os ACS e ACE possuem níveis moderados de competência em informação sobre saúde e que a formação continuada é medida necessária para a resistência à desinformação e o fortalecimento da saúde pública.

Palavras-chave: Competência em informação; Agentes comunitários de saúde Agentes de combate às endemias; Desinformação em saúde; Psicometria.

ABSTRACT

Considering the strategic role of Community Health Agents and Endemic Disease Control Agents as a bridge between the population and the Brazilian Unified Health System (SUS), as well as their work in disease prevention and health promotion, this dissertation aims to investigate how these professionals identify, seek, select, and use health information in the face of the misinformation that pervades contemporary society. The theoretical framework is grounded in the concepts of information literacy, health information literacy, psychometrics, misinformation, and converging elements, as well as in the professional practice of the research subjects. The methodology is characterized as a survey research, of a basic nature, with a mixed-methods approach (quantitative and qualitative). The convenience sample is composed of health agents from all regions of Brazil. Data collection was conducted through a questionnaire, which included Likert-scale items on information literacy, coping with misinformation situations in their work territory, as well as sociodemographic characterization questions. In the results, the main strength was the verification of the truthfulness of received information, with 96.5% agreement among participants, followed by the statement of comparing information across multiple sources, with 85.6% agreement, and 80.3% reported ease in correcting misinformation situations in their work territory. The main weaknesses relate to difficulty in accessing medical appointments, reported by 63.7% of respondents, and in understanding technical language in medication package inserts, with 54.2% of the sample indicating difficulty levels. Based on the operational grouping of questions by information literacy stage, the psychometric calculation recorded the following means on a standardized scale from 0 to 1: Use factor (0.650), Selection factor (0.638), Search factor (0.623), and Need factor (0.596). In the multiple linear regression models, which relate sociodemographic characteristics to each factor, age emerged as the most consistent negative predictor, with older professionals showing lower scores across all factors. Employment status classified as "Other" and lower educational attainment were also associated with poorer performance, whereas higher educational levels favored the Selection factor. It is concluded that health agents exhibit moderate levels of health information literacy, and that continuing education is a necessary measure for building resilience against misinformation and for strengthening public health.

Keywords: Information literacy; Community health workers; Health misinformation; Psychometrics.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACRL	ACRL Association of College and Research Libraries
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ALA	American Library Association
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
Brapci	Base de Dados em Ciência da Informação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Ciência da Informação
Coinfo	Competência em Informação
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Cras	Centros de Referência de Assistência Social
CSV	Comma-Separated Values (Valores Separados por Vírgula)
DHI	Desenvolvimento de Habilidades em Informação
DP	Desvio-padrão
EP	Erro Padrão
EPS	Educação Popular em Saúde
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FABICO	Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação
FEBAB	Federação Brasileira de Associações de Bibliotecários, Cientistas de Informação e Instituições
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
HLQ-Br	Health Literacy Questionnaire – versão brasileira
IC 95%	Intervalo de Confiança de 95%
IFLA	International Federation of Library Associations and Institutions
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
M	Média
MLA	Medical Library Association
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PMSA	Projeto Mais Saúde com Agente
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VIF	Variance Inflation Factor (Fator de Inflação da Variância)
VS	Vigilância em Saúde
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Porcentagem de respostas do fator Necessidade (N = 1.062) 66
Tabela 2 - Porcentagem de respostas do Fator Busca (N = 1.062) 68
Tabela 3 - Porcentagem de respostas do fator Seleção (N = 1.062)..... 70
Tabela 4 - Porcentagem de respostas do fator Uso (N = 1.062) 73
Tabela 5 - Estatísticas descritivas e alfa de Cronbach dos escores padronizados (N = 1.045)..... 78
Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 1.045)..... 79
Tabela 7 - Regressão linear múltipla para o fator Necessidade 84
Tabela 8 - Regressão linear múltipla para o fator Busca..... 86
Tabela 9 - Regressão linear múltipla para o fator Seleção..... 87
Tabela 10 - Regressão linear múltipla para o fator Uso 88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Padrões de DHI da IFLA 47
Gráfico 1 - Alfa de Cronbach dos fatores 77
Gráfico 2 - Médias e Desvios-padrão dos escores padronizados (N = 1.045) 78
Quadro 1 - Operacionalização dos padrões da ACRL sobre competência em informação 43
Quadro 2 - Operacionalização da competência em informação a partir do DHI, IFLA 47
Quadro 3 - Questões avaliativas do fator Necessidade 60
Quadro 4 - Questões avaliativas do fator Busca 62
Quadro 5 - Questões avaliativas do fator Seleção 63
Quadro 6 - Questões avaliativas do fator Uso 65

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

1.1 Questão de pesquisa 14

1.2 Objetivos 14

1.3 Justificativa 14

2 ACE E ACS: TRAJETÓRIA, INTEGRAÇÃO, EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E DESAFIOS FRENTE À DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE 17

2.1 Percurso histórico e atividades típicas de ACE 17

2.2 Percurso histórico e atividades típicas de ACS 19

2.3 Integração da atuação de ACE e ACS 21

2.4 Educação Popular em Saúde 22

2.5 Desafios enfrentados pelos ACE e ACS frente à desinformação em seus territórios 25

3 DESORDEM INFORMACIONAL: DESINFORMAÇÃO E ELEMENTOS CONVERGENTES 28

4 COMPETÊNCIA EM INFORMAÇÃO 38

4.1 Competência em informação sobre saúde (*health information literacy*) . 49

4.2 A psicometria como ferramenta de avaliação da competência em informação sobre saúde 52

5 METODOLOGIA 55

5.1 Estudo empírico com ACE e ACS 55

5.2 População e amostra 56

5.3 Instrumento de coleta de dados 56

5.4 Análise dos dados 57

5.5 Aspectos ético-legais 57

5.6 Declaração de uso de inteligência artificial 58

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES 59

6.1 Operacionalização das questões psicométricas em etapas da competência em informação 59

6.2 Análises e discussão das respostas 66

6.2.1 Competência em informação sobre saúde de ACS e ACE: análise descritiva por questão do instrumento 66

6.2.2 Competência em informação sobre saúde de ACS e ACE: análise descritiva por fatores e teste de confiabilidade 76

6.2.3 Características sociodemográficas: análise descritiva e poder preditivo sobre a competência em informação 79

7 CONCLUSÃO **92**

REFERÊNCIAS **94**

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **107**

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados **109**

1 INTRODUÇÃO

Com a pandemia de Covid-19 pudemos perceber o quanto a população brasileira carece de informações confiáveis e de capacidade de avaliar e compreender as informações sobre saúde. Junto a isso, vivemos em um mundo digital em que uma grande quantidade de informações sobre saúde, doenças e formas de tratamento e prevenção são disseminadas, porém nem todas são verdadeiras.

O desafio da expansão descontrolada do saber é preocupação há décadas. Demo (2000), em artigo sobre ambivalências da Sociedade da Informação, reconhece que desinformar pode ser o projeto principal de poder, fazendo parte de um processo de manipulação em que o receptor seleciona o que é possível em um universo de dados. Para Morin (1999), a multiplicação e a disseminação de grande quantidade de informação em parcelas dispersas fazem com que percamos o controle e a integração do conhecimento, que depende de competências especializadas para ser adquirido e dar sentido à informação.

Na saúde pública, a circulação da desinformação representa risco sanitário, pois impacta a tomada de decisão sobre saúde pela população, como exemplo a hesitação vacinal, adesão a tratamentos sem eficácia comprovada que podem causar danos à saúde e desconfiança nas instituições e nos profissionais de saúde. Com isso, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE) pode ser afetada.

Entre as estratégias para lidar com o grande fluxo de informação e desinformação a que estamos expostos diariamente estão o desenvolvimento da competência em informação, a educação em informação, a formulação de políticas públicas e a regulação da internet. Esta pesquisa se concentra na competência em informação, que inicia com uma necessidade de informação e envolve a busca, seleção e o uso da informação.

A busca pressupõe conhecimento das fontes de informação confiáveis e de qualidade e das estratégias de busca apropriadas, incluindo a habilidade de utilizar palavras-chave e operadores. A seleção inclui o refinamento e avaliação da relevância dos resultados a partir de critérios como credibilidade, autoridade e atualidade, e também demanda as habilidades de leitura e avaliação, organização e sintetização do resultado da busca para a seleção da informação que atenda à necessidade informacional. O uso consiste na aplicação das informações selecionadas no contexto

desejado**,** sendo que as habilidades relacionadas incluem a produção de novas informações e novos conhecimentos, a comunicação e o compartilhamento, respeitando aspectos éticos, privacidade de dados e direitos autorais.

Nesse sentido, Oliveira, Pinheiro e Ortega (2025) defendem que a população brasileira precisa desenvolver alfabetização digital para identificar fontes confiáveis e avaliar criticamente conteúdos, desmistificando a desinformação de forma pedagógica junto às comunidades de atuação. A qualificação constante é o que permite que os profissionais de saúde consigam contornar essas situações.

Um exemplo concreto de iniciativa para a qualificação de ACS e ACE é o Projeto Mais Saúde com Agente (PMSA). Com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde, a qualidade e a resolutividade dos serviços da atenção primária aos brasileiros, iniciou em 2022 a parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para oferecimento do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, para os ACS e Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias, para os ACE, qualificando 286 mil ACS e 95 mil ACE, que atuam em todo o território nacional (Projeto Mais Saúde Com Agente, [2024]).

A legislação brasileira estabelece a presença de ACS na Estratégia Saúde da Família e de ACE na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental. O ACS tem como atribuição exercer atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, enquanto o ACE atua em atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças, além da promoção da saúde. Ambos realizam atividades de forma integrada, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da Educação Popular em Saúde (Brasil, 2018).

Entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2018).

Assim, considerando a atuação estratégica de ACS e ACE como elo entre os usuários e os serviços prestados pelo SUS, e tendo em vista que suas atividades

estão diretamente relacionadas à prevenção de doenças, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, torna-se necessário conhecer as habilidades e a competência em informação desses profissionais. Diagnosticar como buscam, selecionam e usam as informações em saúde, é, portanto, relevante para subsidiar a elaboração de conteúdos formativos voltados à qualificação desses profissionais, contribuindo para a efetividade das ações de promoção da saúde.

1.1 Questão de pesquisa

O tema do projeto abrange a discussão sobre a competência em informação de ACS e ACE e busca responder à seguinte questão: “Como os ACS e ACE identificam a necessidade, acessam, selecionam e usam as informações em saúde?”

1.2 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é investigar a competência em informação de ACS e ACE frente à desinformação.

Os objetivos específicos são:

a) identificar potencialidades e fragilidades em atividades, tarefas e atitudes relacionadas à competência em informação;
b) investigar o poder preditivo das características sociodemográficas na competência em informação;
c) compreender a facilidade/dificuldade na correção de desinformações em saúde junto à população.

1.3 Justificativa

A realização desta investigação se mostra necessária diante da importância estratégica do trabalho dos ACS e ACE no âmbito do SUS. Esses profissionais atuam diretamente nos territórios, estabelecendo vínculos com as comunidades, promovendo o cuidado, orientando sobre práticas de prevenção e sendo, muitas vezes, a principal fonte de informação em saúde para a população.

Assim, esta pesquisa pode proporcionar subsídios empíricos para a

compreensão da realidade informacional dos ACS e ACE, analisando se esses profissionais estão adequadamente preparados para buscar, selecionar e usar as informações em saúde, bem como identificar os elementos mais vulneráveis, suas potencialidades e fragilidades. Os resultados poderão embasar ações educativas, políticas públicas, programas de formação e materiais pedagógicos que fortaleçam a competência em informação no contexto do SUS, contribuindo para um cuidado mais qualificado e alinhado às necessidades da população, e também guiar estratégias na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e usuários, aumentando a adesão a tratamentos e potencializando a promoção da saúde e o controle de doenças.

Do ponto de vista pessoal e profissional, este estudo justifica-se em virtude da atuação da pesquisadora na tutoria da primeira edição dos cursos técnicos do Projeto Mais Saúde com Agente, o que gerou preocupações sobre a forma como a informação circula nesse meio.

A relevância para a Ciência da Informação se justifica no sétimo movimento epistemológico da Ciência da Informação (CI), destacado por (Araújo, 2018), como proposta de constituir a CI como uma ciência pós-moderna voltada para a resolução de problemas causados pelas ciências modernas. Neste caso, o problema causado é a explosão da informação e consequentemente a desinformação, fenômeno em evidência que nos desafia a realizar estudos na área para sua compreensão.

Ressalta-se que na literatura da Ciência da Informação (CI) brasileira, há poucos estudos que abordam a competência em informação desses profissionais. Essa escassez pode limitar a formulação de estratégias e dificultar a identificação de quais aspectos demandam maior investimento formativo para o acesso a informações confiáveis e enfrentamento eficaz da desinformação nos territórios.

A pesquisa também reforça a interdisciplinaridade do campo, ao conectar a CI à Psicologia e à Matemática, com destaque para as subáreas de competência em informação e psicometria. A incorporação de técnicas psicométricas à competência em informação confere rigor científico e robustez aos estudos sobre o comportamento humano e os processos mentais. Ao operacionalizar construtos abstratos, essa abordagem possibilita a mensuração de dimensões subjetivas, como a percepção de capacidades e as emoções, ampliando a fidedignidade das pesquisas no campo. Desse modo, almeja-se contribuir para a consolidação da competência em informação como um domínio mensurável, que fornece diagnósticos precisos sobre os

comportamentos informacionais.

A dissertação está estruturada em sete capítulos. O primeiro (esta introdução) apresenta a contextualização do tema, o problema de pesquisa, a justificativa e os objetivos que balizam o estudo.

O referencial teórico em que é fundamentada a dissertação compreende os capítulos 2, 3 e 4. O capítulo 2 percorre o histórico dos ACE e ACS e sua atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), detalhando suas atribuições legais, os processos de formação e o papel de mediação que desempenham, situando os sujeitos da pesquisa e seu desempenho na circulação da informação e a Educação Popular em Saúde (EPS) nos territórios. O capítulo 3 aborda a desordem informacional e seus elementos convergentes, expondo como a desinformação pode comprometer campanhas de vacinação, o controle de endemias e a adesão a tratamentos médicos, criando um cenário de risco sanitário. O Capítulo 4 explora a competência em informação, desde suas origens até aspectos contemporâneos, conectando-se com o conceito de *health literacy* e discutindo a psicometria como ferramenta estatística para sua mensuração.

Os procedimentos metodológicos são descritos no capítulo 5. Com abordagem mista, a investigação mensura os níveis de competência em informação a partir da psicometria, de ACE e ACS. São descritos os instrumentos de coleta de dados, os critérios de seleção da amostra e as técnicas de análise estatística. O capítulo 6 combina os resultados e discussões, relacionando os achados com a literatura para responder aos objetivos. Por fim, o capítulo 7 conclui o trabalho, apresentando recomendações para políticas de formação continuada de ACS e ACE, apontando as limitações do estudo e sugerindo caminhos para futuras investigações.

2 ACE E ACS: TRAJETÓRIA, INTEGRAÇÃO, EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E DESAFIOS FRENTE À DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE

Para a compreensão da atuação dos ACS e ACE, esta seção explora a inserção desses profissionais no contexto dos serviços da Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), destacando sua trajetória histórica e principais atribuições. Examina-se, ainda, o papel desempenhado na promoção da informação, da comunicação e da educação popular em saúde nos territórios, evidenciando sua função mediadora entre o SUS e a comunidade, bem como os desafios contemporâneos relacionados à desinformação.

2.1 Percurso histórico e atividades típicas de ACE

A origem dos ACE está vinculada às ações históricas de enfrentamento de endemias de febre amarela, malária, doença de Chagas e esquistossomose. O modelo de controle sanitário era inspirado na forma de organização militar, as ações eram centralizadas na esfera federal, com intervenções pontuais, setoriais e desarticuladas, de modo que os agentes dedicavam-se a uma doença específica, originando as denominações “guardas da malária”, “guardas da dengue” e assim por diante. A formação era de caráter instrumental e restrita ao conteúdo técnico necessário ao controle de um agravo específico (Brasil, 2022; 2025). Em 1970, o Ministério da Saúde criou a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), quando os profissionais passaram a ser nomeados agentes de saúde pública. Posteriormente, na década de 1990, as funções destes órgãos foram incorporadas pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que passou a centralizar as ações de saneamento e controle de doenças em nível nacional.

Com a regulamentação do SUS em 1990, o processo de descentralização intensificou-se. A atribuição das ações de controle de endemias passou da União para os estados, municípios e Distrito Federal (Brasil, 2022). Com a Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, foi estabelecida oficialmente a nomenclatura ACE em todo o território brasileiro, vinculando o trabalho desses profissionais ao SUS, no âmbito da vigilância em saúde (Brasil, 2022; 2025).

Visando fortalecer a integração das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), a Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010,

recomendou a incorporação gradativa dos ACE (ou de profissionais que exerciam essas atividades sob outras nomenclaturas) às Equipes de Saúde da Família (eSF), exigindo um processo de trabalho alinhado à realidade local, com preservação das especificidades de cada setor enquanto promove o compartilhamento de tecnologias e práticas, seguindo diretrizes de compartilhamento dos territórios e integrando planejamento, programação, monitoramento e avaliação (Brasil, 2010).

A implantação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) em 2018 representou um marco regulatório no trabalho do ACE, pois promoveu a integração estratégica entre os componentes da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária. Na PNVS, a Vigilância em Saúde é entendida como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e divulgação de informações sobre eventos relacionados à saúde. Envolve o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (Brasil, 2018).

São atividades típicas de ACE (Brasil, 2022; 2025):

a) mobilização da comunidade para ações educativas de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde;
b) ações de pesquisa entomológica (estudo de insetos), malacológica (estudo de moluscos) e coleta de reservatórios de doenças;
c) execução de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de controle integrado de vetores;
d) identificação de riscos e situações que interfiram no curso de doenças ou que tenham importância epidemiológica, especialmente relacionadas a fatores ambientais;
e) cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento de estratégias de prevenção;
f) orientação à comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças;
g) vigilância e monitoramento de populações expostas a substâncias químicas ou contaminantes do solo, água e ar;
h) mapeamento de áreas críticas de transmissão de doenças;
i) atuação, sob supervisão, na vacinação animal contra zoonoses de

relevância para a saúde pública, na coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas de animais e no controle populacional de animais, combatendo a propagação de doenças;

j) apoio à imunização humana, verificação da carteira de vacinação da população nas visitas domiciliares, orientando e encaminhando a atualização (desde que possua certificação técnica).

De modo geral, o trabalho do ACE passou de um modelo verticalizado e fragmentado focado no controle isolado de endemias para uma atuação integrada e estratégica no âmbito do SUS e da APS. As atribuições envolvem o diagnóstico ambiental e sanitário, a notificação de agravos, a orientação comunitária e a articulação com a APS, promovendo a integralidade do cuidado e a territorialização das ações. Essa evolução histórica demonstra que o fortalecimento do SUS demanda o reconhecimento da atuação destes profissionais, bem como a qualificação contínua alinhada às necessidades locais e à complexidade do processo saúde-doença nos territórios.

2.2 Percurso histórico e atividades típicas de ACS

A institucionalização dos ACS no Brasil teve como marco inicial a experiência do estado do Ceará, que, ao sofrer uma grande seca em 1987, contratou 6.113 pessoas para trabalhar em 118 municípios como agentes de saúde. Após os resultados positivos, o governo do estado do Ceará criou o Programa de Agentes de Saúde (PAS), tornando-se referência para a formulação de políticas públicas nacionais, o que levou o Ministério da Saúde a instituir, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2022; 2025).

Inicialmente, o PACS foi implantado nos estados do Nordeste com foco nas ações materno-infantis, em que os ACS eram responsáveis por atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação, ao aleitamento materno e o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças, alcançando significativas melhoras em indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil (Morosini; Fonseca, 2018).

A consolidação dessas experiências aproximou os serviços de saúde das famílias, culminando no lançamento do Programa de Saúde da Família (PSF) em

1994. O PSF reorientou o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, tendo a família como centro de atenção e agindo preventivamente a partir de equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde da Família (eSF). Assim, os ACS passaram a integrar as equipes multiprofissionais de saúde e o escopo de trabalho passou a abranger a promoção da saúde de toda a família e o acompanhamento de todos os ciclos de vida (Brasil, 2022; 2025).

Em 2006, por não ser o PSF uma intervenção vertical e paralela de serviços de saúde, e por se caracterizar como estratégia que possibilita a integração e organização das atividades com o propósito de identificar e resolver os problemas de um território, transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF). Para atingir os objetivos da ESF, as eSF ampliaram o olhar para as condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade (Brasil, 2009).

Na eSF, o papel central dos ACS é a mediação entre os serviços, profissionais de saúde e moradores dos territórios. Na rotina, a atividade preponderante é a visita domiciliar, que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas. Os membros da família são cadastrados, são realizadas orientações diversas, bem como informações sobre o funcionamento dos serviços, entre outras ações (Morosini; Fonseca, 2018).

São atividades típicas dos ACS (Brasil, 2022; 2025):

a) cadastro de pessoas da sua área, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território para o planejamento das ações de saúde;
b) avaliação de famílias com maior risco e vulnerabilidade, utilizando instrumentos de diagnóstico demográfico, de saúde, ambiental e sociocultural;
c) busca ativa e acompanhamento de pessoas com doenças agudas ou crônicas, agravos ou eventos de importância para a saúde pública, com encaminhamento à unidade de referência;
d) acompanhamento das condicionalidades de programas sociais (como o Bolsa Família) em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS);
e) realização de visitas domiciliares e periódicas para acolhimento e monitoramento de públicos específicos: gestantes, lactantes, crianças,

adolescentes, idosos, pessoas em sofrimento psíquico, dependentes químicos, grupos vulneráveis;

f) monitoramento vacinal de gestantes, idosos e populações de risco conforme o calendário nacional de vacinação;
g) aferição da pressão arterial, medição de glicemia, verificação de antropometria, orientação para a correta administração de medicação (desde que possua qualificação técnica e sob supervisão);
h) identificação de situações de violência doméstica contra mulheres, crianças ou idosos no território e articulação com a proteção necessária.

Sintetizando, a trajetória dos ACS consolidou-se em nível nacional, mostrando a importância estratégica destes profissionais na integração entre serviços de saúde e os usuários do SUS. Suas atribuições envolvem o cadastramento, busca ativa e visitas domiciliares periódicas nos territórios, com o acompanhamento de todos os ciclos de vida e identificação de grupos populacionais vulneráveis e em risco. Sua atuação é sustentada pelo vínculo de confiança com as famílias, o conhecimento do território, a mediação entre saberes científicos e populares como pilar da educação em saúde.

2.3 Integração da atuação de ACE e ACS

Embora haja atribuições típicas de ACE e típicas de ACS, há também aquelas que são comuns a ambos os cargos. Conforme a integração entre VS e APS avança, as atividades tendem a se tornar mais unificadas, de modo que o trabalho dos ACE fortalece e expande o alcance da eSF, agregando suas experiências na prevenção de agravos, promoção da saúde e controle de fatores de risco ambientais que afetam diretamente a saúde da população (Brasil, 2025).

A integração foi potencializada pelo Projeto Mais Saúde com Agente, que também incentiva o papel dos agentes de saúde como mediadores estratégicos no território, traduzindo os determinantes socioambientais em ações de cuidado integral e atuando criticamente frente a novos desafios sanitários, como a disseminação de desinformações. Ao oferecer cursos técnicos para milhares de agentes em todo o Brasil com base em uma pedagogia crítica, o PMSA vem fortalecendo a atuação dos ACE e ACS nas comunidades, promovendo o desenvolvimento contínuo dos agentes

de saúde, preparando-os para oferecer um atendimento mais eficaz (Brasil, 2025).

Conforme a Diretriz Nacional para Atuação Integrada (Brasil, 2025), o conjunto de atividades comuns entre ACS e ACE é estruturado em quatro categorias principais: Vigilância, Identificação de Riscos à Saúde; Monitoramento de Condições e Agravos à Saúde Ambiental e Comunitária; Promoção da Saúde, Educação Comunitária e Mobilização Social; e Mitigação de Riscos e Ações Preventivas.

A Vigilância e Identificação de Riscos à Saúde envolve o diagnóstico demográfico, social e ambiental do território, com o planejamento conjunto de ações e o cadastramento atualizado de domicílios para identificar situações que interfiram no curso de doenças. O Monitoramento de Condições e Agravos à Saúde Ambiental e Comunitária atua na identificação de casos suspeitos de doenças e no encaminhamento para unidades de referência, com busca ativa de pessoas com sinais de agravos (ACS) e acompanhamento de condicionalidades de programas sociais e, de forma assistida, a investigação laboratorial de zoonoses e necropsia de animais (ACE). A Promoção da Saúde, Educação Comunitária e Mobilização Social orienta a comunidade sobre sintomas, riscos e medidas de prevenção por meio de ações educativas individuais ou coletivas. Também busca mobilizar a população para o manejo ambiental e estimular a participação social nas políticas públicas de saúde e o protagonismo comunitário. A Mitigação de Riscos e Ações Preventivas abrange o controle direto de vetores, bloqueio de transmissão de doenças e realização de mutirões. Inclui o acompanhamento do estado vacinal de grupos prioritários (ACS), a vacinação animal contra zoonoses (ACE), podendo também o ACE atuar na vacinação humana mediante supervisão (Brasil, 2025).

Logo, a integração entre ACE e ACS representa a superação da fragmentação histórica das ações de saúde, consolidando a associação da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária no cuidado integral da saúde pública, com amparo da legislação e de programas de qualificação como o Projeto Mais Saúde com Agente. Essa integração potencializa a política pública de Educação Popular em Saúde, abordada na próxima subseção.

2.4 Educação Popular em Saúde

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS (PNEPS-SUS) foi instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. O objetivo geral desta

política é implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS para fortalecer a participação popular, com gestão participativa, controle social, cuidado, formação e práticas educativas em saúde. Seus eixos estratégicos são fundamentados em: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais. Suas práticas são orientadas pelos princípios de: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (Brasil, 2013).

Podemos perceber que as características da PNEPS-SUS (expressas em seu objetivo geral, princípios e eixos) aproximam-se da vertente pedagógica de Paulo Freire. Em consonância com esse pensamento, Dantas, Silva e Alencar (2021) exploram as oportunidades da construção dialógica e libertadora dos processos de cuidado e EPS a partir da atuação dos agentes de saúde, devido ao seu caráter educativo e à sua capilaridade no SUS. Fittipaldi, O'Dwyer e Henriques (2021), ao conceituar a EPS, adotam a concepção de uma construção dialógica do conhecimento, com estímulo à autonomia, à participação popular e ao protagonismo dos sujeitos no seu próprio cuidado. Complementando, Nunes (2025) define a EPS como uma ação entre sujeitos que se relacionam para desenvolver o conhecimento e a autonomia, garantindo que as estratégias de saúde sejam mais efetivas e centradas na dignidade humana.

Essa compreensão da EPS como prática mediadora e dialógica, fundamentada nos pressupostos freireanos, reforça o papel dos agentes de saúde enquanto categoria promotora da articulação entre os saberes técnico-científicos e saberes populares dos usuários dos serviços de saúde. O principal meio para tornar essa articulação possível é a visita domiciliar, onde a escuta ativa e a relação de cuidado estabelecem a confiança e a credibilidade para o desempenho de atividades educativas e mediadoras.

De acordo com Stotz, David e Bornstein (2009, p. 495), olhar para o agente de saúde […] como um educador, na perspectiva da educação popular em saúde, redefine seu papel mediador na transformação das práticas de saúde. Em pesquisa empírica, Marteleto *et al.* (2025) mostram que ACS e ACE reconhecem seu papel de educadores e mediadores diante de desinformação, a qual compromete a percepção dos cuidados e dos direitos à saúde. Os autores ressaltam o distanciamento entre os

serviços formais e a pluralidade dos saberes locais, defendendo a compreensão das determinações sociais das doenças, dialogando com a população e lutando pela valorização dos saberes construídos no enfrentamento das situações vividas nos territórios, na escuta e na interação com saberes e vivências da população.

As atividades profissionais concentram-se nos domicílios e na comunidade, estando presentes em situações que poderiam não chegar às UBS, o que aproxima os serviços de saúde das realidades e modos de vida da população. No entanto, mediar esta aproximação não é uma tarefa simples, pois “Supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta” (Stotz; David; Bornstein, 2009, p. 494).

Logo, as visitas domiciliares constituem os espaços privilegiados para consolidação do vínculo, da confiança, da identificação de necessidades e da educação em saúde. Ações planejadas de acordo com a escuta das necessidades dos usuários fortalecem o vínculo, promovendo o protagonismo da comunidade. Conforme Albuquerque, Méllo e Barros (2021), os grupos, as visitas domiciliares e as atividades educativas planejadas sob a ótica do envolvimento comunitário representam as formas mais potentes de EPS.

Esse entendimento é reforçado por Marteleto *et al.* (2025), que destacam a capacidade dos agentes de saúde em escutar e identificar demandas territoriais que profissionais restritos ao ambiente da unidade de saúde não conseguem alcançar, e até necessidades de saúde não manifestadas espontaneamente, agindo de forma proativa frente à demanda espontânea. A aproximação dos serviços de saúde com o território e suas práticas populares também fortalece princípios como a humanização e o acolhimento (Bonetti, Chagas e Siqueira, 2014).

Um dos requisitos para exercer a profissão de agente de saúde é residir na cidade de atuação. Conforme Marteleto e David (2014), essa dualidade de papéis como profissional de saúde e residente local os torna mediadores com o conhecimento técnico-científico da saúde e os saberes das práticas vivenciadas no território. O compartilhamento da mesma cultura e vivências dos usuários tende a facilitar as orientações de saúde (Marteleto *et al.,* 2025). Para Dantas *et al*. (2018), o conhecimento significativo do território de atuação efetiva seu papel mediador e ressignifica a produção do cuidado.

Martines e Machado (2010, p. 332), em reflexão teórica sobre a conexão entre produção de cuidado em saúde e subjetividade, afirmam que o diálogo permite a

circulação de elementos, muitas vezes contraditórios, dissonantes, tensos, pois reservam-se a alteridades em interação, em contato, em vinculação; nem sempre visível ou perceptível para o trabalhador, a equipe, ou o serviço de saúde, que, em tese, coordena as ações de cuidado. Assim, as vias de produção do cuidado individual ou coletivo são resultantes de forças e recursos que agem e reagem nesse território de produção, "[...] onde os sujeitos, profissional e usuário, se encontram, se reconhecem e se movimentam, enquanto assistem e são assistidos, enquanto escutam e são escutados, cada qual em seu conjunto dinâmico de intenções e significações (re) elaboradas no plano da subjetividade".

A partir das experiências cotidianas no enfrentamento dos problemas de saúde, na escuta das narrativas pessoais e histórias de vida da comunidade, as memórias e os saberes se expressam, de modo que o trabalho dos agentes de saúde permite a compreensão da dinâmica da produção, mediação e apropriação dos saberes em saúde (Marteleto *et al.*, 2025). Ressalta-se que a formação em educação popular muda qualitativamente a interação com as famílias, produz maior capacidade de escuta ativa e respeito ao saber popular, resulta em cuidado integral, não apenas cumprimento de protocolos e permite a identificação de determinantes sociais de saúde que números estatísticos não capturam (Dantas *et al*., 2018).

Diante do exposto, conclui-se que o trabalho dos ACS e ACE, do ponto de vista dos princípios da EPS, ultrapassa a transmissão de informações e se constitui como uma prática dialógica e transformadora. Ao planejar ações de cuidado considerando o contexto social, o conhecimento prévio, as necessidades da população e os saberes dos territórios, esses profissionais fortalecem a escuta e estabelecem uma relação de confiança. Reafirma-se, assim, que a EPS é um dos eixos estruturantes da atuação de ACS e ACE e indispensável para uma APS forte e resolutiva. Contudo, essa potência exige o compromisso contínuo com a qualificação desse trabalho, de modo a responder às diferentes configurações da vida e das relações sociais nos diversos territórios, onde o processo saúde-doença se constrói e se expressa de maneira singular.

2.5 Desafios enfrentados pelos ACE e ACS frente à desinformação em seus territórios

Com a intensificação de problemas relacionados à desinformação e à

manipulação de dados, a qualidade da informação tem sido prejudicada, de modo que no campo da saúde “[...] mais do que em qualquer outro, a desinformação não é uma questão secundária; combatê-la é missão crítica para todos os profissionais e um dever do Estado” (Simeão, 2022, p. 21).

Macêdo *et al.* (2025), em estudo multicêntrico, apontam que elementos que antes não integravam a rotina de trabalho dos ACE e ACS, como situações de enfrentamento à desinformação, passaram a ser recorrentes com a popularização de mídias sociais e redes digitais. Freire *et al.* (2023), em pesquisa com amostra de 15.132 profissionais de saúde que atuaram na linha de frente do enfrentamento à Covid-19 em instituições de saúde de todo o Brasil, expõem que 91% dos entrevistados apontaram as *fake news* como obstáculos ao combate da pandemia e que 76,1% atenderam pacientes que expressaram crença em desinformação, prejudicando as respostas da saúde pública e impactando negativamente o trabalho da maioria dos profissionais entrevistados.

O uso da informação e de fontes confiáveis são fatores determinantes nas ações de proteção à saúde coletiva. Conforme Simeão (2022), essas tarefas têm se mostrado desafiadoras dada a complexidade da circulação de informação e a diversidade de canais de comunicação. Tais desafios vão além do campo da pesquisa científica e configuram-se como diferencial estratégico com capacidade de influenciar o sucesso ou o fracasso da gestão das políticas públicas em saúde.

Conhecer a informação implica compreender suas fontes e os parâmetros que orientam sua identificação e validação, considerando aspectos como a consistência, a confiabilidade dos dados e a legitimidade de sua origem. Envolve, ainda, o uso adequado de diferentes tipos de fontes e a consulta a instituições reconhecidas com credibilidade e segurança (Santana; Simeão, 2022).

Entre os principais problemas na atuação profissional, o estudo conduzido por Nisihara *et al.* (2018) apontou aqueles relacionados à baixa remuneração e à insegurança para transmitir informações sobre as doenças. Muitos agentes relataram já terem sido agredidos durante o trabalho, principalmente de forma verbal. Ademais, Chiaravalloti *et al.* (2007) discorrem sobre dificuldades da atuação dos agentes de saúde nas ações de combate à dengue, seja por recusa da visita ao domicílio ou por questões sociais mais amplas, como falta de saneamento, alto índice de violência e impossibilidade de acesso a domicílios.

Sousa *et al.* (2025) destacam que a poluição informacional, gerada pela

disseminação massiva de *fake news*, cria um ecossistema informacional poluído que mina a confiança da população nas instituições e nas vacinas. Esse ambiente dificulta o diálogo, atrapalhando a comunicação com a comunidade. Para enfrentar esse problema, os autores apontam a necessidade de novas competências, exigindo que os profissionais desenvolvam habilidades de comunicação de risco e diálogo empático, reforçando o papel de mediador dos agentes de saúde. A tarefa é descrita como nada fácil e ainda requer forte vínculo e capacidade de escuta qualificada.

Diante deste cenário, a função educativa dos ACS e ACE é essencial para que as políticas públicas de saúde funcionem, pois eles atuam como filtros mediadores e autoridades cognitivas no território, ajudando a desmistificar boatos e orientando a população com informações verificadas (Marteleto *et al.*, 2025). A EPS oferece as ferramentas para uma comunicação crítica que não apenas reproduz dados, mas promove a literacia em saúde, capacitando as pessoas a avaliarem e darem sentido às informações que recebem via redes sociais (Akerman, 2025; Marteleto; David, 2021).

Logo, a desinformação no campo da saúde é um desafio que compromete a confiança nas instituições, a eficácia das políticas públicas e a própria relação entre profissionais de saúde e a comunidade assistida, impondo aos ACS e ACE uma atuação que exige não apenas conhecimento técnico, mas também habilidades de comunicação de risco, escuta qualificada e vínculo fortalecido pela relação de confiança. Ainda, o combate à desinformação requer investimento em formação, valorização dos agentes e estratégias para o desenvolvimento de habilidades de competência em informação para o fortalecimento da mediação nos territórios através da EPS.

3 DESORDEM INFORMACIONAL: DESINFORMAÇÃO E ELEMENTOS CONVERGENTES

O cenário informacional contemporâneo tem sido notavelmente afetado pela desinformação, um problema amplificado em dimensões sem precedentes pelo grande fluxo de informações criadas e disseminadas através das TICs (Tecnologias da Informação e Comunicação) e, recentemente, pela inteligência artificial. Nesse contexto, qualquer indivíduo pode consumir, compartilhar ou criar informações sem que haja validação de veracidade ou de intenção, provocando preocupações em vários campos de pesquisa e prejudicando setores da sociedade, entre eles a saúde pública.

Entre as razões para o fortalecimento da desinformação, podemos refletir sobre o rompimento da ciência com o senso comum. De acordo com Santos (2000, p. 31), a ciência "[...] constrói-se, pois, contra o senso comum, e para isso dispõe de três atos epistemológicos fundamentais: a ruptura, a construção e a constatação". O autor afirma que é necessária uma ruptura epistemológica inversa à que ocorrera na ciência moderna, ou seja, em vez de distanciar-se do senso comum para atingir um nível qualitativo, agora é necessário aproximar o conhecimento científico o máximo possível do conhecimento do senso comum, pois conforme o autor, o "[...] conhecimento científico pós-moderno só se realiza enquanto tal na medida em que se converte em senso comum".

Ao examinar as formas atuais de produção, circulação e consumo de informação, Bezerra (2024, p.15) encontra as contradições:

> […] temos a conexão ampliada que estimula o isolamento individual; a rede social que fragmenta a esfera pública; a inteligência artificial que hipertrofia a estupidez humana; o aprendizado de máquinas que promove a ignorância de pessoas; a memória computacional que forja a amnésia cerebral; a aceleração tecnológica que aniquila o tempo livre; a flexibilização do trabalho que leva trabalhadores ao sobretrabalho; a liberdade de expressão que dá aso [*sic*] ao discurso de ódio; o acesso à informação que é eclipsado pelo obscurantismo negacionista; a sociedade da hiperinformação que inaugura a era da desinformação.

Essa realidade impõe demandas adicionais aos profissionais que atuam na saúde pública dos territórios, como os ACS e ACE, que além das suas atividades de rotina, ainda precisam identificar informações falsas e esclarecer narrativas equivocadas, a fim de apoiar a população na construção de uma compreensão mais segura sobre temas de saúde. Por isso, esta seção, alinhada ao objetivo de

compreender a facilidade ou dificuldade percebida por esses profissionais na correção de desinformações, foi desenvolvida para contextualizar a desordem informacional da atualidade, na qual a desinformação e seus elementos convergentes prosperam.

Quando emergem novas doenças que evoluem para situações de endemias, epidemias ou pandemias, também surgem na população sentimentos de incerteza e medo, assim como o anseio por respostas e soluções rápidas, o que contribui para a conformação de um ambiente favorável à proliferação de desinformação.

Situando a problemática no âmbito de riscos globais, em relatório divulgado pelo Fórum Econômico Mundial em 2025, a desinformação é apontada como uma das principais ameaças contemporâneas, junto ao risco ambiental e ao conflito armado. Em curto prazo, a desinformação lidera os riscos, podendo alimentar a instabilidade, desacreditar a confiança governamental e dificultar a cooperação para o enfrentamento de crises. Na perspectiva de longo prazo, os riscos vinculam a desinformação à esfera tecnológica, principalmente pelos resultados adversos do avanço desregulado da inteligência artificial (Fórum Econômico Mundial, 2025).

Ressalta-se o impacto da tecnologia e da inteligência artificial sobre a desinformação. Wardle e Derakhshan (2019) observam que novas e poderosas tecnologias simplificam a manipulação e a fabricação de conteúdo, de modo que com o aprimoramento dessas ferramentas cresce a dificuldade de discernir conteúdos falsos. Zuboff (2021) complementa que certas estratégias tecnológicas projetam o aumento da certeza através de atividades que incentivam, sintonizam, vigiam, manipulam e modificam o comportamento em direções específicas. Assim, a disseminação de conteúdos enganosos é amplificada por infiltrações e campanhas orquestradas de desinformação (Posetti; Bontcheva, 2020), além do uso estratégico de *bots,* Schneider (2022). Tais estratégias frequentemente exploram construções de narrativas e memes com alto teor emotivo, potencializando o engajamento do público e a eficácia da desinformação (Posetti; Bontcheva, 2020).

Na concepção de Wardle e Derakhshan (2017; 2019), a desordem da informação é tratada em três grandes grupos: informações incorretas (*misinformation*), desinformação (*disinformation*) e má-informação (*malinformation*). As informações incorretas se referem às falsas informações disseminadas, porém, sem a intenção primária de causar prejuízos, ou seja, a pessoa que está divulgando acredita ser verdadeira. A má-informação é baseada na realidade e em recortes de conteúdos legítimos, mas utilizada para causar prejuízos a uma pessoa, organização ou país. Já

o conceito de desinformação contempla a criação de conteúdos informacionais falsos, que são conscientemente produzidos para causar danos, é uma mentira intencional e resulta em usuários que são ativamente desinformados por pessoas maliciosas. Embora haja diferenças, os danos causados são semelhantes e ainda há casos em que estes tipos são combinados.

Apesar dos autores manterem esta classificação, justificando que as causas, técnicas e antídotos podem variar de acordo com as características de cada uma, nesta pesquisa, a informação incorreta e a má-informação são tratadas como desinformação.

Continuando com a teorização de Wardle e Derakhshan (2019), o termo desinformação foi definido em manual da Unesco produzido pelos autores como tentativas deliberadas (frequentemente orquestradas) para confundir ou manipular pessoas por meio de transmissão de informações desonestas, sendo categorizadas em sete tipos de conteúdo:

a) sátira e paródia: conteúdo humorístico e exagerado, sem intenção de causar mal, mas que pode ser confundido com fato real;
b) conexão falsa: quando títulos, imagens ou legendas não correspondem ao conteúdo do texto;
c) conteúdo enganoso: uso seletivo e/ou parcial de informação para enquadrar uma questão ou pessoa, tendenciosamente;
d) contexto falso: informação/imagem verdadeira compartilhada fora do contexto original;
e) conteúdo impostor: quando fontes legítimas são usadas para divulgar informação falsa;
f) conteúdo manipulado: informação ou produto genuínos alterados ou distorcidos para enganar;
g) conteúdo fabricado: conteúdo falso criado exclusivamente para enganar e causar dano.

Essas categorizações são recentes, porém “Muito antes dos algoritmos e suas bolhas, técnicas de manipulação de informação já eram amplamente usadas, inclusive pelos grandes veículos de comunicação” (Alencar; Schneider, 2022, p. 7). A situação vem se agravando, de modo que ações de combate não acompanham o ritmo de

desenvolvimento e proliferação de produtos de desinformação. Além disso, o sistema de compartilhamento de pessoa para pessoa, frequentemente viral, torna impossível reverter a disseminação de uma desinformação, mesmo que jornalistas e outros checadores de fatos consigam desmascará-las (Posetti, 2019). Somado a isso, mesmo sabendo da possibilidade de verificação das informações, há indivíduos que não demonstram interesse em buscar conteúdos que contrariem suas convicções, outros que desconfiam dos canais de checagem e ainda, há aqueles que não possuem habilidades suficientes para realizar tal verificação.

Entre as características da desinformação, Heller, Jacobi e Borges (2020) citam a distorção, a omissão de contexto, o enviesamento das notícias, o excesso de informação, entre outros. Brisola e Bezerra (2018, p. 3319) explicam que "[…] desinformação envolve informação descontextualizada, fragmentada, manipulada, retirada de sua historicidade, tendenciosa, que apaga a realidade, distorce, subtrai, rotula ou confunde".

Assim, no ecossistema informacional contemporâneo, a desinformação prospera por meio de elementos convergentes, que se retroalimentam, entre os quais se destacam: sobrecarga informacional (ou hiperinformação), negacionismo, teorias da conspiração, discurso de ódio, câmaras de eco, filtros bolha e vigilância de dados, *fake news,* pós-verdade e infodemia.

A sobrecarga de informação dificulta a distinção entre fato e ficção, causando um cenário de confusão, propício para a intensificação da desinformação. De acordo com Schneider (2022), a sobrecarga informacional gera dispersão e dificuldade no entendimento da informação, enquanto as teorias conspiratórias têm sempre um fundo de verdade misturado com fantasia e são a base do negacionismo, ou seja, os criadores e propagadores inventam explicações e soluções simplistas, com manipulação emocional para os problemas reais do mundo. Albuquerque e Quinan (2019) explicam que teorias da conspiração, fundamentadas na lógica da negação do real, saíram do âmbito particular e tornaram-se um elemento com capacidade de contestar interpretações que eram de senso comum até pouco tempo.

No negacionismo, indivíduos rejeitam conhecimentos verdadeiros e estabelecidos por evidências científicas e empíricas em favor de narrativas alternativas, que, por sua vez, ganham espaço pela desconfiança nas instituições, na ciência, no estado de direito e na imprensa. Gomes e Zamora (2024, p. 9) explicam que "[…] apesar do robusto conjunto de evidências que comprove a existência de um

acontecimento, ele é negado". Os autores trazem o exemplo da pandemia de Covid-19 no Brasil, em que mesmo registrando a marca de mais de 4 mil óbitos por dia, com hospitais lotados e falta de insumos e equipamentos básicos, muitas pessoas e até mesmo autoridades afirmavam que a situação estava controlada.

Essas formas de negacionismo não se manifestam de maneira isolada, ganham força se organizando em grupos formados por indivíduos com posições semelhantes nas chamadas câmaras de eco. De acordo com Vasconcellos-Silva e Castiel (2025), estas câmaras funcionam como catalisadoras de desinformação e são potencializadas pelos filtros bolha, que por sua vez constituem-se a partir de algoritmos de pesquisa, alimentados por mecanismos de aprendizado por máquina que buscam preferências de acordo com os dados fornecidos e no "comportamento de cliques" dos usuários.

Schmidt *et al.* (2018, tradução da autora), ao estudarem comunidades *online*, mostraram que o consumo de conteúdo sobre vacinas é dominado pelo efeito de câmara de eco. O acesso a uma grande quantidade de conteúdo pela internet, sem intermediários, resultou na segregação de grupos polarizados, onde circulam informações que se alinham às suas crenças, ignorando informações contrárias e fomentando ainda mais a polarização de opiniões. A vigilância de dados potencializa a disseminação destes conteúdos, nela "[…] todos os aspectos da experiência humana são reivindicados como suprimentos de matéria-prima e usados com a finalidade de serem transformados em dados comportamentais" (Zuboff, 2021, p. 35). Com isso, os dados são extraídos e depositados para posteriormente serem convertidos em algoritmos programados para abastecer os grupos com conteúdo que realce suas opiniões e ideologias.

Logo, da mesma forma que é importante distinguir mensagens verdadeiras das falsas, também é necessário perceber aquelas que são verdadeiras ou com alguma verdade, mas que são usadas para prejudicar em vez de servir ao interesse público, por exemplo, a publicação das informações verdadeiras que violam a privacidade de uma pessoa (Wardle; Derakhshan, 2019). Sob esse prisma, Douglas (2016) conceitua como *doxing* a divulgação pública e intencional na internet de informações pessoais sobre um indivíduo, geralmente com intenção de humilhar, ameaçar, intimidar ou punir, violando sua privacidade e expondo dados não consentidos, também inclui registros governamentais ou organizacionais obtidos por meio de uma violação de segurança.

Entre os conteúdos de desinformação que circulam neste e em outros ambientes digitais estão as *fake news.* Pennycook e Rand (2021) as definem como conteúdo publicado na internet que se assemelha esteticamente a conteúdo jornalístico legítimo e tradicional, mas que é fabricado ou extremamente impreciso. Na concepção de Schneider (2022), são informações falsas disfarçadas de notícias jornalísticas do tipo sensacionalista, produzidas e propagadas intencionalmente, sobretudo nas redes digitais, para favorecer grupos de interesse, que também usam o termo para desqualificar qualquer notícia séria que contrarie suas posições, gerando mais confusão.

Convém observar que, apesar da expressão *fake news* predominar no discurso sobre desinformação, diversos pesquisadores a consideram simplista para descrever um fenômeno tão complexo. Wardle e Derakhshan (2019), por exemplo, rejeitam a ideia de que o termo possua um significado direto ou comumente compreendido, isso porque o conceito de "notícia" pressupõe informações verificáveis e de interesse público e a expressão "notícia falsa" constitui um oxímoro, cujo uso danifica a credibilidade do jornalismo legítimo, aquele que de fato atende a esses critérios de verificabilidade e relevância. Por essa razão, os autores preferem usar os termos desinformação e informação incorreta.

No entanto, conforme dito anteriormente, grandes veículos de comunicação manipulam notícias há muito tempo, […] manipulação seria ao mesmo tempo operar em algo, interferir na sua integridade e afetar o seu fluxo natural. Manipular uma notícia é distorcer, não ser fiel ao fato de origem, enganar, omitir, inverter, mentir" (Christofoletti, 2018, p. 4). Essa discussão expõe a problemática em torno do termo, porém dada a consolidação na literatura nacional, nesta pesquisa, optou-se pelo uso das expressões *fake news* e notícia falsa de forma intercambiável.

Relacionando a problemática ao escopo desta dissertação, em estudo multicêntrico conduzido por Santana e Simeão (2022), mais de 80% dos ACS e ACE que responderam à pergunta "*Como uma informação falsa (fake News) impacta sua atividade como agente?"*, afirmaram que suas atividades laborais são dificultadas, de modo que este tipo de conteúdo prejudica a comunicação com a comunidade atendida e suas equipes de trabalho, bem como o compartilhamento de materiais sobre saúde com a população.

Sacramento (2018) alerta que os criadores de *fake news* se apropriam de logomarcas, endereços eletrônicos e características de fontes conhecidas e confiáveis

para construir desinformação com poder de autoridade e convencimento. Um exemplo é o uso de dados científicos verdadeiros fora de contexto e/ou fragmentados para a produção de informação falsa. Em análise de *fake news* baseadas em dados científicos, Gomes, Penna e Arroio (2020, p. 12) identificaram que "[...] o uso de jargões científicos na estrutura de uma notícia falsa contribui para a validação de um discurso semelhante ao de especialistas". Por sua vez, Mata, Grigoleto e Lousada (2020) enfatizam que existem vetores de forças políticas, econômicas e sociais, que podem ser articulados para desacreditar a produção científica, muitas dessas investidas são pautadas na aproximação do senso comum ou por ações políticas intencionais.

Em 2016, a palavra selecionada pelo *Oxford Dictionaries, como a* "Palavra do Ano" foi a pós-verdade, definido como adjetivo relativo que denota circunstâncias em que os fatos objetivos são menos influentes na formação da opinião pública do que os apelos à emoção e à crença pessoal (Oxford Dictionaries, 2016, tradução da autora). Segundo Santaella (2019), a expressão foi utilizada pela primeira vez por Steve Tesich em 1992, ao se referir a questões sobre a Guerra do Golfo e passou a ter notoriedade com o uso por grupos políticos em 2016.

Vale ressaltar que a humanidade carrega uma bagagem de culturas e crenças construídas ao longo do tempo. Junto a isso, as pessoas tendem a rejeitar os fatos e informações que não fazem parte das convicções prévias que sustentam sua visão de mundo, intensificando o viés de confirmação, onde os indivíduos priorizam suas hipóteses atuais e desconsideram evidências contrárias. Nessa dinâmica, as hipóteses de preferência são tratadas como dados confirmatórios e confiáveis, enquanto as hipóteses que as desafiam são tratadas como duvidosas e pouco confiáveis (Klayman, 1995).

Schneider (2022, p. 61) explica que crença é o desejo de que algo não evidente seja verdadeiro mesmo sem ter a certeza da verdade, o autor caracteriza a pós-verdade, essencialmente, nos três aspectos a seguir:

> 1) as mediações informacionais sociotécnicas que a nutrem e dela se retroalimentam, operacionalizadas algoritmicamente por gigantescas corporações capitalistas de vigilância, mineração de dados e produção de metadados, vendidos no mercado (político e stricto sensu) de predição comportamental, cuja capilaridade, escala operacional e velocidade não têm precedentes na história;
> 2) o fato de emergir com tamanho vigor após um século de crescente popularização da cultura científica ao redor do planeta, embora de modo

> desigual;
> 3) seu viés conservador em termos políticos, morais e culturais, com colorações frequentemente fascistas, que serve de cortina de fumaça ou corolário para o credo econômico neoliberal.

Assim, a pós-verdade estabelece a legitimidade de fontes duvidosas em detrimento da veracidade da informação, com eficiência na indução ao consumo de coisas, modos de vida e visões de mundo, intensificando a crise de confiabilidade nas principais autoridades cognitivas modernas: a imprensa dita séria, a ciência e o estado de direito (Schneider, 2022). Conhecimentos adquiridos cientificamente são colocados em descrédito, de modo que teorias baseadas em achismos, opiniões ou em dogmas religiosos passam a ser aceitas e possuem maior credibilidade (Sacramento, 2018). Para Araújo (2021), entre as consequências da pós-verdade normalmente são elencados: o enfraquecimento da democracia, o crescimento de regimes políticos autoritários, o extremismo, a polarização e a difusão da cultura do ódio.

Neste cenário de desordem informacional, em 2020, durante a pandemia de Covid-19, percebemos a intensificação de outro elemento convergente, a infodemia. Descrita pela Organização Pan-Americana da Saúde, como o excesso de informações associadas a um aspecto específico, algumas precisas e outras não, que se multiplicam de forma rápida e dificultam a identificação de fontes idôneas e orientações confiáveis por pessoas em geral e pelos profissionais de saúde no momento em que são necessárias. As pessoas sentiram-se ansiosas, deprimidas, sobrecarregadas, emocionalmente exaustas e incapazes, e os processos de tomada de decisões foram afetados, o controle de qualidade das publicações foi comprometido, assim como o tempo dedicado à análise de evidências científicas, insuficiente (OPAS, 2020). De acordo com Miskolci (2023), neste período, a desinformação foi usada como uma forma organizada e sistemática de comunicação por grupos com o objetivo de conquistar e/ou influenciar a opinião pública.

Quando estas situações ocorrem em cenários de emergências de saúde, podem causar dificuldade na identificação de soluções e atrapalhar estratégias de controle sanitário, sendo também um obstáculo para a geração de conhecimento, podendo levar a patologias desencadeadas pela sobrecarga informacional (Alencar; Schneider, 2022). Assim, conforme Santos *et al.* (2023), a infodemia é um acontecimento multidimensional, complexo e emergente, relacionado a diversas questões sociais e de saúde.

Em estudo conduzido por Mata, Grigoleto e Lousada (2020), concluiu-se que uma parcela significativa da população está vulnerável à infodemia, na qual o excesso de informação ultrapassa a capacidade humana de processamento, dificultando a tomada de decisão e atingindo a saúde mental dos indivíduos, causando ansiedade e dificuldade de concentração. Por isso, as autoras enfatizam a necessidade urgente de fomentar e implementar políticas informacionais voltadas para formação da competência em informação e apresentam possíveis formas de enfrentamento por meio das dimensões da competência em informação.

Com a onda massiva de desinformação durante a pandemia, Posetti e Bontcheva (2020), produziram um resumo de políticas publicado pela UNESCO, que cunhou o termo "desinfodemia", para representar a fusão entre infodemia e desinformação. No período de Covid-19, a desinfodemia foi marcada por informações falsas sobre as origens do vírus, remédios ineficazes para o tratamento, politização da crise e ataques a jornalistas, disseminação de estatísticas equivocadas sobre incidência e taxa de mortalidade e até indução a compras motivadas por pânico. Para isso, foram construídas narrativas e memes com alto teor emotivo, imagens e vídeos fraudulentos fora de contexto, infiltrações e campanhas orquestradas de desinformação, criação de páginas de internet e fontes de informação falsas (Posetti; Bontcheva, 2020).

Diante do exposto, fica evidente que a desinformação tem ganhado novas proporções com as dinâmicas atuais de produção, circulação e consumo de informação. A combinação entre os elementos que compõem a desinformação e a falta de preparo para lidar com esses conteúdos cria um campo fértil de desordem informacional, em que é difícil a distinção entre fato e opinião, verdade e manipulação. É urgente promover ações que desenvolvam a competência em informação da população para que consigam buscar, selecionar e usar informação fidedigna de forma consciente, crítica e ética.

Isso vale tanto para a tomada de decisão na vida cotidiana, como para lidar com cenários de emergências em saúde, como foi o caso durante a pandemia de Covid-19, período em que o trabalho dos ACS e ACE foi impactado pela hesitação vacinal. Em 2020, Zattar exemplificou ações que causaram prejuízos na saúde pública durante a pandemia: recusa a vacinas, incentivo ao uso de medicamentos cuja eficácia ainda não havia sido atestada pelos órgãos oficiais e desencorajamento ao isolamento social.

Essa desordem informacional continua impactando no trabalho destes profissionais, que enfrentam a desconfiança e hesitação nas orientações, tratamentos e conhecimentos científicos já consolidados. Na prática, ações simples como eliminar água parada são rejeitadas, são colocados obstáculos ao trabalho de campo pelo impedimento das visitas domiciliares e pela baixa adesão em campanhas de prevenção e estratégias de promoção de saúde e vigilância, aumentando os casos de doenças evitáveis.

De acordo com Brasil (2024), desde 2016 o país passou a registrar queda nas coberturas de todas as vacinas do Calendário Nacional de Imunização, com acentuação entre os anos de 2020 e 2021, em virtude da pandemia da Covid-19. Entre as dificuldades relatadas encontram-se a disseminação de desinformação relacionada à segurança das vacinas. Somado a isso, a rotina dos ACE e ACS que já era densa, é sobrecarregada ao se depararem com a tarefa de corrigir informações e argumentos equivocados, o que consome um tempo que poderia ser dedicado a atividades que envolvem a promoção da saúde e o fortalecimento de vínculos comunitários. Entre as estratégias de enfrentamento, Palmer e Gorman (2024) colocam o apoio à capacidade dos profissionais em lidar com a desinformação em saúde. Essa ideia fundamenta-se no fato de as pessoas confiarem mais nos seus profissionais e instituições locais.

Essa relação de confiança pode ser aliada ao treinamento e à qualificação profissional sobre competências específicas para identificar a necessidade, buscar, selecionar e usar informações estrategicamente, visando contrapor a desinformação de maneira crítica, ética e dialógica. Essa necessidade de formação remete ao conceito da competência em informação, que embora tenha surgido no contexto educacional e tecnicista norte-americano da década de 1970, encontra no atual momento um campo de aplicação urgente e relevante.

4 COMPETÊNCIA EM INFORMAÇÃO

Impulsionado por transformações sociais e educacionais da década de 1960, o conceito de competência em informação foi introduzido no contexto educacional norte-americano na década de 1970, com a expressão *information literacy*. A expressão foi utilizada pela primeira vez em 1974, com a publicação de um relatório por Paul Zurkowski, que discutia os desafios informacionais e educacionais para o desenvolvimento tecnológico e industrial da época. Como solução, Zurkowski sugeriu o estabelecimento de um programa nacional de *information literacy*. No relatório destacam-se os trechos:

> A informação não é conhecimento; são conceitos ou ideias que entram no campo de percepção de uma pessoa, são avaliados e assimilados, reforçando ou alterando o conceito de realidade do indivíduo e/ou sua capacidade de agir. Assim como a beleza está nos olhos de quem vê, a informação está na mente de quem a utiliza *(*Zurkowski, 1974, p. 4, tradução da autora*)*.
> As pessoas treinadas na aplicação dos recursos de informação para o seu trabalho podem ser chamadas de competentes em informação […]. Aprenderam técnicas e possuem habilidades para utilizar a ampla gama de ferramentas e fontes primárias de informação para moldar soluções de informação para os seus problemas. (Zurkowski, 1974, p. 6, tradução da autora).

Outros autores, sem usar a expressão *information literacy*, também fizeram contribuições relevantes, entre eles Alvin Toffler[1] (1971 *apud* Shenton, 2023, tradução da autora), que abordou: a importância de avaliar a informação, a necessidade de construir sentido a partir do material que acessamos, os perigos da sobrecarga de informação e que as pessoas precisam aprender a aprender. Shenton (2023, tradução da autora) não descarta a possibilidade de que, apesar da importância de Zurkowski, tenha sido Toffler quem mais contribuiu para consolidar a necessidade de competências informacionais diante das rápidas mudanças tecnológicas, pois seu livro teve grande circulação com várias reimpressões. Assim, enquanto o relatório (literatura cinzenta) de Zurkowski de 1974 apresentou pela primeira vez o termo *information literacy*, o livro de Toffler teve ampla circulação e difundiu os fundamentos do conceito.

Conforme Siqueira (2011), ao promover a oferta de competências informacionais a todos os cidadãos, Zurkowski também projetava estratégias

[1] Toffler, Alvin. **Future shock**. New York: Bantam Books, 1971.

educacionais e políticas diante da abundância de informações disponíveis e da necessidade de modelos eficazes de uso e acesso, implicando economia de recursos à nação. Para Badke (2010, tradução da autora), a nova forma de estudar a informação como um assunto separado e de compreender a emergente era da informação, originou o movimento de competência em informação que conhecemos hoje.

Ao final da década de 1970 e durante a década de 1980, ações da *American Library Association* (ALA) institucionalizam e impulsionam o desenvolvimento da *information literacy*. Entre as ações estão o lançamento de um número especial da revista *Library Journal* com artigos sobre a informação. Segundo Dudziak (2016), as contribuições foram significativas, abordando temas como a política nacional de informação, programas federais de bibliotecas, novos fluxos de informação, o manifesto dos bibliotecários e perspectivas sobre o futuro.

Contudo, para a ALA (1989), embora as bibliotecas historicamente tenham fornecido uma estrutura significativa para facilitar o desenvolvimento do conhecimento, elas foram praticamente omitidas nas políticas públicas educacionais da época, desconsiderando sua contribuição e a integração da *information literacy*. Conforme Campello (2003), o desenvolvimento da competência em informação foi a resposta dos bibliotecários estadunidenses para tirar a biblioteca do estado de desprestígio em que se encontravam.

Em 1987, Margaret Chisholm, enquanto presidente da ALA, constituiu o *Presidential Committee on Information Literacy*, composto por líderes em Educação e Biblioteconomia, com três propósitos (ALA, 1989, *on-line,* tradução da autora):

> (1) definir a information literacy dentro das alfabetizações superiores e sua importância para o desempenho dos alunos, a aprendizagem ao longo da vida e a cidadania ativa; (2) elaborar um ou mais modelos para o desenvolvimento da information literacy apropriados para ambientes de aprendizagem formais e informais ao longo da vida das pessoas; e (3) determinar implicações para a educação continuada e o desenvolvimento de professores.

No relatório final (ALA, 1989), o comitê consolidou diretrizes e reforçou a necessidade de indivíduos dominarem habilidades, conhecimentos e atitudes para se tornarem competentes em informação. Sendo a definição de *information literacy* elaborada pela instituição, uma das mais disseminadas pelo mundo:

> Para ser competente em informação o indivíduo deve ser capaz de reconhecer a necessidade de informação e ter a habilidade de localizar, avaliar e usar a informação. São pessoas competentes que aprendem a aprender, pois sabem como organizar a informação e como usá-la para que outras pessoas aprendam a partir dela (ALA, 1989, *on-line,* tradução da autora).

Conforme Dudziak (2016), o documento serviu de base à disseminação da competência em informação no mundo, com o surgimento de diversas iniciativas tanto em âmbito local quanto mundial. Campello (2003, p. 28) conclui que o movimento da competência informacional desenvolveu-se em torno de quatro aspectos: "[...] a sociedade da informação, as teorias educacionais construtivistas, a tecnologia da informação e o bibliotecário.

Assim, o conceito de *information literacy* evoluiu. Antes limitado a habilidades de localização da informação, passou a incluir habilidades mais complexas, abrangendo também compreensão e avaliação da informação, exigindo novas atitudes inerentes à pesquisa "[...] como a relevância, a eficácia e a eficiência, o pensamento crítico e o pensamento criativo, num contexto abrangente que extrapola a biblioteca, definindo dessa forma o trinômio – conhecimentos, habilidades e atitudes" (Belluzzo; Feres, 2016, p. 144).

Para Campello (2003), métodos de aprendizagem dinâmicos e centrados no aluno estimularam a ação dos bibliotecários, que perceberam que as bibliotecas tinham contribuição importante a dar no apoio às novas estratégias didáticas. Ações de educação de usuários e uso da informação realizadas pelas bibliotecas passaram a desempenhar um papel de maior relevância no contexto da aprendizagem.

No Brasil, o conceito apareceu na literatura pela primeira vez em 2000, com a expressão habilidade informacional (Caregnato, 2000). Ao longo dos anos, diferentes termos foram usados para expressar o conceito da *information literacy*: competência em informação, habilidades informacionais, alfabetização informacional, letramento informacional, literacia informacional, fluência informacional e variantes são alguns exemplos.

Em 2011, durante o XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação, ocorreu o evento paralelo I Seminário sobre Competência em Informação, no qual os participantes propuseram o termo competência em informação como o mais adequado para a tradução do *information literacy*. Esse consenso representou um marco histórico na padronização terminológica e conceitual da

competência em informação, culminando na “Declaração de Maceió sobre Competência em Informação: cenários e tendências”. O documento surge da necessidade de responder às demandas de uma sociedade mediada pela informação, onde os recursos para acesso, avaliação e uso eram considerados insuficientes para o pleno exercício da cidadania (Declaração..., 2011). Essa consolidação foi reforçada em 2013, por Horton Junior através de livro editado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em que também foi recomendado o termo competência em informação para o português do Brasil.

Superadas a fundamentação histórica e a definição terminológica, procede-se agora à análise da literatura para a conceituação do termo. Para Bernhard (2002), a competência em informação é um conjunto de atitudes relacionadas ao uso e domínio da informação em qualquer formato, incluindo as tecnologias de acesso. Essas competências envolvem identificar necessidades informacionais, conhecer fontes de informação, elaborar estratégias de busca, avaliar os conteúdos encontrados, interpretar e sintetizar informações, além de reformulá-las e comunicá-las efetivamente. Esses processos se fundamentam na solução de problemas e constituem o núcleo do conceito de competência em informação.

No entanto, esses processos podem não ser tão simples, a começar pela identificação da necessidade informacional. Varela e Barbosa (2012, p. 143) exploram essa questão, argumentando que tais necessidades surgem de um processo de interação entre o indivíduo e seu ambiente:

> As necessidades de informação são muitas, refletindo a extensão e a diversidade de preocupações com os acontecimentos e mudanças do mundo externo. Por outro lado, a atuação e a capacidade cognitiva do homem são limitadas, o que o obriga a uma seleção das informações às quais dará atenção. As necessidades de informação nascem de problemas, incertezas e ambiguidades encontradas em situações e experiências específicas. Tais situações e experiências são as interações de um grande número de fatores relacionados não apenas à questão subjetiva, mas também à cultura, aos limites na execução de tarefas, à clareza dos objetivos e do consenso, ao grau de risco, às normas profissionais, à quantidade de controle, etc. Portanto, não estamos apenas preocupados com o significado da informação, mas sim com as condições, padrões e regras de uso, que tornam a informação significativa para determinados indivíduos em determinadas situações.

Em relação à busca, de acordo com a *Association of College and Research Libraries* (ACRL, 2000; 2016, tradução da autora), geralmente ocorre de modo não linear e sim cíclico, exigindo a avaliação de uma variedade de fontes de informação e

a flexibilidade mental para buscar caminhos alternativos à medida que novos entendimentos se desenvolvem. A identificação de fontes relevantes e os meios para acessá-las tornam a busca uma experiência contextualizada que afeta e é afetada pelas dimensões cognitiva, afetiva e social do pesquisador. Dependendo do escopo, do contexto e das fontes, pode ser uma pesquisa rápida ou complexa, com estratégias de busca básicas ou avançadas.

Após a realização da busca, com o resultado obtido vem a etapa de seleção em que ocorre a avaliação da informação. Itens irrelevantes ou fora do contexto são descartados e são avaliados os aspectos de credibilidade, autoridade e atualidade, além da capacidade de reconhecer o momento em que se possui informações suficientes para finalizar a etapa (ACRL 2000; 2016, tradução da autora). Ainda, de acordo com Varela e Barbosa (2012, p. 144), na seleção “A decodificação e a interpretação da informação incluem atividades de leitura, de construção de relações, conhecimentos prévios, novos dados, comparação de diferentes pontos de vista e a avaliação”.

O uso da informação constitui a base para a construção do conhecimento e permeia o desenvolvimento intelectual, profissional e crítico do indivíduo. Ele compreende as atividades envolvidas na assimilação de informações de modo a convertê-las em conhecimento, com a aplicação em habilidades intelectuais e funções cognitivas para interpretação, controle e organização do conhecimento, bem como comunicação (ACRL, 2000; 2016, tradução da autora).

Para orientar a avaliação da competência em informação, a ACRL desenvolveu uma estrutura intelectual composta por quatro padrões que operacionalizam a identificação da necessidade de informação (necessidade), como localizá-la (busca), como avaliá-la (seleção) e como utilizá-la (uso) (Quadro 1). Os padrões são compostos por indicadores que servem como guia para avaliar a competência em informação (ACRL, 2000, tradução da autora) e, embora tenham sido produzidos para aplicação em atividades do ensino superior, podem se adaptar a vários contextos, pessoas e situações.

Quadro 1 - Operacionalização dos padrões da ACRL sobre competência em informação

Competência	Operacionalização
Necessidade (Padrão Um)	*Define e articula a necessidade de informação*
	Identifica uma variedade de tipos e formatos de informação
	Considera os custos e benefícios da aquisição da informação
	Reavalia a natureza e a extensão da necessidade de informação
Busca (Padrão Dois)	*Seleciona os métodos de investigação ou sistemas de recuperação de informação adequados*
	Constrói e implementa estratégias de pesquisa eficazes
	Obtém informações online ou pessoalmente
	Aprimora a estratégia de busca durante o processo de investigação
	Extrai, registra e gerencia as informações e suas fontes
Seleção (Padrão Três)	*Resume as principais ideias encontradas nas fontes*
	Articula e aplica critérios iniciais para avaliar a informação e suas fontes
	Sintetiza ideias principais para construir novos conceitos
	Compara o novo conhecimento com o conhecimento anterior
	Determina se o novo conhecimento tem impacto na visão de mundo
	Valida a compreensão e a interpretação através do diálogo com especialistas ou outros indivíduos
	Determina se a pergunta inicial foi adequadamente respondida
Uso (Padrão Quatro)	*Aplica informações novas e prévias ao planejamento e criação de um produto específico*
	Revisa o processo de desenvolvimento do produto
	Comunica o produto de forma clara e eficaz utilizando diversas tecnologias
	Compreende questões econômicas, legais e sociais relacionadas ao acesso e uso de informação
	Segue leis, regulamentos, políticas institucionais e etiqueta relacionadas ao acesso e uso de informação
	Reconhece o uso de fontes de informação na comunicação do produto

Fonte: Adaptado de ACRL (2000, tradução da autora).

O padrão associado à necessidade estabelece a capacidade em determinar a natureza e a extensão da informação requerida. Neste estágio, o indivíduo define e articula a sua necessidade informacional. Envolve a análise da viabilidade de adquirir a informação, considerando custos e benefícios, e a reavaliação contínua da

necessidade à medida que o processo de investigação evolui (ACRL, 2000, tradução da autora).

No padrão referente à busca, as informações são acessadas com métodos de investigação ou sistemas de recuperação de informação adequados. Envolve a construção e implementação de estratégias de pesquisa e organização das informações recuperadas (ACRL, 2000, tradução da autora).

O padrão da seleção envolve a avaliação crítica da informação e as suas fontes, incorporando os dados selecionados na sua base de conhecimento. Este estágio inclui resumir ideias principais, aplicar critérios de validade, precisão, autoridade e atualidade, e sintetização de novos conceitos. Comparando o novo conhecimento com o anterior, determina-se o valor agregado da informação, bem como sua validação e interpretação através do diálogo com especialistas ou outros indivíduos (ACRL, 2000, tradução da autora).

Por sua vez, no padrão que trata do uso, ocorre a utilização da informação para atingir um objetivo específico. Inclui aplicação prática de informações novas e prévias no planejamento e criação de um produto, organizando o conteúdo de forma a apoiar os objetivos pretendidos. Envolve a capacidade de comunicar o resultado de forma clara, utilizando diversas tecnologias e mantendo uma postura reflexiva sobre o sucesso das estratégias utilizadas durante todo o processo (ACRL, 2000, tradução da autora).

Para a ACRL (2000, tradução da autora), estes padrões constituem a base para a aprendizagem ao longo da vida, sendo transversal a todas as disciplinas e níveis de ensino, o que permite autonomia e controle sobre o processo de descoberta. Em 2016, a entidade ampliou essa operacionalização, desenvolvendo o *Framework for Information Literacy for Higher Education* (traduzido para o português em 2022), um referencial estruturado por seis princípios flexíveis e coerentes: a autoridade é construída e contextual; a criação de informação é entendida como um processo; a informação tem valor; a investigação se baseia no questionamento; a comunicação científica é vista como diálogo e a pesquisa como exploração estratégica.

A autoridade é construída e contextual: a autoridade não se configura como um conceito absoluto, ela é construída socialmente; consequentemente, distintas comunidades podem reconhecer e valorizar modalidades diversas de autoridade, de modo a determiná-la pela necessidade de informação, por isso constitui uma forma de influência que é reconhecida e/ou exercida dentro de um contexto. Compreender

esse conceito possibilita à pessoa examinar criticamente as informações que acessa e recebe, levando-a a questionar a procedência, o contexto e a relevância desses conteúdos em relação às suas necessidades. Indicadores básicos de avaliação de uma fonte, como o tipo de publicação em que foi veiculada e as credenciais de seu autor, servem como ponto de partida para aferir a credibilidade de quem a produziu. Essa avaliação, por sua vez, deve considerar a necessidade informacional específica e o contexto em que a informação será utilizada (ACRL, 2016, tradução da autora; 2022).

Criação de informação como um processo: A informação, em qualquer formato, é produzida para transmitir uma mensagem e é compartilhada por meio de um método de entrega selecionado. Os ciclos repetitivos de pesquisa, criação, revisão e disseminação de informações variam, e o produto final reflete essas diferenças. O processo de criação envolve pesquisa, criação, revisão e divulgação da informação e origina múltiplos modos e formatos. Os elementos que afetam a criação ou que nela se refletem (como alterações anteriores ou posteriores à publicação, ou o processo de revisão) podem ser indicadores de qualidade. Ao entender o processo de criação, os indivíduos conseguem selecionar produtos informacionais de maior qualidade e, assim, adequar as informações às suas necessidades (ACRL, 2016, tradução da autora; 2022).

A informação tem valor: A informação possui diversas dimensões de valor: como produto, como meio de educação, como fator de influência, de negociação e de compreensão do mundo. Manifesta-se em vários contextos, incluindo as práticas editoriais, o acesso à informação, a comercialização de dados pessoais e a propriedade intelectual, de modo que a produção e a divulgação da informação são influenciadas pelos interesses legais e socioeconômicos (ACRL, 2016, tradução da autora; 2022).

Investigação como questionamento: É um processo que se concentra em perguntas ou problemas que estão em aberto ou não resolvidos, o espectro do questionamento varia desde perguntas simples até aquelas que dependem de estratégias de pesquisa e um maior repertório de métodos de investigação. Esse processo de questionamento estende-se do mundo acadêmico à comunidade em geral, podendo se concentrar em necessidades pessoais, profissionais ou sociais (ACRL, 2016, tradução da autora; 2022).

Comunicação científica como diálogo: Comunidades acadêmicas ou

profissionais se envolvem em discussões sustentadas com novos *insights* e descobertas que surgem ao longo do tempo como resultado de perspectivas e interpretações. A pesquisa nos campos acadêmico e profissional é uma prática discursiva na qual as ideias são formuladas, debatidas e ponderadas umas contra as outras durante longos períodos. As respostas para problemas complexos são feitas a partir de várias perspectivas concorrentes, como parte de um diálogo contínuo, no qual usuários e criadores de informação constroem significados. Essas perspectivas podem estar em sua própria disciplina ou profissão, ou podem estar em outras áreas com as quais não estão familiarizados (ACRL, 2016, tradução da autora; 2022).

Pesquisa como exploração estratégica: A pesquisa de informação frequentemente não é linear e sim cíclica, exigindo a avaliação de um conjunto de fontes de informação e flexibilidade para prosseguir por caminhos alternativos à medida que se desenvolve um novo entendimento. Se inicia com uma pergunta que orienta a busca pela informação necessária, permite identificar fontes relevantes e os meios de acesso a elas. Ainda, é afetada pelas dimensões cognitivas, afetivas e sociais, enquanto algumas estratégias de busca são simples, outras são realizadas a partir de uma variedade de estratégias, dependendo das fontes, do escopo e do contexto das necessidades informacionais (ACRL, 2016, tradução da autora; 2022).

Embora tenha sido sucedida por uma nova edição, a primeira publicação (ACRL, 2000) permanece relevante devido ao seu caráter normativo e prescritivo, uma vez que seus indicadores podem ser traduzidos em etapas operacionais de competência em informação, gerando resultados mensuráveis. O *framework* revisado (ACRL, 2016), por sua vez, não possui esse caráter prescritivo, adotando uma abordagem conceitual e flexível para orientar programas de formação institucional e práticas educativas sobre o tema.

Outra instituição de boas práticas globais em Ciência da Informação, a *International Federation of Library Associations and Institutions* (IFLA), propôs em 2008 padrões internacionais de Desenvolvimento de Habilidades em Informação (DHI), os padrões de DHI possuem três componentes: acesso, avaliação e uso da informação, conforme demonstra a Figura 1:

Figura 1 - Padrões de DHI da IFLA



Fonte: Lau (2008).

O DHI da IFLA é definido como o conhecimento e as habilidades para identificação correta de informação pertinente para realizar uma atividade específica, resolver um problema, realizar uma busca de informação eficiente, organizar ou reorganizar a informação, interpretar e analisar a informação recuperada, sua exatidão e confiabilidade, comunicá-la e utilizá-la para executar ações, atividades e obter resultados (Lau, 2008).

Quadro 2 - Operacionalização da competência em informação a partir do DHI, IFLA

Competência	Operacionalização
Necessidade	*Define ou reconhece a necessidade de informação*
	Decide fazer algo para encontrar a informação.
	Expressa e define a necessidade de informação
Busca	*Identifica e avalia as fontes potenciais de informação*
	Desenvolve estratégias de busca.
	Acessa fontes de informação selecionadas
	Seleciona e recupera a informação
Seleção	*Analisa, examina e extrai a informação*
	Generaliza e interpreta a informação
	Seleciona e sintetiza a informação
	Avalia a exatidão e relevância da informação recuperada

	Ordena e categoriza a informação
	Reúne e organiza a informação recuperada
	Determina qual a melhor e de maior utilidade.
Uso	*Busca novas formas de comunicar, apresentar e usar a informação*
	Aplica a informação recuperada
	Internaliza a informação como conhecimento pessoal
	Apresenta o produto da informação
	Compreende o uso ético da informação
	Respeita o uso legal da informação
	Comunica o produto da informação com reconhecimento da propriedade intelectual
	Usa os padrões para o reconhecimento da informação

Fonte**:** Adaptado de Lau (2008).

Nessa perspectiva, a IFLA, enquanto organização de boas práticas globais em Ciência da Informação, defende que:

> O desenvolvimento de competências em informação é importante para além das bibliotecas e da biblioteconomia e, por isso, os bibliotecários podem servir como agentes para ajudar a outras organizações a estabelecer e elaborar suas políticas de desenvolvimento de habilidades em informação, assim como seus programas em qualquer ambiente, não necessariamente somente dentro das bibliotecas, mas também ofertando serviços nas mais variadas áreas (Lau, 2008, p. 14).

Logo, esta competência ultrapassa os limites físicos e institucionais das bibliotecas, num processo de aprendizagem ao longo da vida, em diferentes suportes e independente dos avanços tecnológicos. Ela pode contribuir na elaboração de políticas públicas e programas que incentivem a autonomia dos indivíduos para suprir suas necessidades informacionais e também para o enfrentamento dos desafios contemporâneos, como a desinformação e seus elementos convergentes.

Ao compreender o processo dinâmico e complexo inerente à competência em informação, bem como o envolvimento das dimensões cognitivas, afetivas e sociais, evidencia-se que se trata de um percurso contínuo, que exige capacidade de questionamento, pensamento crítico, análise criteriosa das fontes, além de flexibilidade para reformular perguntas e buscas iniciais à medida que novos entendimentos são construídos e novas informações são acessadas. Tal compreensão amplia o papel dos profissionais da informação para além dos espaços

tradicionais, reafirmando a competência em informação como uma demanda formativa.

4.1 Competência em informação sobre saúde (*health information literacy*)

O conceito tem ganhado destaque crescente na saúde pública e na atenção à saúde. Seu uso na literatura remonta a Simonds (1974, tradução da autora), que o introduziu no contexto norte-americano. Assim como a falta de consenso na tradução do termo *information literacy*, durante a pesquisa para a elaboração deste referencial teórico na literatura brasileira, também foram encontradas várias traduções para o termo, destacando-se literacia em saúde, letramento em saúde e alfabetização em saúde.

Em sua análise sobre a temática, Peres (2023) examinou as distintas traduções e interpretações do conceito no contexto nacional. Entre 2005 e 2016, prevaleceu o uso da expressão alfabetização em saúde, geralmente associada à dimensão funcional da *health literacy* e voltada à interpretação de informações, autocuidado e prevenção de doenças. A partir de 2017, houve um deslocamento para letramento em saúde, em oposição à ideia de alfabetização e com o objetivo de ampliar a compreensão das habilidades e competências envolvidas. No entanto, esses trabalhos ainda se mantêm próximos à abordagem funcional, apresentando limitações na incorporação de modelos mais avançados de *health literacy*.

O autor conclui que o conceito de literacia em saúde se mostra uma tradução mais adequada e abrangente, por conseguir expressar o caráter multidimensional do conceito e permitir:

> [...] a orientação de estudos, programas e políticas voltadas ao desenvolvimento de habilidades para a melhor significação de informações sobre saúde, visando qualificar os processos individuais e coletivos de tomada de decisão informada sobre saúde e qualidade de vida" (Peres, 2023, p. 1571).

Na integração entre competência em informação e literacia em saúde, emerge um novo subconceito *health information literacy*, proposto em 2003 pela *Medical Library Association* (MLA), relacionada à capacidade das pessoas em reconhecer a necessidade de informação sobre saúde, em saber como e onde encontrar informações sobre saúde e em saber como avaliar e usar essas informações para tomar boas decisões de saúde (Wang *et al.*, 2023, tradução da autora). Assim, nesta

pesquisa o conceito é trabalhado a partir dos termos competência em informação sobre saúde, no campo da CI, e literacia em saúde, na área das Ciências da Saúde.

Apesar da trajetória recente como objeto de estudo, Peres, Rodrigues e Silva (2021) destacam a relevância do tema, uma vez que níveis baixos de literacia estão relacionados a piores resultados de saúde, tanto a nível individual quanto coletivo. Entre os vários conceitos existentes, destaca-se o desenvolvido por Sorensen *et al.* (2012, p. 3, tradução da autora), indicando que literacia em saúde:

> [...] envolve o conhecimento, motivação e competências individuais para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana sobre saúde, doença, prevenção e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida.

Outra definição relevante e mais atual consta no glossário de promoção da saúde da Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization* (WHO), 2021, p. 6, tradução da autora):

> A literacia em saúde representa o conhecimento pessoal e as competências que se acumulam através das atividades diárias, interações sociais e ao longo das gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas acessar, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de forma a promover e manter uma boa saúde e bem-estar para si próprias e para aqueles que as rodeiam.

Peres, Rodrigues e Silva (2021) teorizam que indivíduos e grupos acionam diferentes habilidades e competências para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, sendo que o modo de significação da informação pode afetar seus usos no processo de tomada de decisão sobre saúde, incluindo as práticas de autocuidado e o acesso a serviços. É preciso reconhecer que essas habilidades e competências são parte do direito à saúde e, por isso, devem ser desenvolvidas nos diferentes espaços de encontro entre profissionais da saúde e usuários dos serviços de saúde.

Conhecer os níveis de literacia em saúde dos indivíduos auxilia na melhoria da qualidade das informações prestadas, bem como no gerenciamento e na tomada de decisões para o planejamento de ações em saúde pública (Batterham *et al*., 2016). Altos níveis de literacia são associados direta e indiretamente a melhores resultados de saúde, enquanto pessoas com baixos níveis de literacia em saúde são menos

propensas a utilizar os serviços para a prevenção de doenças, há menor disposição para o autocuidado e mais usos de serviços de saúde, com internações evitáveis ou reincidentes, não adesão ao tratamento e complicações decorrentes da doença de base (Brasil, 2023).

Assim, as estratégias para o desenvolvimento da competência em informação sobre saúde precisam ir além e considerar os níveis de competência que os sujeitos possuem no processo de busca, seleção e uso da informação. Conforme Nutbeam (2017), são necessárias abordagens diferenciadas para atender às necessidades e capacidades em cada nível de literacia. Estudos e práticas sobre literacia em saúde em todo o mundo convergem para as vantagens de desenvolver competências para buscar, compreender, avaliar e atribuir significado a informações de saúde, resultando em melhores condições de saúde em diferentes domínios, com aplicação em três contextos principais, segundo Peres (2024):

a) Contexto Individual: promoção de condições para que indivíduos tomem decisões e ações fundamentadas em informações compreensíveis, credíveis e relevantes para seus processos de significação e aumento da autonomia e empoderamento para o cuidado da própria saúde e da comunidade em que se insere;
b) Contexto Coletivo: estímulo à participação ativa em espaços comunitários onde questões de saúde são debatidas e decididas, contribuição para a garantia do direito fundamental à saúde e melhoria de serviços e programas oferecidos à comunidade;
c) Contexto Institucional e Organizacional: desenvolvimento permanente de serviços, programas e sistemas de saúde que priorizem, em suas ações e políticas, a promoção da literacia em saúde de indivíduos e grupos, com reorientação progressiva das instituições para a criação de ambientes e hábitos saudáveis e sustentáveis, garantindo qualidade de vida populacional.

Compreender de forma mais aprofundada como os comportamentos informacionais se relacionam com os níveis de literacia em saúde pode permitir ações educativas mais direcionadas em competência em informação em saúde. Isso, por sua vez, contribui para que os profissionais desenvolvam competências que

favoreçam uma comunicação mais qualificada e, consequentemente, um cuidado mais eficaz aos pacientes (Hallyburton, 2016).

Nesse sentido, Sousa (2022) defende a literacia em saúde na construção de novos caminhos para a saúde pública brasileira, atuando no combate à desinformação e como ferramenta de trabalho para profissionais da saúde. Ademais, o avanço da literacia em saúde está diretamente relacionado à ampliação da autonomia dos cidadãos, do fortalecimento de sua capacidade crítica e do aumento do interesse pela participação social.

Por fim, conforme explicam Moro, Estabel e Silveira (2024), envolve o conhecimento pessoal, a motivação e as habilidades para acessar, avaliar e usar a informação em saúde, estimulando no indivíduo uma atuação crítica e reflexiva na tomada de decisão ante as escolhas cotidianas e as demandas relativas ao cuidado em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, com a manutenção e a melhoria da qualidade de vida. Quando a população tem acesso à informação confiável e sabe aplicá-la nas necessidades do seu cotidiano, ela tem condições de tomar atitudes para uma vida mais saudável.

4.2 A psicometria como ferramenta de avaliação da competência em informação sobre saúde

A psicometria é definida etimologicamente por Pasquali (2009) como a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, fundamentando-se na teoria da medida em ciências para quantificar construções psicológicas. Busca explicar o sentido de respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas ou itens, propondo técnicas para mensurar comportamentos mentais que não podem ser observados diretamente. Nesse sentido, Souza e Borges (2025, p. 116), ao abordarem a psicometria na avaliação de competências infocomunicacionais, explicam que a "[...] sensação de competência (ou seja, o quanto a pessoa se sente capaz) é algo que não pode ser medido diretamente, como a altura ou o peso".

Ao compreender que a informação e o conhecimento são valores intangíveis, Santos, Queiroz e Araújo (2023, p. 87) descrevem a psicometria como um [...] domínio convergente para medir, avaliar e prever fenômenos comportamentais e cognitivos relacionados ao fluxo da informação e ao conhecimento científico". Entre os exemplos de aplicação na Ciência da Informação, as autoras consideram a competência em

informação como um dos constructos passíveis de mensuração, pois envolve comportamentos informacionais na busca e seleção diante de uma necessidade de informação, com base na capacidade cognitiva do indivíduo de avaliação.

Ressalta-se que essa mensuração só é possível porque a psicometria utiliza métodos estatísticos e matemáticos para extrair aspectos abstratos em comportamentos observáveis, transformando as respostas dos sujeitos em dados métricos passíveis de análise. Além disso, possui técnicas usadas para validar instrumentos de coleta de dados, assim como testar a fidedignidade e a confiabilidade nos resultados coletados.

No campo da saúde esse tipo de estudo é usual. Guzys *et al.* (2015, tradução da autora) examinaram criticamente instrumentos de avaliação de “literacia em saúde” para identificar aqueles adequados para tratar da abordagem. Entre os instrumentos avaliados está o HLQ-Br, relatado como tendo múltiplas funções, incluindo a possibilidade de identificação das necessidades e capacidades dos indivíduos, de descrição da literacia em saúde nas populações e de avaliação dos resultados de saúde pública e intervenções clínicas. De acordo com Batterham (2014, tradução da autora), o instrumento também busca oferecer prova de conceito de que respostas personalizadas às necessidades locais de literacia em saúde são viáveis e podem ajudar a melhorar o acesso aos serviços, o comportamento e os resultados de saúde.

Um estudo para tradução e validação da versão brasileira do HLQ-Br foi conduzido por Moraes *et al.* (2021). As autoras demonstraram que este instrumento obtém propriedades psicométricas satisfatórias, demonstradas pela confiabilidade, validade discriminante entre os itens e excelentes índices de ajuste na replicação do modelo original na população brasileira. Elas recomendam que o instrumento seja amplamente utilizado em estudos nas diversas regiões do país para confirmar sua utilidade como ferramenta para avaliar o acesso, a compreensão e o uso de informações em saúde pela população brasileira.

Por estas características, o instrumento de coleta de dados desta pesquisa foi inspirado no HLQ-Br, com seleção de questões relacionadas às etapas da competência em informação. As questões escolhidas são detalhadas e operacionalizadas na subseção 6.1, de acordo com os padrões da ACRL (2000), descritos no Quadro 1 e da IFLA (Lau, 2008), descritos no Quadro 2.

Diante do exposto, investigar a competência em informação e o comportamento diante da desinformação, com instrumentos psicométricos e respectiva aderência dos

resultados com modelos estatísticos, é uma forma de atestar a confiabilidade do instrumento utilizado e avaliar as etapas de necessidade, busca, seleção e uso de informação em saúde. Os resultados podem subsidiar o planejamento de intervenções educativas, impactando a qualidade do cuidado prestado na saúde pública e o enfrentamento da desinformação em saúde a partir de informações confiáveis e de qualidade.

5 METODOLOGIA

A metodologia desta investigação foi desenhada para atingir os objetivos propostos. Com características psicométricas, ela contempla o estudo empírico que busca identificar potencialidades e fragilidades de competência em informação, mensurá-la por fatores e investigar o poder preditivo de características sociodemográficas sobre ela.

5.1 Estudo empírico com ACE e ACS

A natureza da pesquisa é básica, focando na geração de novos conhecimentos, sem uma preocupação imediata com a aplicação prática dos resultados. Esse tipo de pesquisa também busca embasar outras pesquisas ou intervenções práticas (Prodanov; Freitas, 2013; Gil, 2010).

A abordagem é mista com predominância quantitativa, na qual o levantamento de dados numéricos foi utilizado para examinar a amostra. A partir dos resultados dos cálculos estatísticos, procedeu-se à interpretação qualitativa.

Para atender aos objetivos, foi adotado o estudo descritivo, com a aplicação do levantamento de uma amostra. De acordo com Yin (2010), investigações descritivas buscam compreender problemas inseridos em contextos específicos, analisando tanto o fenômeno quanto o ambiente em que ele ocorre, incluindo evidências quantitativas e qualitativas, pois geralmente as questões de levantamento geram dados numéricos para auxiliar na análise qualitativa.

Caracteriza-se por observar, registrar, analisar e interpretar fatos sem manipulação ou interferência do pesquisador, sendo amplamente utilizado nas ciências humanas e sociais. Visa descrever características de populações ou fenômenos, identificar a frequência de ocorrências e explorar relações entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas como questionários, aplicados às pessoas cujo comportamento desejamos conhecer, em relação ao problema estudado (Prodanov; Freitas, 2013). Segundo Gil (2010), os levantamentos são adequados aos estudos descritivos e as principais vantagens são: conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e quantificação.

5.2 População e amostra

O campo de análise possui amostra por conveniência, com envio de convite e *link* do formulário via e-mail para as secretarias municipais de saúde, unidades básicas de saúde e vigilâncias sanitárias solicitando o encaminhamento do convite e a divulgação da pesquisa junto aos ACS e ACE vinculados aos estabelecimentos de saúde. A escolha se justifica pela viabilidade operacional e pelas limitações inerentes à adesão e participação dos respondentes na pesquisa.

A escolha dos municípios ocorreu mediante os dados disponíveis no Portal de Dados ElastiCNES[2], do Ministério da Saúde, competência dezembro de 2025, onde foram recuperados 6.993 estabelecimentos de saúde com endereço de e-mail. O questionário foi enviado pelo serviço de divulgação por e-mail em massa da UFRGS, entre 16/03/2026 e 10/04/2026, com respostas recebidas até 17/04/2026.

O questionário foi acessado por 2.041 indivíduos, destes 1.087 aceitaram participar da pesquisa e enviaram suas respostas. Após validação dos dados, com exclusão dos participantes que deixaram pelo menos uma questão sem assinalar, obtiveram-se 1.062 respostas válidas.

Como a seleção da amostra foi por conveniência, não é sensato fazer generalizações para todo o universo de ACS e ACE. Assim, os resultados indicam tendências observadas na amostra e oferecem subsídios para compreender o fenômeno.

5.3 Instrumento de coleta de dados

Para responder à questão de pesquisa e atender aos objetivos foi aplicado um questionário composto por dados sociodemográficos, questões relacionadas à competência em informação e à desinformação com escala psicométrica e espaço livre (opcional) para compartilhar estratégias, sentimentos ou desafios diante da desinformação (Apêndice B). O questionário foi implementado na plataforma digital *LimeSurvey*, escolhida por assegurar a anonimização, privacidade e segurança dos participantes.

O estudo de características sociodemográficas associado aos fatores de competência em informação pode gerar evidências sobre quais subgrupos enfrentam

[2] https://elasticnes.saude.gov.br/panorama-geral

maiores dificuldades, permitindo direcionar políticas e intervenções de forma mais precisa. Além disso, ajudam na interpretação e entendimento dos resultados. As variáveis do questionário foram inspiradas pelo estudo de Giugliani *et al.* (2023).

As questões relacionadas à competência em informação foram inspiradas no estudo de Moraes *et al.* (2021), com operacionalização da classificação a partir da ACRL (2000) e IFLA (Lau, 2008). A variável sobre desinformação foi elaborada pela autora. Para mensurar as respostas, utilizou-se a escala psicométrica do tipo Likert. A Parte 1 do questionário solicita ao participante que indique o quanto discorda ou concorda com cada uma das afirmações, com respostas distribuídas e pontuadas de 1 a 4: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3), concordo totalmente (4). A Parte 2 solicita ao participante que indique o quanto é fácil ou difícil realizar as atividades propostas, com respostas distribuídas e pontuadas de 1 a 5: não consigo fazer ou sempre difícil (1), geralmente difícil (2), às vezes difícil (3), geralmente fácil (4), sempre fácil (5).

5.4 Análise dos dados

Com os dados coletados, foi realizada a operacionalização das questões a partir do agrupamento por etapa de competência em informação, chamados fatores (necessidade, seleção, avaliação, uso). Para encontrar fragilidades e potencialidades, procedeu-se à análise descritiva das percentagens das respostas a cada questão por escala Likert. Para os demais objetivos, a análise estatística descritiva também foi utilizada, contando com as seguintes técnicas: teste de confiabilidade (alfa de Cronbach), normalização dos escores, média, desvio-padrão, IC 95% e modelos de regressão linear múltipla.

As 1.087 respostas recebidas foram exportadas da plataforma *LimeSurvey* em arquivo CSV e carregadas na plataforma *Jupyter Notebook* para tratamento dos dados, com geração de cálculos, tabelas e gráficos. Os comandos para as análises no *Jupyter* foram obtidos com auxílio de ferramentas de inteligência artificial (DeepSeek-V4, Claude versão 4.5 e Adapta One 26).

5.5 Aspectos ético-legais

O TCLE foi elaborado conforme Resolução CNS nº 466/2012 e consta no Apêndice A, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE/UFRGS). Na

plataforma de coleta de dados, *LimeSurvey* (Apêndice B), foi incluída uma breve explicação sobre a pesquisa e o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.6 Declaração de uso de inteligência artificial

Foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial, especificamente *ChatGPT-4o, DeepSeek-V4*, *Claude* vers*ão 4.5* e *Adapta One 26*, como auxílio na revisão de linguagem técnica e coesão textual. O principal uso ocorreu na geração de linguagem de comando em *Python* para aplicação na plataforma *Jupyter Notebook*, onde foram conduzidos: tratamento de dados, cálculos estatísticos, geração de gráficos e tabelas. As informações geradas por IA foram avaliadas e revisadas, estando em conformidade com as diretrizes éticas de integridade acadêmica.

para a qualificação profissional.

A escolaridade se destacou como preditor de associação positiva nos resultados: quanto maior o nível de escolaridade, melhor é a capacidade de seleção e avaliação da informação e a articulação do saber popular com o saber científico, de modo a transformar a realidade do território. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2025), a formação técnica é vista como um caminho que prepara os agentes a desempenharem atividades diversas e interdependentes, preparando-os para oferecer um atendimento mais eficaz, integrado e humanizado à população, tornando ações de promoção da saúde mais abrangentes. Complementando essa ideia, Macêdo *et al.* (2025) sinalizam que a qualificação do trabalho efetuado pelos ACS e ACE, na ponta do sistema, cria mecanismos que auxiliam o trabalhador a promover saúde e qualidade de vida nos territórios e Giugliani *et al.* (2023) destacam que uma formação técnica qualificada, de caráter crítico e humanista, contribui para a melhoria dos processos de trabalho dessa categoria, que está na linha de frente da APS brasileira. Ao relacionar os problemas sanitários que afetam a saúde coletiva, como a desinformação, Santana (2023) explica que agentes de saúde qualificados e atualizados podem minimizar o medo e as incertezas das comunidades onde atuam, sendo que a melhoria na realização de suas atividades depende de mais recursos materiais, ferramentas de trabalho adequadas e acesso a cursos de formação e treinamentos. Nogueira e Silva (2021) defendem que a formação profissional técnica expressa a luta pelo direito à educação destes trabalhadores do SUS e vincula-se com a desprecarização do vínculo empregatício, melhorias salariais, planos de carreiras e elevação da escolaridade.

À luz da literatura discutida, pode-se concluir que estes preditores possuem certa relação de interdependência. A associação negativa da idade avançada aos escores de competência em informação pode ser interpretada como um marcador de barreiras no acesso e apropriação de tecnologias digitais e da escassez de equipamentos institucionais para a realização do trabalho, assim como para a participação em atividades de aperfeiçoamento. Profissionais com vínculos trabalhistas precários têm menos acesso a oportunidades de formação e menor motivação em buscar qualificação, enquanto profissionais com vínculos estáveis percebem maior valorização profissional e demonstram maior capacidade de competência em informação, com fortalecimento do vínculo e redução de rotatividade de pessoal. A escolaridade, como preditor positivo no escore de seleção, potencializa

a avaliação e articulação entre saberes populares e científicos, efeito que se amplia com vínculos de confiança e com o uso efetivo de recursos tecnológicos.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Competência em informação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) diante da desinformação em saúde”, desenvolvido pela pesquisadora Sônia Elisa Caregnato, no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Caso você aceite participar, sua participação consistirá no preenchimento de um formulário *on-line*, disponível no período entre 16/03/2026 e 17/04/2026, composto por 29 questões de múltipla escolha e 1 questão aberta, que são opcionais e você pode deixar de responder ou se retirar da pesquisa a qualquer momento. O tempo estimado pode variar de 8 a 30 minutos, não há respostas certas ou erradas, escolha a opção que melhor descreve você neste momento e responda conforme a sua percepção.

Sigilo e Privacidade
As informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelos(as) pesquisadores(as) responsáveis, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei nº 13.709/2018). Os participantes não serão identificados em nenhuma fase do estudo. As respostas serão utilizadas apenas de forma consolidada ou totalizada, impossibilitando a identificação individual na divulgação ou publicação dos resultados.

Riscos
Pode ocorrer risco de desconforto ou constrangimento ao responder alguma questão. No entanto, a pesquisa é anônima e não haverá identificação dos participantes e além disso você poderá desistir de responder a qualquer momento.

Assistência e Indenização
É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido a você o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa. Caso ocorra algum problema ou dano resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal, bem como indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexo causal com a pesquisa.

Benefícios
As respostas contribuirão para subsidiar a formulação de políticas públicas e programas de educação, visando a qualificação profissional, com base no diagnóstico de potencialidades e fragilidades na busca, seleção e uso da informação.

Procedimentos
O questionário é composto por 30 questões e o tempo estimado para responder pode variar de 8 a 30 minutos. Após o aceite na participação, você terá acesso aos formulários sobre literacia em saúde, desinformação e dados sociodemográficos e uma caixa de texto livre caso você queira compartilhar desafios, estratégias e sentimentos em relação à desinformação em saúde.

Direito de Desistência
Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de justificativa e sem que isso acarrete algum prejuízo ou ônus para você.

Guarda dos dados de pesquisa
Os dados de pesquisa serão mantidos em arquivo digital pelo pesquisador**,** pelo período de 5 anos.

Acesso aos Resultados da Pesquisa
Ao final do estudo, os participantes que tiverem interesse poderão acessar a dissertação resultante da pesquisa no Lume - Repositório Institucional da UFRGS. http://www.lume.ufrgs.br ou então solicitar pelo e-mail juliana.sanches@ufrgs.br.

Aprovação Ética
Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Biblioteconomia e Documentação (FABICO) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), conforme Parecer nº 8.273.698, emitido em 12/03/2026, atendendo às exigências da Resolução CNS nº 466/2012.

Acesso ao Comitê de Ética
Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP-UFRGS). Endereço: Av.Paulo Gama, 110, Sala 311, Porto Alegre – RS. Telefone: (51) 33083787, e-mail: etica@gabinete.ufrgs.br. Horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00.

Acesso à Equipe
Para esclarecimento de eventuais dúvidas, você poderá entrar em contato pelo e-mail: juliana.sanches@ufrgs.br e telefone (51)981704217.

Acesso a este TCLE
Considerando que a coleta de dados ocorrerá em ambiente virtual, é importante que você guarde uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está disponível para baixar no link:
https://docs.google.com/document/d/1Lvtw8PbcKQfsSNDIwBiTXhomfyHpVPbTt7_TUQIcufo/edit?tab=t.0
Se preferir, posso lhe enviar por e-mail, para isso basta informar o e-mail de contato no campo disponível após o aceite (campo opcional).

Você aceita participar voluntariamente desta pesquisa?

[ ] Aceito participar
[ ] Não aceito participar

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. *et al.* Aproximações entre promoção da saúde, educação popular em saúde, educomunicação e literacia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 30, n. 12, p. 1-11, 2025. Disponível em: http://10.1590/1413-812320253012.05812024. Acesso em: 11 fev. 2026.

ALBUQUERQUE, A.; QUINAN, R. Crise epistemológica e teorias da conspiração: o discurso anti-ciência do canal “Professor Terra Plana”. **Mídia e Cotidiano**, Niterói, v. 13, n. 3, p. 83-104, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.22409/rmc.v13i3.38088. Acesso em: 10 ago. 2025.

ALBUQUERQUE, P. C.; MÉLLO, L. M. D.; BARROS, M. R. S. Comunicação e educação popular em saúde: reflexões a partir da experiência da campanha Mãos Solidárias em Recife e região metropolitana. *In:* MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. L. (org.). **Cultura, conhecimento e mediação de saberes em saúde**: diálogos da informação e da educação popular. Rio de Janeiro: IBICT, 2021. Disponível em: http://ridi.ibict.br/handle/123456789/1229. Acesso em: 10 jan. 2026.

ALENCAR, A. P.; SCHNEIDER, M. Desinformação: entender para resistir. *In:* CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE INVESTIGADORES DE LA COMUNICACIÓN, 16., 2022, Buenos Aires. **Memorias** […]. Buenos Aires: FADECCOS, 2022. p. 1-20.

AMERICAN LIBRARY ASSOCIATION (ALA). Presidential Committee on Information Literacy. **Final report**. Chicago, 1989. Disponível em: http://www.ala.org/acrl/standards/ilframework. Acesso em: 02 set. 2025.

ARAÚJO, C. A. A. Movimentos epistemológicos da ciência da informação. **Códices**, Bogotá, v. 14, n. 1, p. 61-78, 2018. Disponível em: https://cnb.gov.co/codices/online/Vol14-2018I/VI.pdf. Acesso em: 14 ago. 2024.

ARAÚJO, C. A. A. Pós-verdade: novo objeto de estudo para a ciência da informação. **Informação & Informação**, Londrina, v. 26, n. 1, p. 94-111, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5433/1981-8920.2021v26n1p94. Acesso em: 12 set. 2025.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES (ACRL). **Framework for information literacy for higher education**. Chicago: ALA, 2016. Disponível em: https://www.ala.org/acrl/standards/ilframework. Acesso em: 10 set. 2025.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES (ACRL). **Information literacy competency standards for higher education**. Chicago: ALA, 2000.

ASSOCIATION OF COLLEGE AND RESEARCH LIBRARIES (ACRL). **Referencial da literacia da informação para o ensino superior**. Traduzido por Tatiana Sanches, Maria Luz Antunes e Carlos Lopes. Lisboa: Associação Portuguesa de Bibliotecários, Arquivistas, Profissionais da Informação e Documentação, 2022. Disponível em:

https://ba d.pt/download/referencial-da-literacia-da-informacao-para-o-ensino-superior/?wpdmdl=254 03&refresh=68d025b9511981758471609. Acesso em: 23 ago. 2025.

BADKE, W. Foundations of information literacy: learning from Paul Zurkowski. **Online Magazine**, London, v. 34, n. 1, p. 48-50, Jan./Fev. 2010.

BATTERHAM, R. W. *et al.* Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. **Public Health**, Amsterdam, v. 132, n. 1, p. 3-12, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26872738/. Acesso em: 26 mar. 2023.

BATTERHAM, R. W. *et al.* The Optimising Health Literacy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 694, p. 1-10, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-694. Acesso em: 14 maio 2025.

BELLUZZO, R. C. B.; FERES, G. G. Inteligência, criatividade e competência em informação: uma articulação necessária no contexto social contemporâneo. *In:* ALVES, F. M. M. (org.). **Competência em informação**: políticas públicas, teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016.

BERNHARD, P. La formación en el uso de la información: una ventaja en la enseñanza superior - situação atual. **Anales de Documentación**, Montreal, n. 5, 2002, p. 409-435. Disponível em: http://hdl.handle.net/10201/3776. Acesso em: 11 maio 2024.

BEZERRA, A. C. **Miséria da informação**. Rio de Janeiro: Garamond, 2024.

BONETTI, O. P.; CHAGAS, R. A.; SIQUEIRA, T. C. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília, 2014. p. 16-24. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 11 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art3. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cooperação técnica para fortalecimento da vigilância das doenças imunopreveníveis e ampliação das coberturas vacinais no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS**: relatório técnico – 1º semestre de 2024. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS, 2024. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/2024-12/rttc1171sem2024.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional para atuação integrada dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde no território**. Brasília, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_atuacao_integrada_agentes_combate_endemias.pdf. Acesso em: 23 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.007, de 04 de maio de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010.html. Acesso em: 22 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**: guia para profissionais da saúde. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 22 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília, 2014. 224 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 11 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Fundamentos do trabalho do agente de saúde**. Brasília, 2022. 60 p. (Programa Saúde com Agente; *e-book* 7). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fundamentos_trabalho_agentes_saude.pdf. Acesso em: 6 jan. 2026.

BRISOLA, A.; BEZERRA, A. C. Desinformação e circulação de “fake news”: distinções, diagnóstico e reação. *In:* ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 19., 2018, Londrina. **Anais** […]. Londrina: UEL. 2018. p. 3316-3330. Disponível em: http://enancib.marilia.unesp.br/index.php/XIXENANCIB/xixenancib/paper/viewFile/1219/1636.

CAMPELLO, B. O movimento da competência informacional: uma perspectiva para o letramento informacional. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 28–37, 2003.

Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-19652003000300004. Acesso em: 08 ago. 2025.

CAREGNATO, S. E. O desenvolvimento de habilidades informacionais: papel das bibliotecas universitárias no contexto da informação digital em rede. **Revista de Biblioteconomia & Comunicação**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 47-55, 2000.

CHIARAVALLOTI NETO, F. *et al.* O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 7, p. 1656-64, 2007. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700017. Acesso em: 15 jan. 2026.

CHRISTOFOLETTI, R. Padrões de manipulação no jornalismo brasileiro: fake news e a crítica de Perseu Abramo 30 anos depois. **Rumores**, São Paulo, n. 23, v. 12, p. 56-82, 2018. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/Rumores/article/view/144229/140804. Acesso em: 03 set. 2024.

DANTAS, D. S. G. *et al.* A Formação dos agentes comunitários de saúde em educação popular: implicação na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 14, n. 1, p. 157-163, 2018. Disponível em: https://scielo.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a21.pdf. Acesso em: 11 fev. 2026.

DANTAS, M. A.; SILVA, M. R.; ALENCAR, O. M. Educação popular e educação bancária: rupturas possíveis a partir do trabalho de agentes comunitários de saúde. *In:* MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. L. (org.). **Cultura, conhecimento e mediação de saberes em saúde**: diálogos da informação e da educação popular. Rio de Janeiro: IBICT, 2021. Disponível em: http://ridi.ibict.br/handle/123456789/1229. Acesso em: 10 jan. 2026.

DECLARAÇÃO de Maceió sobre Competência em Informação: cenários e tendências. *In:* SEMINÁRIO SOBRE COMPETÊNCIA EM INFORMAÇÃO, 1., 2011, Maceió. São Paulo: FEBAB, 2011. Disponível em: http://febab.org.br/declaracao_maceio.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

DEMO, P. Ambivalências da sociedade da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 37-42, maio/ago. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ci/a/797VnWgmBHvsnvbJJytzKnP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2024.

DOUGLAS, D. M. Doxing: a conceptual analysis. **Ethics and Information Technology**, Dordrecht, v. 18, p. 199–210, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10676-016-9406-0. Acesso em: 10 jul. 2026.

DUDZIAK, E. A. Políticas de competência em informação: leitura sobre os primórdios e a visão dos pioneiros da information literacy. *In:* ALVES, F. M. M. **Competência em informação**: políticas públicas, teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface** (Botucatu), v. 25, e200806, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200806. Acesso em: 11 fev. 2026.

FREIRE, N. P. *et al.* Impactos da infodemia sobre a COVID-19 para profissionais de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 28, n. 10, p. 3045–3056, out. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.13902022. Acesso em: 15 fev. 2026.

FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL. **Global risks report 2025**: conflito armado, ambiente e desinformação são as principais ameaças. Lisboa, 2025. Disponível em: https://reports.we forum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_Press_Release_2025_PT.pdf. Acesso em: 04 set. 2025.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200 p.

GIUGLIANI, C. *et al.* Habilidades dos agentes comunitários de saúde: análises com estudantes do curso técnico do Programa Saúde com Agente. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 26, e262342466, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.42466023. Acesso em: 10 jan. 2026.

GOMES, S. F.; PENNA, J. C. B. O.; ARROIO, A. Fake news científicas: percepção, persuasão e letramento. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 26, p. 1-13, e20018, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1516-731320200018. Acesso em: 12 set. 2025.

GOMES, S. R.; ZAMORA, M. H. Negacionismo: definições, confusões epistêmicas e implicações éticas. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 30, e24008, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1516-73132024000. Acesso em: 10 ago. 2025.

GUZYS, D. *et al.* A critical review of population health literacy assessment. **BMC Public Health**, London, v. 15, 215, p. 1-7, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25885742/. Acesso em: 24 abr. 2023.

HALLYBURTON, A. A conceptual approach to practitioners' health information literacy. **Reference Services Review**, West Yorkshire, v. 44, n. 2, p. 178-190, June 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1108/RSR-02-2016-0006. Acesso em: 15 set. 2025.

HELLER, B.; JACOBI, G.; BORGES, J. Por uma compreensão da desinformação sob a perspectiva da **Ciência da Informação**. Ciência da Informação, Brasília, v. 49, p. 1-30, maio/ago. 2020. Disponível em: https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/5196/5254. Acesso em: 15 fev. 2024.

HORTON JUNIOR, F. W. **Overview of information literacy**: resources worldwide. Paris: UNESCO, 2013. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000219667. Acesso em: 02 maio 2024.

KLAYMAN, J. Varieties of confirmation bias. **The Psychology of Learning and Motivation**, San Diego, v. 32, p. 385-418, 1995. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60315-1. Acesso em: 03 set. 2025.

LAU, J. **Diretrizes sobre desenvolvimento de habilidades em informação para a aprendizagem permanente**. Tradução de Regina Célia Baptista Belluzzo. Veracruz: IFLA Information Literacy Section, 2008. Disponível em: https://repository.ifla.org/handle/20.500.14598/193. Acesso em: 15 dez. 2025.

MACÊDO, L. F. B. *et al.* O desafio das tecnologias da informação e comunicação no trabalho dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias no Brasil. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, e4781, out.-dez. 2025.

MARTELETO, R. M. *et al.* Mediação de saberes e informações nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias: dengue, febre chikungunya e zika vírus. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, e4756, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.29397/reciis.v19i4.4756. Acesso em: 11 fev. 2026.

MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. (org.). **Cultura, conhecimento e mediação de saberes em saúde**: diálogos da informação e da educação popular. Rio de Janeiro: IBICT, 2021. 270 p. (Coleção PPGCI 50 anos).

MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 18, p. 1211-1226, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/icse/2014.v18suppl2/1211-1226/. Acesso em: 23 jan. 2025.

MARTINES, W; R. V.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 328-333, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000200025. Acesso em: 25 jul. 2026.

MATA, M. L.; GRIGOLETO, M. C.; LOUSADA, M. Dimensões da competência em informação: reflexões frente aos movimentos de infodemia e desinformação na pandemia da Covid-19. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, e5340, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.18617/liinc.v16i2.5340. Acesso em: 15 set. 2025.

MISKOLCI, R. Muito além do negacionismo: desinformação durante a pandemia de Covid-19. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 25, e-soc123090, 2023.

MORAES, K. L. *et al.* Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE02171, p. 1-10, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO02171. Acesso em: 25 mar. 2023.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, c1999.

MORO, E. L. S.; ESTABEL, L. B.; SILVEIRA, F. X. Literacia para a saúde: a voz da comunidade na rede BiblioSUS. *In:* SEMINÁRIO DE INFORMAÇÃO, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO, 6., 2024, Jaraguá, AL. **Anais** [...]. Maceió: UFAL/PPGCI, 2024.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 261-274, 2018. Disponível em: http://10.1590/0103-11042018S117. Acesso em 23 fev. 2026.

NISIHARA, R. *et al.* Sociodemographic and occupational profile and quality of life of health agents responsible for combating dengue in two towns in Parana, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 393-399, 2018. Disponível em: 10.5327/Z1679443520180248. Acesso em: 10 jan. 2026.

NUNES, S. M. *et al.* Construção de material educativo: uma estratégia potencial para melhorar o cuidado em uma unidade de saúde. **Revista de Pesquisa**: cuidado é fundamental, v. 17, e12599, 2025. Disponível em: http://10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13599. Acesso em: 11 fev. 2026.

NUTBEAM, D. Health literacy as a population strategy for health promotion. **Japanese Journal of Health Education and Promotion**, Sakado-Shi, v. 25, n. 3, p. 210-222, 2017.

OLIVEIRA, I. M.; PINHEIRO, R.; ORTEGA, F. (Des)infodemia na pandemia de Covid-19 e a racionalidade comunicativa em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 4, e250153pt, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902025250153pt. Acesso em: 10 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**. Washington, 2020. (Página Informativa, 5). Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_ por.pdf?sequence=14. Acesso em: 30 ago. 2025.

OXFORD DICTIONARIES. **Word of the year 2016**. 2016. Disponível em: https://en.oxforddictionaries.com/word-of-the-year/word-of-the-year-2016. Acesso em: 10 ago. 2025.

PALMER, A.; GORMAN, S. Misinformation, trust, and health: the case for information environment as a major independent social determinant of health. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 381, 118272, 2025. Disponível em: 10.1016/j.socscimed.2025.118272. Acesso em: 10 ago. 2025.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 992–999, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002. Acesso em: 12 abr. 2025.

PENNYCOOK, G.; RAND. D. G. The psychology of fake news. **Trends in Cognitive Sciences**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 388-402, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.02.007. Acesso em: 19 set. 2025.

PERES, F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 1563-1573, maio 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14562022. Acesso em: mar. 2026.

PERES, F. O que é literacia em saúde e de que forma ela influencia as escolhas que fazemos sobre saúde? *In:* **1ª Mostra brasileira de literacia em saúde: pistas para o SUS e as políticas públicas**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024. p. 25-45.

PERES, F.; RODRIGUES, K. M.; SILVA, T. L. **Literacia em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. (Temas em Saúde).

POSETTI, J. Transformação da indústria de notícias: tecnologia digital, redes sociais e disseminação da informação incorreta e desinformação. *In:* JORNALISMO, fake news & desinformação: manual para educação e treinamento em jornalismo. UNESCO, 2019. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368647. Acesso em: 04 set. 2025.

POSETTI, J.; BONTCHEVA, K. **Desinfodemia**: descifrando la desinformación sobre el COVID-19. Paris: UNESCO, 2020.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PROJETO MAIS SAÚDE COM AGENTE (PMSA). **O projeto**. Porto Alegre: UFRGS, [2024]. Disponível em: https://saudecomagente.ufrgs.br/saude/. Acesso em: 25 abr. 2025.

SACRAMENTO, I. A saúde numa sociedade de verdades. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 4-8, jan./mar. 2018.

SANTAELLA, L. **A pós-verdade é verdadeira ou falsa?** Barueri: Estação das Letras e Cores, 2019.

SANTANA, G. P.; SIMEÃO, E. L. M. S. Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 828-841, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.26512/rici.v15.n3.2022.45657. Acesso em: 20 jan. 2026.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

SANTOS, G. C. M.; QUEIROZ, F. C. B. P.; ARAÚJO, P. C. Psicometria como um domínio convergente na Ciência da Informação: estudo bibliométrico. *In:* ARAÚJO, P. C.; SILVEIRA, E. (org.). **Estudos métricos da informação**: aplicações contemporâneas. Curitiba, PR: [S. n.], 2023. p. 87-110.

SANTOS, R. C. *et al.* A infodemia COVID-19 à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin: um estudo de reflexão. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Saúde**, Havana, v. 34, e2318, 2023. Disponível em: https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/2318. Acesso em: 21 sep. 2025.

SCHMIDT, A. L. *et al.* Polarization of the vaccination debate on Facebook. **Vaccine**, Amsterdam, v. 36, n. 25, p. 3606-3612, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.05.040. Acesso em: 05 set. 2025.

SCHNEIDER, M. **A era da desinformação**: pós-verdade, fake news e outras armadilhas. Rio de Janeiro: Garamond, 2022.

SHENTON, A. Information literacy: did Alvin Toffler beat Paul Zurkowski to it? **Journal of Information Literacy**, London, v. 17, n. 2, p.150-156, 2023. Disponível em: http://dx.doi.org/10.11645/17.2.10. Acesso em: 23 jul. 2025.

SIMEÃO, E. L. M. S. Informação e saúde versus desordem informacional: o valor das fontes e competências. *In:* PRÁTICAS interdisciplinares de informação, educação e comunicação em saúde para a prevenção das arboviroses dengue, zika e chikungunya: desafios teóricos e metodológicos. Brasília: Editora ECoS, 2022. Disponível em: https://ecos.unb.br/wp-content/uploads/2022/03/piiecemsaude.pdf. Acesso em: 20 jan. 2026.

SIMONDS, S. K. Health education as social policy. **Health Education Monograph**, San Francisco, v. 2, p. 1-25, 1974. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10901981740020S102. Acesso em: 24 abr. 2024.

SIQUEIRA, I. C. P. Pressupostos para um programa nacional de competências informacionais. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 40, n. 3, p. 1-14, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.18225/ci.inf.v40i3.1303. Acesso em: 12 ago. 2024.

SORENSEN, *et al.* **Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models**. BMC Public Health, London, v. 12, p. 1-13, 80, 2012. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80. Acesso em: 24 mar. 2023.

SOUSA, R. A. Literacia para a saúde: habilidades para lidar com as informações sobre saúde podem ajudar a construir novos caminhos na saúde pública. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 175-187, jan./mar. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.29397/reciis.v16i1.3221. Acesso em: 21 jul. 2026.

SOUSA, T. R. *et al.* Os desafios da vacinação no Brasil: fake news e hesitação vacinal. **Revista de Geopolítica**, [S.l.], v. 16, n. 5, e888, 2025. Disponível em: 10.56238/revgeov16n5-096. Acesso em: 20 out. 2025.

SOUZA, V. I.; BORGES, J. Psicometria: metodologia para avaliação em Ciência da Informação. *In:* SILVA, F. C. C.; BARROS, T. H. B. (org.). **Caminhos metodológicos em ciência da informação**: fundamentos e aplicações. São Paulo: Pimenta Cultural, 2025. Cap. 4, p. 115-141.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 487-497, out./dez. 2009. https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14421/7782. Acesso em: 10 jan. 2026.

VARELA, A.; BARBOSA, M. L. Trajetórias cognitivas subjacentes ao processo de busca e uso da informação: fundamentos e transversalidades. **Encontros Bibli** : revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.142-168, 2012.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. Câmaras que ecoam ódio, bolhas que destilam medo: constituição do Eu e intolerância como raízes da desinformação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e10492023, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.10492023. Acesso em: 14 nov. 2025.

WANG Q. *et al.* Current situations and challenges in the development of health information literacy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 3, 2706, 2023 Disponível em: https://10.3390/ijerph20032706. Acesso em: 16 nov. 2025.

WARDLE, C.; DERAKHSHAN, H. **Information disorder**: toward an interdisciplinary framework for research and policy making. [S.l.]: Council of Europe Report, 2017. Disponível em: https://rm.coe.int/information-disorder-toward-an-interdisciplinary-framewor k-for-researc/168076277c. Acesso em: 13 ago. 2025.

WARDLE, C.; DERAKHSHAN, H. Reflexão sobre a “desordem da informação”: formatos da informação incorreta, desinformação e má-informação. *In:* JORNALISMO, fake news & desinformação: manual para educação e treinamento em jornalismo. UNESCO, 2019. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368647. Acesso em: 04 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary of terms 2021**. Geneva, 2021. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 set. 2025.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

ZATTAR, M. Competência em Informação e desinfodemia no contexto da pandemia de Covid-19. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.18617/liinc.v16i2.5391. Acesso em: 13 jul. 2025.

ZUBOFF, S. **A era do capitalismo de vigilância**. São Paulo: Editora Intrínseca, 2021.

ZURKOWSKI, P. **The information service environment relationships and priorities**: report 5. Washington: National Commission on Libraries and Information Science, 1974. Disponível em: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED100391.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Competência em informação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) diante da desinformação em saúde”, desenvolvido pela pesquisadora Sônia Elisa Caregnato, no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Caso você aceite participar, sua participação consistirá no preenchimento de um formulário *on-line*, disponível no período entre 16/03/2026 e 17/04/2026, composto por 29 questões de múltipla escolha e 1 questão aberta, que são opcionais e você pode deixar de responder ou se retirar da pesquisa a qualquer momento. O tempo estimado pode variar de 8 a 30 minutos, não há respostas certas ou erradas, escolha a opção que melhor descreve você neste momento e responda conforme a sua percepção.

Sigilo e Privacidade
As informações fornecidas terão sua privacidade garantida pelos(as) pesquisadores(as) responsáveis, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei nº 13.709/2018). Os participantes não serão identificados em nenhuma fase do estudo. As respostas serão utilizadas apenas de forma consolidada ou totalizada, impossibilitando a identificação individual na divulgação ou publicação dos resultados.

Riscos
Pode ocorrer risco de desconforto ou constrangimento ao responder alguma questão. No entanto, a pesquisa é anônima e não haverá identificação dos participantes e além disso você poderá desistir de responder a qualquer momento.

Assistência e Indenização
É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido a você o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa. Caso ocorra algum problema ou dano resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal, bem como indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexo causal com a pesquisa.

Benefícios
As respostas contribuirão para subsidiar a formulação de políticas públicas e programas de educação, visando a qualificação profissional, com base no diagnóstico de potencialidades e fragilidades na busca, seleção e uso da informação.

Procedimentos
O questionário é composto por 30 questões e o tempo estimado para responder pode variar de 8 a 30 minutos. Após o aceite na participação, você terá acesso aos formulários sobre literacia em saúde, desinformação e dados sociodemográficos e uma caixa de texto livre caso você queira compartilhar desafios, estratégias e sentimentos em relação à desinformação em saúde.

Direito de Desistência
Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem a necessidade de justificativa e sem que isso acarrete algum prejuízo ou ônus para você.

Guarda dos dados de pesquisa
Os dados de pesquisa serão mantidos em arquivo digital pelo pesquisador**,** pelo período de 5 anos.

Acesso aos Resultados da Pesquisa
Ao final do estudo, os participantes que tiverem interesse poderão acessar a dissertação resultante da pesquisa no Lume - Repositório Institucional da UFRGS. http://www.lume.ufrgs.br ou então solicitar pelo e-mail juliana.sanches@ufrgs.br.

Aprovação Ética
Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Biblioteconomia e Documentação (FABICO) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), conforme Parecer nº 8.273.698, emitido em 12/03/2026, atendendo às exigências da Resolução CNS nº 466/2012.

Acesso ao Comitê de Ética
Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP-UFRGS). Endereço: Av.Paulo Gama, 110, Sala 311, Porto Alegre – RS. Telefone: (51) 33083787, e-mail: etica@gabinete.ufrgs.br. Horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00.

Acesso à Equipe
Para esclarecimento de eventuais dúvidas, você poderá entrar em contato pelo e-mail: juliana.sanches@ufrgs.br e telefone (51)981704217.

Acesso a este TCLE
Considerando que a coleta de dados ocorrerá em ambiente virtual, é importante que você guarde uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está disponível para baixar no link:
https://docs.google.com/document/d/1Lvtw8PbcKQfsSNDIwBiTXhomfyHpVPbTt7_TUQIcufo/edit?tab=t.0
Se preferir, posso lhe enviar por e-mail, para isso basta informar o e-mail de contato no campo disponível após o aceite (campo opcional).

Você aceita participar voluntariamente desta pesquisa?

[ ] Aceito participar
[ ] Não aceito participar