



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas (FACE)

Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA)

Curso de Mestrado Acadêmico

A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM FONTES OFICIAIS DE SAÚDE NA ÓTICA DE
PROFISSIONAIS DA ÁREA

ISABELA CAMARGO DE PAULA

Brasília – DF

2026



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas (FACE)

A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM FONTES OFICIAIS DE SAÚDE NA ÓTICA DE
PROFISSIONAIS DA ÁREA

ISABELA CAMARGO DE PAULA

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Administração da Universidade
de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau
de Mestre em Administração.

Aprovado pela seguinte Comissão Examinadora:

Prof^a Dr^a JOSIVANIA SILVA FARIAS

Orientadora – Presidente da banca (Universidade de Brasília – PPGA/UnB)

Prof Dr KLEVERTON MELO DE CARVALHO

Examinador Externo (Universidade Federal de Sergipe – PROFIAP/UFS)

Prof^a Dr^a ANA VALERIA MACHADO MENDONÇA

Examinador Interno (Universidade de Brasília – PPGSC/UnB)

Prof Dr RAUL YUKIHIRO MATSUSHITA

Examinador Suplente (Universidade de Brasília – PPGA/UnB)

Brasília – DF
2026

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos a todos que contribuíram para a realização desta etapa tão significativa da minha trajetória. Agradeço, primeiramente, a Deus, pela força, sabedoria e constância que me permitiram concluir este trabalho.

À minha família, meu reconhecimento e gratidão eternos. Agradeço, de forma muito especial, à minha mãe Maria de Lourdes, por seu amor incondicional, por seu cuidado constante e por todo o encorajamento nos momentos mais desafiadores. Agradeço também aos meus padrinhos, Geraldo e Lígia, pelo incentivo ao longo da caminhada, e presto homenagem, com carinho e respeito, à memória da minha avó, Elenita, cuja lembrança e valores permanecem vivos em minha trajetória.

À professora Josivania Farias, minha professora orientadora, manifesto sincero agradecimento pela condução segura, pelas oportunidades proporcionadas e pela exigência acadêmica que contribuiu significativamente para o amadurecimento deste trabalho. Sua orientação foi decisiva para a consolidação desta pesquisa.

Aos professores e professoras do Departamento de Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade de Brasília (UNB), agradeço pela formação sólida, pelas discussões qualificadas e pelo compromisso com a excelência acadêmica.

Ao Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (ECOS), vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade de Brasília (UnB), especialmente às professoras Valéria Mendonça e Natália Fernandes, bem como a toda a equipe de professores, pesquisadores e estudantes, registro meu agradecimento pela convivência acadêmica, pelo apoio mútuo e pelas trocas que tornaram essa trajetória mais leve e enriquecedora.

Ao professor Luís Augusto Mendes, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), agradeço o suporte na etapa de construção e análise estatística dos dados. Suas contribuições foram fundamentais para a consistência metodológica e para o aprofundamento dos resultados desta investigação.

Aos meus amigos Abner e Daniel, registro especial gratidão pelo auxílio constante, pela parceria, pelo incentivo e pela generosidade intelectual. Reconheço o quanto suas contribuições foram relevantes e espero poder retribuir, futuramente, todo o aprendizado compartilhado.

A todos que fizeram parte dessa trajetória, reitero meu agradecimento. Cada colaboração foi fundamental para que este trabalho se concretizasse.

RESUMO

A qualidade da informação em saúde desempenha papel central na tomada de decisões clínicas e na organização dos serviços, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). As fontes oficiais de informação constituem referências institucionais estratégicas; entretanto, sua utilização efetiva depende da percepção dos profissionais quanto à qualidade da informação disponibilizada, especialmente no que se refere à credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade. Embora o contexto brasileiro conte com estudos que abordam diferentes aspectos da qualidade da informação em saúde, observa-se que análises quantitativas que integrem essas dimensões à satisfação dos usuários e à intenção de uso continuado de fontes oficiais por profissionais da APS ainda são pouco exploradas de forma articulada. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar a influência da qualidade da informação percebida por profissionais da APS sobre sua satisfação e a intenção de continuar utilizando fontes oficiais de informação em saúde. Adotou-se um delineamento quantitativo, descritivo e correlacional, com aplicação de questionário estruturado a 1.071 profissionais, fundamentado nas dimensões do modelo AIMQ. Os dados foram analisados por meio de correlação de *Spearman*, regressão linear múltipla. Os resultados indicaram associação forte entre a qualidade da informação e a satisfação ($\rho = 0,72$; $p < 0,001$), bem como entre a qualidade percebida e a intenção de uso futuro ($\rho = 0,61$; $p < 0,001$). A regressão para a satisfação revelou que o modelo foi estatisticamente significativo, explicando 22% da variância do constructo ($R^2 = 0,220$), com maior impacto da acessibilidade/interpretabilidade ($\beta = 0,208$; $p < 0,001$), seguida da credibilidade ($\beta = 0,141$; $p < 0,001$). No modelo de intenção de uso futuro, observou-se maior capacidade explicativa ($R^2 = 0,44$), destacando-se a qualidade global percebida ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$), a credibilidade ($\beta = 0,28$; $p < 0,001$) e o uso atual das fontes ($\beta = 0,19$; $p < 0,001$). Conclui-se que a qualidade da informação constitui fator determinante tanto da satisfação quanto da continuidade do uso das fontes oficiais de informação em saúde, reforçando sua relevância estratégica para a governança informacional na Atenção Primária à Saúde. A contribuição do estudo consiste em demonstrar empiricamente que a qualidade da informação percebida influencia significativamente a satisfação e a intenção de uso contínuo de fontes oficiais por profissionais da Atenção Primária à Saúde, oferecendo evidências teóricas, metodológicas e prático-gerenciais para o fortalecimento da governança informacional no SUS.

Palavras-chave: qualidade da informação, atenção primária à saúde, satisfação do usuário, fontes oficiais de informação.

ABSTRACT

Information quality in health care plays a central role in clinical decision-making and in the organization of services, particularly within Primary Health Care (PHC). Official information sources constitute strategic institutional references; however, their effective use depends on professionals' perceptions of the quality of the information provided, especially regarding credibility, accessibility, and interpretability. Although the Brazilian context includes studies addressing different aspects of health information quality, quantitative analyses that integrate these dimensions with user satisfaction and professionals' intention to continue using official sources in PHC remain insufficiently explored in an articulated manner. In this context, this study aimed to analyze the influence of perceived information quality among PHC professionals on their satisfaction and intention to continue using official health information sources. A quantitative, descriptive, and correlational design was adopted, involving a structured questionnaire administered to 1,071 professionals, based on the dimensions of the AIMQ model. Data were analyzed using *Spearman's* correlation and multiple linear regression. The results indicated a strong association between information quality and satisfaction ($\rho = 0.72$; $p < 0.001$), as well as between perceived quality and intention of future use ($\rho = 0.61$; $p < 0.001$). The regression model for satisfaction was statistically significant, explaining 22% of the construct's variance ($R^2 = 0.220$), with accessibility/interpretability showing the greatest impact ($\beta = 0.208$; $p < 0.001$), followed by credibility ($\beta = 0.141$; $p < 0.001$). The model for future use intention demonstrated greater explanatory power ($R^2 = 0.44$), highlighting perceived overall quality ($\beta = 0.30$; $p < 0.001$), credibility ($\beta = 0.28$; $p < 0.001$), and current use of the sources ($\beta = 0.19$; $p < 0.001$). It is concluded that information quality is a determining factor for both satisfaction and continued use of official health information sources, reinforcing its strategic relevance for informational governance in PHC. The study's contribution lies in empirically demonstrating that perceived information quality significantly influences satisfaction and continued use intentions among PHC professionals, providing theoretical, methodological, and managerial evidence to strengthen informational governance within the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keyword: information quality; primary health care; user satisfaction; official information sources.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Desordem da Informação	31
Figura 2 - Modelo conceitual das hipóteses	53
Figura 3 - Distribuição das UBS respondentes ao Censo por região do país	57
Figura 4 - Estrutura da Escala de avaliação das fontes oficiais de informação em saúde	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais segundo raça/cor/etnia.....	66
Gráfico 2 – Distribuição dos profissionais da APS, no Brasil segundo o gênero	67
Gráfico 3 - Distribuição dos respondentes da pesquisa por unidade federativa no Brasil	68
Gráfico 4 - Categoria profissional dos participantes da pesquisa na APS.....	69
Gráfico 5 - Distribuição dos respondentes da pesquisa segundo o nível de escolaridade.....	70
Gráfico 6 - Distribuição gráfica dos <i>Eigenvalues</i> da Escala de avaliação das fontes oficiais de informação em saúde	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura Fatorial da Escala de avaliação das fontes oficiais de informação em saúde	80
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Visão dos acadêmicos sobre a qualidade da informação.....	19
Quadro 2 - Modelo Product and Service Performance (PSP/IQ)	24
Quadro 3 - Acesso às fontes oficiais e institucionais da informação em saúde segundo os respondentes da pesquisa.....	71
Quadro 4 - Avaliação da satisfação, expectativa e experiência dos respondentes quanto ao uso de fontes oficiais de informação em saúde.....	73
Quadro 5 - Grau de concordância dos profissionais da APS quanto à Qualidade da Informação	74
Quadro 6 - Distribuição dos profissionais da APS segundo o grau de satisfação com a Qualidade da Informação	75
Quadro 7 - Distribuição dos profissionais da APS segundo a intenção de continuar utilizando fontes oficiais de informação.....	76
Quadro 8 - Correlação entre as variáveis.....	84
Quadro 9 - Análise de correlação entre qualidade percebida da informação e satisfação	85
Quadro 10 - Resultados da Regressão Linear Múltipla para predição da Satisfação a partir das dimensões da Qualidade da Informação	86
Quadro 11 - Coeficientes e estatísticas do modelo de regressão linear múltipla para predição da Intenção de Uso Futuro	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AIMQ	<i>Assessment Information Quality Methodology</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CETIC	Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DQ	<i>Discern Questionnaire</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETC	<i>Expectation-Confirmation Theory</i>
HON	<i>Health On the Net Foundation</i>
HONcode	<i>Health On the Net Code</i>
IA	Inteligência Artificial
IED	Índice de Equidade e Dimensionamento
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
PSP	<i>Product and Service Performance</i>
QI	Qualidade da Informação
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDCap	<i>Research Electronic Data Capture</i>
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SCT	<i>Smart Card Technology</i>
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDQM	<i>Total Data Quality Management</i>
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UBS	Unidade Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1.	A qualidade da informação	18
2.1.1.	<i>A qualidade da informação em saúde no Brasil</i>	<i>25</i>
2.1.2.	<i>Desinformation, Misinformation and Mal-information</i>	<i>29</i>
2.2.	Relação entre qualidade percebida e satisfação dos usuários	34
2.3.	A trindade da qualidade da informação na atenção primária à saúde (APS)	38
2.3.1.	<i>Credibilidade da informação em saúde</i>	<i>40</i>
2.3.2.	<i>Acessibilidade como critério de uso contínuo de informações</i>	<i>44</i>
2.3.3.	<i>Interpretabilidade e sua influência na decisão de uso das fontes de informação</i>	<i>47</i>
3.	HIPÓTESES DA PESQUISA	49
4.	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	54
4.1.	Tipo e descrição geral da pesquisa	54
4.2.	Caracterização do lócus do estudo	55
4.3.	População e amostra	55
4.4.	Procedimentos de coleta de dados da pesquisa	57
4.5.	Instrumento de coleta de dados da pesquisa	59
4.6.	Procedimentos de análise dos dados	60
4.6.1.	<i>Análise Evidências de validade e consistência interna do instrumento</i>	<i>61</i>
4.6.2.	<i>Análise descritiva da percepção da QI</i>	<i>63</i>
4.6.3.	<i>Relação entre a qualidade percebida e a satisfação do usuário</i>	<i>63</i>
4.6.4.	<i>Impacto das dimensões da qualidade na intenção comportamental</i>	<i>64</i>
4.7.	Análise dos resultados sociodemográficos	65
4.7.1.	<i>Resultado do BLOCO A – PERFIL DOS RESPONDENTES</i>	<i>65</i>
4.7.2.	<i>Resultado do BLOCO F – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS FONTES</i>	<i>71</i>
4.8.	Análise psicométrica da escala de avaliação das fontes oficiais de informação	77
4.8.1.	<i>Análise Fatorial Exploratória (AFC)</i>	<i>77</i>
4.8.2.	<i>Análise Fatorial Confirmatória (AFC)</i>	<i>80</i>
4.9.	Análise regressão linear: qualidade da informação e satisfação	85
5.	CONCLUSÃO	97
5.1.	Limitações da pesquisa e estudos futuros	100
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	117
	Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117
	Apêndice B – QUESTIONÁRIO	121

1. INTRODUÇÃO

O acesso à informação em saúde constitui um elemento estruturante para a tomada de decisões clínicas, a formulação de políticas públicas e a organização dos sistemas de saúde contemporâneos. Em especial, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a informação assume papel estratégico ao subsidiar ações de cuidado, vigilância, gestão e planejamento, impactando diretamente a segurança do paciente, a eficiência dos processos assistenciais e a efetividade das práticas baseadas em evidências (Cheng *et al.*, 2017; Malungana & Motsi, 2024; Villar *et al.*, 2022).

Nesse contexto, as fontes oficiais de informação em saúde, como portais institucionais, sistemas governamentais e documentos normativos, são reconhecidas como referências centrais por reunirem dados validados, atualizados e produzidos sob critérios técnico-científicos (Flanagin *et al.*, 2018).

Entretanto, a mera existência de fontes oficiais não garante, por si só, sua incorporação efetiva no cotidiano profissional. A literatura aponta que a utilização e o uso contínuo dessas fontes são fortemente condicionados pela percepção dos usuários acerca da qualidade da informação disponibilizada (Lee *et al.*, 2002)

A qualidade da informação configura-se, assim, como um conceito multidimensional, que ultrapassa a exatidão técnica dos dados e incorpora atributos relacionados à credibilidade, acessibilidade e à interpretabilidade, os quais mediam a relação entre informação, confiança e uso (Wang & Strong, 1996; Lee *et al.*, 2002; Eppler, 2006). A ausência de critérios sistemáticos para avaliar e aprimorar esses atributos pode comprometer tanto a satisfação dos profissionais quanto sua disposição em continuar utilizando as fontes institucionais ao longo do tempo (Zhang *et al.*, 2023).

No campo da saúde, essas questões tornam-se ainda mais sensíveis em contextos marcados por desigualdades regionais, limitações de infraestrutura e sobrecarga informacional, como o brasileiro.

A fragmentação dos sistemas de informação, as barreiras de acesso tecnológico e as dificuldades de interpretação dos conteúdos oficiais podem reduzir a efetividade da informação como instrumento de apoio à decisão, especialmente na APS, onde o tempo é escasso e as demandas assistenciais são múltiplas (Correia *et al.*, 2014; Lima *et al.*, 2009).

Ademais, o cenário contemporâneo de circulação intensiva de informações, potencializado por ambientes digitais e redes sociais, intensifica o risco de desinformação, reforçando a necessidade de fontes oficiais que não apenas sejam confiáveis, mas também

acessíveis e compreensíveis aos profissionais que delas dependem (Wardle & Derakhshan, 2017; Nascimento *et al.*, 2022).

Diante dessa complexidade, torna-se fundamental dispor de modelos teóricos capazes de orientar a avaliação sistemática da qualidade da informação.

A metodologia AIMQ (*Assessment Information Quality Methodology*), proposta por Lee *et al.* (2002), destaca-se por oferecer um arcabouço conceitual e operacional robusto, estruturando a qualidade da informação em quatro grandes dimensões: qualidade intrínseca, contextual, representacional e de acessibilidade (Lee *et al.*, 2002).

Esse modelo permite compreender a qualidade da informação de forma integrada, considerando tanto atributos técnicos quanto aspectos relacionados à experiência do usuário, à adequação ao contexto de uso e à facilidade de acesso e interpretação dos conteúdos (Wang & Strong, 1996; Lee *et al.*, 2002).

No setor da saúde, a aplicação dessas dimensões revela-se particularmente relevante, uma vez que informações tecnicamente corretas, mas de difícil acesso ou interpretação, tendem a ser subutilizadas.

Estudos indicam que sistemas informacionais percebidos como intuitivos, confiáveis e alinhados às necessidades do usuário apresentam maior probabilidade de integração aos fluxos de trabalho e de uso contínuo pelos profissionais (DeLone & McLean, 2003; Zhang & Saltman, 2022).

Ainda assim, observa-se uma lacuna na literatura no que se refere à análise empírica da percepção de qualidade da informação por profissionais da APS, sobretudo no contexto brasileiro, onde a informação desempenha papel central na coordenação do cuidado e na organização da Rede de Atenção à Saúde (Machado *et al.*, 2016; Leite & Araujo, 2025).

Considerando essas questões, o presente estudo tem como **objetivo geral**: aferir a influência da qualidade da informação percebida por profissionais de saúde sobre a intenção comportamental de continuar, no futuro, a utilizar as fontes oficiais de informação do país, bem como sobre sua satisfação, como usuários, a partir dos critérios de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade da informação.

Para alcançar esse propósito, o estudo adota como referência analítica as dimensões da qualidade da informação descritas no modelo AIMQ de Lee *et al.* (2002), buscando compreender como esses atributos impactam a experiência dos profissionais da APS e sua relação com as fontes institucionais de informação em saúde, em consonância com achados

prévios que associam qualidade percebida, satisfação e intenção de uso contínuo (Peter *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2023).

Com o intuito de expandir as discussões e alcançar este propósito principal, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- I. Avaliar a percepção de profissionais da atenção primária à saúde sobre a qualidade da informação proveniente de fontes oficiais de saúde;
- II. Investigar a relação entre a qualidade percebida da informação e a satisfação dos profissionais da atenção primária como usuários dessas fontes;
- III. Analisar como diferentes dimensões da qualidade da informação impactam a intenção comportamental dos profissionais de saúde em continuar utilizando fontes oficiais no futuro;
- IV. Identificar desafios enfrentados por profissionais da saúde ao acessar e interpretar informações de fontes oficiais;
- V. Propor recomendações para a melhoria da qualidade da informação em fontes oficiais, a partir da perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde.

Este estudo adota uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva e correlacional, orientada à análise da percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da qualidade da informação disponibilizada por fontes oficiais de saúde.

O delineamento metodológico está alinhado aos pressupostos teóricos da Qualidade da Informação, especialmente às dimensões de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade, conforme sistematizadas pelo modelo AIMQ (Lee *et al.*, 2002), bem como aos modelos de satisfação e uso contínuo de sistemas de informação amplamente discutidos na literatura (DeLone & McLean, 2003; Peter *et al.*, 2020).

Ao centrar-se na perspectiva dos usuários profissionais da APS, o estudo articula atributos técnicos e perceptivos da informação, reconhecendo que a efetividade das fontes institucionais não se restringe à exatidão dos dados, mas depende de sua adequação ao contexto de uso, da confiança atribuída à fonte e da capacidade de apoiar decisões em tempo oportuno (Wang & Strong, 1996; Eppler, 2006; Zhang *et al.*, 2023).

Essa abordagem permite compreender a qualidade da informação como um fenômeno relacional, situado na interface entre sistemas informacionais, práticas profissionais e contextos organizacionais da saúde pública.

A pesquisa insere-se em um esforço mais amplo de enfrentamento da desinformação e de fortalecimento da governança informacional em saúde, dialogando com debates

contemporâneos sobre confiança institucional, uso qualificado da informação e tradução do conhecimento científico para a prática profissional (Wardle & Derakhshan, 2017; Nascimento *et al.*, 2022; Cardoso *et al.*, 2025).

No âmbito internacional, a relevância da qualidade na oferta de serviços de saúde encontra respaldo na Agenda 2030 das Nações Unidas, especialmente no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3 – Saúde e Bem-Estar), que estabelece, entre suas metas, “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” (ONU, 2026).

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade pressupõe não apenas a disponibilidade estrutural desses serviços, mas também a existência de informações confiáveis, acessíveis e interpretáveis que subsidiem a tomada de decisão clínica e a formulação de políticas públicas. Nesse contexto, a qualidade da informação em fontes oficiais de saúde configura-se como elemento estratégico para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e para a efetivação da cobertura universal de saúde.

Este estudo compõe uma das tarefas vinculadas a um projeto maior, multicêntrico e internacional de pesquisa intitulado: “*Estudo comparado sobre o papel dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em Angola, Argentina, Brasil, Cabo Verde, Chile, Colômbia, Espanha, Guiné Bissau, México, Moçambique, Peru, Portugal e São Tomé e Príncipe na prevenção da Desinformação em Saúde.*”, em andamento na UnB e outras universidades copartícipes na América Latina (Argentina, Chile, Colômbia, Peru e México) e nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste), conduzido nacionalmente pelo Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde (LabECoS/FS), com a colaboração do Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Inovação e Serviços (Linselab/FACE) e, principalmente, pela REDE BRASIL que tem como propósito expor as possibilidades e perspectivas da Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento em Saúde, visando fortalecer iniciativas voltadas à redução das desigualdades, ao combate à desinformação na ciência e na saúde, além de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A relevância deste estudo reside tanto no âmbito acadêmico quanto prático. Do ponto de vista acadêmico, ele preenche lacunas importantes na literatura sobre qualidade da informação em contextos de saúde. Estudos anteriores, como os de Peter *et al.* (2020) e Cheng

et al. (2017), já destacaram o papel central da qualidade informacional para o sucesso de sistemas digitais, mas poucos abordaram de forma detalhada como esses fatores impactam profissionais da atenção primária à saúde em cenários de desigualdade estrutural, como o Brasil.

“Já a aplicação de um modelo, ou a combinação de vários modelos, de qualidade de informação tornam a pesquisa com um caráter inovador, por trazer na abordagem documentos institucionais específicos, relacionando nas perspectivas do contexto da ODS 3, por ser propósito da pesquisa” (Leite & Araujo, 2025, p. 4).

No sentido prático-gerencial no âmbito da saúde, os resultados podem subsidiar gestores e formuladores de políticas públicas na melhoria das fontes oficiais de saúde e da qualidade da informação que produzem e oferecem. Isso inclui desde o aprimoramento de portais e aplicativos até a implementação de estratégias para superar barreiras de acesso e de interpretação que prejudicam a experiência dos usuários. A interoperabilidade dos sistemas, apontada por Zhang e Saltman (2022) como um fator que aumenta a satisfação e a intenção de uso contínuo, pode ser explorada para melhorar a integração entre diferentes fontes e ampliar seu alcance.

Além disso, a implementação de tecnologias emergentes, como inteligência artificial e aprendizado de máquina, pode auxiliar na personalização da informação fornecida, garantindo maior aderência às necessidades dos profissionais de saúde (Morrow *et al.*, 2023).

Dessa forma, o presente estudo busca oferecer uma contribuição significativa para a melhoria da qualidade da informação em saúde, incorporando um olhar mais abrangente sobre os múltiplos fatores que influenciam sua efetividade. A partir da abordagem proposta por Lee *et al.* (2002), pretende-se avançar no debate sobre a qualidade da informação no setor, fornecendo um referencial sólido para futuras pesquisas e iniciativas de aprimoramento dos sistemas informacionais voltados à atenção primária à saúde.

Este trabalho está organizado em três seções principais, que abordam, de forma integrada, os aspectos fundamentais para a análise da qualidade da informação percebida e de seus impactos na satisfação e na intenção de uso contínuo de fontes oficiais de saúde.

A introdução contextualiza o tema, problematiza o objeto de estudo e apresenta o objetivo geral, os objetivos específicos, a justificativa e as contribuições esperadas da pesquisa. Em seguida, a revisão da literatura discute os conceitos centrais de qualidade da informação, credibilidade, acessibilidade, interpretabilidade, satisfação do usuário e intenção comportamental, além de destacar estudos relevantes no contexto da Atenção Primária à Saúde

(APS). Essa seção identifica lacunas na literatura e fornece a base teórica necessária à compreensão do problema investigado.

A seção metodológica descreve o delineamento da pesquisa, incluindo o tipo de estudo, os critérios de seleção da amostra e o instrumento de coleta de dados. O estudo adota uma abordagem quantitativa, com base em um questionário estruturado aplicado a profissionais da APS. São apresentados os métodos estatísticos empregados para examinar as relações entre a qualidade percebida da informação, a satisfação e a intenção de uso contínuo. A seção também apresenta os procedimentos éticos adotados para assegurar a integridade da pesquisa e a confidencialidade dos participantes, conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Apêndice A.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico a seguir fundamenta-se na premissa de que a Qualidade da Informação (QI) desempenha um papel essencial na tomada de decisões clínicas e na formulação de políticas públicas, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Partindo da concepção amplamente aceita de que a qualidade reside na "adequação ao uso" (*fitness for use*), esta seção explora a natureza multidimensional da informação, estruturada primordialmente sob o modelo AIMQ (*Assessment Information Quality Methodology*) de Lee *et al.* (2002).

Ao longo dos subtópicos, articulam-se as dimensões de qualidade intrínseca, contextual, representacional e de acessibilidade para compreender como a credibilidade, a acessibilidade e a interpretabilidade das fontes oficiais impactam a satisfação do profissional e a sua intenção comportamental de uso contínuo.

Este embasamento é indispensável para analisar a eficácia da comunicação institucional frente aos desafios da desordem informacional e da necessidade de práticas baseadas em evidências no Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1. A qualidade da informação

A Qualidade da Informação (QI) é amplamente definida na literatura como a “adequação ao uso” (*fitness for use*), o que significa que a qualidade não é um valor absoluto, mas depende do propósito e das necessidades do consumidor da informação (Lee *et al.*, 2002; Wang &

Strong, 1996; Eppler, 2006; Ge & Helfert, 2007; Ghalavand *et al.*, 2024; Arazy *et al.*, 2017). Outras definições complementares a descrevem como o cumprimento de especificações ou requisitos (Ge & Helfert, 2007; Keeton *et al.*, 2010; Mai, 2013).

Em outra perspectiva, a qualidade é definida como o grau de valor que a informação adquire em função dos objetivos e finalidades para os quais é empregada ou como a característica de ser livre de defeitos e possuir atributos desejados (Ge & Helfert, 2007; Ghalavand *et al.*, 2024).

Essa compreensão se desdobra, inicialmente, em duas grandes vertentes principais, a da perspectiva do consumidor, que enfatiza a satisfação do usuário e a capacidade da informação de atender às suas expectativas em uma tarefa específica (Ge & Helfert, 2007; Arazy *et al.*, 2017; Grela, 2015), e a da perspectiva dos dados ou da especificação, que associa a qualidade ao cumprimento de requisitos técnicos, normas e padrões, priorizando a ausência de defeitos e a integridade dos dados (Ge & Helfert, 2007; Ghalavand *et al.*, 2024; Grela, 2015).

No modelo multidimensional proposto por Wang e Strong (1996), a QI é organizada em quatro categorias fundamentais: (i) *Qualidade Intrínseca* que se refere aos valores próprios da informação, como precisão (*accuracy*), objetividade, credibilidade e reputação da fonte; (ii) *Qualidade Contextual*, que considera a relevância, a completude, a oportunidade (*timeliness*) e a quantidade adequada da informação em função da tarefa; (iii) *Qualidade Representacional*, que diz respeito à forma de apresentação da informação, exigindo interpretabilidade, clareza, concisão e consistência; e (iv) *Qualidade de Acessibilidade*, que destaca a necessidade de acesso rápido e seguro à informação (Lee *et al.*, 2002).

O quadro 1 do artigo de Lee *et al.* (2002), é uma síntese fundamental que consolida uma década de pesquisas sobre o tema. O quadro organiza as contribuições de diferentes autores em quatro categorias principais, que servem como pilares para a compreensão da qualidade da informação (QI).

Quadro 1 - Visão dos acadêmicos sobre a qualidade da informação

	QUALIDADE INTRÍNSECA	QUALIDADE CONTEXTUAL	QUALIDADE REPRESENTACIONAL	QUALIDADE DE ACESSO
Wang e Strong (1996)	Precisão, credibilidade, reputação, objetividade	Valor agregado, relevância, completude, pontualidade, quantidade apropriada	Compreensibilidade, interpretabilidade, representação concisa, representação consistente	Acessibilidade, facilidade de operação, segurança

Zmud (1978)	Precisão, factualidade	Quantidade, confiabilidade/ pontualidade	Organização, legibilidade, razoabilidade	-
Jarke e Vassiliou (1997)	Credibilidade, precisão, consistência, completude	Relevância, uso, pontualidade, atualização da fonte, atualização do <i>data warehouse</i> , não-volatilidade	Interpretabilidade, sintaxe, controle de versão, semântica, apelidos, origem	Acessibilidade, disponibilidade do sistema, disponibilidade de transação, privilégios
Delone e McLean (1992)	Precisão, confiabilidade, ausência de viés	Importância, relevância, utilidade, informatividade, conteúdo, suficiência, completude, atualização, pontualidade	Compreensibilidade, legibilidade, clareza, formato, aparência, concisão, unicidade, comparabilidade	Usabilidade, quantificabilidade, conveniência de acesso ^a
Goodhue (1995)	Precisão, confiabilidade	Atualização, nível de detalhe	Compatibilidade, significado, apresentação, ausência de confusão	Acessibilidade, assistência, facilidade de uso (<i>hardware/software</i>), localizabilidade
Ballou e Pazer (1985)	Precisão, consistência	Completude, pontualidade	-	-
Wang e Wang (1996)	Correção, ausência de ambiguidade	Completude	Significância	-

Fonte: Adaptado de A methodology for information quality assessment, de Lee et al., 2002, p. 134.

Nota. ^aClassificado como qualidade do sistema, e não qualidade da informação, por Delone e McLean (1992).

O quadro 1 sistematiza como diferentes pesquisadores abordaram as dimensões da qualidade da informação em estudos desenvolvidos majoritariamente antes de 2002, evidenciando a evolução conceitual do campo e as distintas perspectivas analíticas adotadas.

Modelos clássicos e contemporâneos, como os propostos por Wang e Strong (1996), Zmud (1978), Goodhue (1995), Ballou e Pazer (1985), DeLone e McLean (1992) e posteriormente consolidados por Lee *et al.* (2002), apresentam *frameworks* que buscam identificar e classificar os atributos que tornam a informação útil, confiável e adequada ao apoio à decisão.

Wang e Strong (1996) propõem que a qualidade da informação deve ser compreendida a partir da perspectiva dos consumidores de dados, indo além da precisão e englobando quatro dimensões fundamentais: qualidade intrínseca, qualidade contextual, qualidade representacional, e qualidade de acessibilidade.

Ainda segundo os autores, “dados de alta qualidade deve ser intrinsecamente bons, apropriados para o contexto da tarefa, claramente representados e acessíveis ao consumidor de dados” (Wang & Strong, 1996, p. 22).

Essa perspectiva orientada ao usuário contrasta com abordagens anteriores e mais formais. Zmud (1978), por exemplo, é considerado um dos pioneiros ao focar em dimensões relevantes para usuários de relatórios impressos, enfatizando aspectos como legibilidade e organização da informação.

Em razão do contexto tecnológico da época, sua abordagem não contempla a acessibilidade como dimensão central, atributo que só ganha maior relevância com a disseminação dos sistemas informatizados e da informação online. De modo semelhante, Goodhue (1995) concentra sua análise nas características das informações quantitativas armazenadas em sistemas computacionais que são relevantes para gestores, reforçando a relação entre qualidade da informação e desempenho das tarefas organizacionais.

Em contraposição às abordagens baseadas na percepção do usuário, Ballou e Pazer (1985), assim como Wand e Wang (1996), adotam uma perspectiva mais técnica e formal, concentrando-se em dimensões objetivamente mensuráveis, como precisão, correção e completude dos dados. Nessa linha, a qualidade da informação é avaliada a partir da conformidade entre os valores registrados nos sistemas e a realidade que representam, reduzindo o peso de critérios subjetivos relacionados ao uso e ao contexto.

Lee *et al.* (2002), ao compararem sistematicamente esses modelos, utilizam a tabela para evidenciar dois entendimentos centrais. O primeiro refere-se à tensão entre a visão do consumidor e a visão formal da qualidade da informação: enquanto alguns autores incorporam dimensões subjetivas, como relevância e utilidade, outros adotam uma abordagem ontológica, baseada na comparação entre os valores do sistema e os estados reais do mundo, como ocorre com o atributo de correção.

O segundo entendimento diz respeito à dificuldade de classificação das dimensões, uma vez que atributos como completude e tempestividade são considerados intrínsecos por alguns autores e contextuais por outros, dependendo se o foco recai sobre o dado em si ou sobre o uso que o consumidor faz da informação (Lee *et al.*, 2002).

Essa discussão é aprofundada por Eppler (2006), ao situar a qualidade da informação como um elemento estratégico para a gestão do conhecimento e para a comunicação organizacional. Para o autor, “informações de alta qualidade devem não apenas ser precisas,

mas também aplicáveis, compreensíveis e devidamente contextualizadas para a tomada de decisão” (Eppler, 2006, p. 351).

Ao avançar nesse argumento, Eppler (2006) sustenta que a QI precisa ser gerida de forma sistemática e integrada, considerando simultaneamente os processos internos de produção da informação, seus mecanismos de disseminação e as formas como ela é efetivamente utilizada nas organizações. Essa abordagem reforça a ideia de que falhas informacionais não decorrem apenas de erros nos dados, mas também de desalinhamentos entre conteúdo, contexto e finalidade de uso.

É nesse sentido que a perspectiva de Huang *et al.* (1999, *apud* Kang e Namkung, 2018, p. 2) contribui para estruturar analiticamente a discussão, ao conceituar a QI como uma estrutura multidimensional composta por quatro dimensões inter-relacionadas: intrínseca, contextual, representacional e de acessibilidade. Essa estrutura é essencial para compreender como a informação impacta a experiência do usuário e a eficácia dos sistemas de suporte à decisão.

A qualidade representacional refere-se à forma como os dados são apresentados, assegurando interpretabilidade, consistência e compreensibilidade, enquanto a categoria de acessibilidade avalia a facilidade com que o usuário consegue obter a informação buscada. A ausência de padrões adequados nessas dimensões tende a aumentar custos, tempo e esforço cognitivo no processamento da informação Huang *et al.* (1999, *apud* Kang e Namkung, 2018).

Na mesma linha de concepção, Kang e Namkung (2018) enfatizam que informações ricas e atualizadas não apenas auxiliam os consumidores na tomada de decisão, mas também fortalecem a percepção de utilidade dos sistemas.

Complementarmente, Madnick *et al.* (2009) ampliam essa discussão ao enfatizar a interconexão entre qualidade da informação e integração de dados, destacando que os desafios informacionais transitam entre requisitos técnicos e não técnicos, como governança da informação e alinhamento estratégico.

Os autores observam que muitos problemas classificados como “baixa qualidade da informação” são, na realidade, falhas de interpretação contextual, o que reforça a necessidade de sistemas capazes de considerar simultaneamente o contexto da fonte e do consumidor da informação, a fim de reduzir ambiguidades.

Nesse ecossistema informacional dinâmico, Madnick *et al.* (2009) defendem que assegurar a qualidade dos dados desde a sua origem constitui um passo essencial para o funcionamento eficaz dos sistemas de suporte à decisão.

Para mitigar falhas recorrentes, os autores propõem o modelo *Total Data Quality Management* (TDQM), que trata a informação como um produto manufaturado, submetido a ciclos contínuos de definição, medição, análise e melhoria. Ademais, o uso de técnicas de linhagem e procedência dos dados (*data provenance*) possibilita ao consumidor final rastrear a origem e os processos intermediários da informação, fortalecendo sua confiabilidade e adequação ao uso pretendido.

Assim, a adoção de metodologias formais para a captura de requisitos de qualidade já na fase de design dos bancos de dados torna-se indispensável para minimizar inconsistências e transformar a informação em conhecimento estratégico.

De forma complementar a essa abordagem orientada à gestão do ciclo de vida da informação, o modelo *Product and Service Performance* (PSP/IQ), proposto por Lee *et al.* (2002), oferece uma estrutura analítica e operacional para a avaliação da qualidade da informação com base na consolidação das dimensões sistematizadas anteriormente (quadro 2). Fundamentado nos princípios da Gestão da Qualidade Total (*Total Quality Management – TQM*), o PSP/IQ supera perspectivas estritamente conceituais ao incorporar diferentes visões de *stakeholders* em um modelo aplicado à tomada de decisão gerencial.

A estrutura do PSP/IQ organiza as dimensões da QI em uma matriz 2x2, apresentado no quadro 2, construída a partir de dois eixos centrais. O primeiro distingue a informação tratada como produto da informação compreendida como serviço, relacionada aos processos de entrega, acesso e uso. O segundo eixo contrapõe a avaliação baseada na conformidade com especificações àquela orientada pelo atendimento das expectativas e necessidades dos usuários.

Como descrito por Lee *et al.* (2002), a intersecção desses eixos resulta em quatro quadrantes funcionais que agrupam dimensões específicas da qualidade da informação. Os quadrantes *Sound Information* e *Useful Information* concentram atributos relacionados à informação como produto, enquanto *Dependable Information* e *Usable Information* enfatizam a informação como serviço, permitindo identificar se os esforços de melhoria devem concentrar-se em correções técnicas, na adequação ao uso ou na confiabilidade e experiência do usuário.

Quadro 2 - Modelo Product and Service Performance (PSP/IQ)

	Em conformidade com Especificações	Atende ou excede expectativas dos consumidores
Qualidade do produto	Informação Sólida (<i>Sound Information</i>)	Informação Útil (<i>Useful Information</i>)
	Dimensões de QI	Dimensões de QI
	Precisão Representação concisa Compleitude Representação consistente	Quantidade adequada Relevância Compreensibilidade Interpretabilidade Objetividade
Qualidade do serviço	Informação Confiável (<i>Dependable Information</i>)	Informação Utilizável (<i>Usable Information</i>)
	Dimensões de QI	Dimensões de QI
	Pontualidade Segurança	Credibilidade Acessibilidade Facilidade de uso Reputação

Fonte: Adaptado de A methodology for information quality assessment, de Lee et al., 2002, p. 137.

Assim, a articulação dessas diferentes perspectivas evidencia que a qualidade da informação não pode ser avaliada exclusivamente a partir de sua estrutura interna ou de atributos técnicos isolados. Ela deve ser compreendida também em função do valor que agrega ao usuário final, especialmente no que se refere à sua capacidade de apoiar decisões informadas (Madnick *et al.*, 2009; Eppler (2006).

Nesse sentido, informações precisas, contextualizadas e acessíveis assumem papel central tanto na eficácia dos sistemas de informação quanto na satisfação e no desempenho dos usuários que deles dependem (Flanagin *et al.*, 2018).

No âmbito da saúde pública, essas dimensões manifestam-se de forma indissociável e operacional (Ghalavand *et al.*, 2024). A credibilidade da informação constitui um requisito fundamental para que dados e evidências sejam aceitos e efetivamente utilizados por profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção (Flanagin *et al.*, 2018).

Entretanto, a credibilidade, embora necessária, não é suficiente para assegurar o uso efetivo da informação. Ela deve ser acompanhada de acessibilidade, que envolve a facilidade de localização e uso dos dados em tempo hábil.

Flanagin *et al.* (2018) enfatizam que fontes institucionais, como órgãos governamentais, são percebidas como mais confiáveis devido à transparência nos métodos de coleta e análise.

No entanto, a credibilidade não pode ser dissociada da acessibilidade, que envolve a facilidade de localizar e utilizar informações relevantes em tempo hábil.

A excelência concomitante nesses parâmetros é indispensável para uma tomada de decisão segura e eficaz, reduzindo riscos decorrentes de informações inconsistentes, desatualizadas ou mal interpretadas. No contexto da saúde, essa relação adquire maior criticidade, uma vez que a integridade informacional impacta diretamente a acurácia diagnóstica, a segurança do paciente e a promoção do bem-estar humano (Flanagin *et al.*, 2018).

2.1.1. A qualidade da informação em saúde no Brasil

No cenário da saúde brasileira, a QI compreende tanto os dados produzidos pelos sistemas nacionais de informação em saúde quanto os conteúdos digitais destinados a profissionais, gestores e cidadãos (Leite & Araujo, 2025).

Configura-se como um elemento essencial para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para a qualificação dos serviços prestados, uma vez que a informação subsidia processos decisórios em diferentes níveis do sistema de saúde (Leite & Araujo, 2025). Para reforçar essa ideia, Marin (2010, p. 22), que define a informação como a “essência da profissão”, essencial às práticas “de cuidado, gerenciamento e avaliação” em saúde.

A transição do conceito geral de QI para o campo da saúde exige, o reconhecimento da informação como “eixos estruturantes capazes de potencializar as ações e os resultados técnicos, científicos e políticos” (Cardoso *et al.*, 2025).

A partir desse núcleo, a literatura distingue duas perspectivas complementares. Na perspectiva do dado, o foco está nas propriedades internas, técnicas, do registro: se os campos estão preenchidos, se os códigos seguem padrões, se não há erros grosseiros, se as variáveis são coerentes entre si, se há segurança e confidencialidade (Lima *et al.*, 2009; Ghalavand, 2024; Mashoufi *et al.*, 2022; Syed *et al.*, 2023). Nessa visão, qualidade é atingida quando os dados estão “livres de defeitos” (Redman, 2001, *apud* Ge & Helfert, 2007), isto é, acurados, completos, consistentes, tempestivos e acessíveis.

Já a perspectiva do usuário considera que qualidade depende também do julgamento subjetivo de quem consome a informação: se aquela base ou aquele conteúdo é útil, relevante, compreensível e confiável para o propósito em questão (Ghalavand, 2024; Fadahunsi *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2002).

Revisões sobre sistemas de informação em saúde no Brasil mostram que, na prática, as avaliações se concentram justamente em quatro dimensões técnicas: confiabilidade, validade,

cobertura e completitude (Lima *et al.*, 2009) às vezes acrescentando consistência e oportunidade/atualidade (Correia *et al.*, 2014; Machado *et al.*, 2016; Kilkenny & Robinson, 2018).

No Brasil, essa análise adquire contornos ainda mais complexos em função da arquitetura do Sistema Único de Saúde (SUS) (Correia *et al.*, 2014), caracterizado por um mosaico de sistemas, instrumentos de regulação e iniciativas avaliativas.

Nesse cenário, a fidedignidade das informações produzidas pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) reflete diretamente a capacidade do Estado de planejar ações, alocar recursos e responder às necessidades sanitárias da população, conforme evidenciado por Costa *et al.* (2022).

Autores como Lima *et al.* (2009) e Correia *et al.* (2014) argumentam que, quando esse arcabouço é aplicado ao contexto brasileiro dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), a QI costuma ser operacionalizada como o grau em que os registros refletem a realidade sanitária e estão suficientemente preenchidos e consistentes para permitir análises válidas.

Entre as diversas dimensões da QI, a completitude destaca-se como uma das mais críticas, por expressar o grau em que os campos de uma base apresentam valores não nulos, usando indicadores como a proporção de campos “ignorado” ou em branco e escores específicos como o de Romero e Cunha (2007).

As consequências dessas falhas são amplamente discutidas na literatura. Correia *et al.* (2014) alertam que registros incompletos comprometem a capacidade analítica dos SIS e limitam seu uso para fins de planejamento e avaliação das políticas públicas. Segundo os autores, essas fragilidades são mais acentuadas nas regiões Norte e Nordeste, onde a elevada proporção de causas mal definidas compromete a visibilidade das condições reais de saúde da população.

A produção de informação qualificada nos SIS brasileiros, portanto, depende de uma rede complexa de atores, que envolve desde o profissional responsável pelo registro na linha de frente do cuidado até os processos de consolidação e disseminação dos dados no âmbito do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Lima *et al.* (2009) e Correia *et al.* (2014) ressaltam que a existência de manuais técnicos, por si só, não garante a qualidade da informação, sendo indispensáveis ações contínuas de capacitação e conscientização dos profissionais sobre a relevância estratégica do dado para o cuidado direto ao paciente e para a formulação de políticas públicas.

A ampla disseminação de conteúdos em sites, redes sociais, fóruns e aplicativos de mensagens instantâneas favorece a circulação de informações imprecisas ou pseudocientíficas, com potenciais consequências graves, como a automedicação inadequada (Santos, 2022; Araújo, 2020).

Além disso, Correia *et al.* (2014) apontam que a heterogeneidade dos métodos de avaliação da QI dificulta comparações fidedignas entre sistemas e regiões, indicando a necessidade de uma política nacional de monitoramento regular da qualidade dos dados, coordenada pelo Ministério da Saúde.

Nesse processo, o acesso ampliado às bases de dados via internet desempenha papel fundamental, ao permitir que pesquisadores e a sociedade acompanhem criticamente a qualidade das informações oficiais, fortalecendo a transparência e a responsabilidade técnica e democrática do sistema de saúde (Lima *et al.*, 2009).

Conforme discutem Lima *et al.* (2009), Correia *et al.* (2014), Costa *et al.* (2022) e Machado *et al.* (2016), a aplicação da QI no contexto da saúde brasileira requer que os Sistemas de Informação em Saúde superem a condição de meros repositórios administrativos, assumindo um papel ativo no suporte às práticas assistenciais, gerenciais e decisórias do sistema de saúde.

Nessa perspectiva, avaliar a qualidade da informação em saúde implica no Brasil considerar não apenas seus atributos técnicos, mas também para sua acessibilidade, confiabilidade e capacidade de apoiar decisões informadas. conforme destacam Lima *et al.* (2009) e Machado *et al.* (2016). Essa abordagem amplia o entendimento da QI ao integrá-la às condições reais de uso da informação nos serviços de saúde.

Corroborando essa visão, Leite e Araujo (2025, p. 8) ressaltam que a avaliação da QI deve considerar “seus contornos como um instrumento de fácil uso para a tomada de decisão”, alinhando-se à compreensão de que o valor de uma fonte informacional reside, sobretudo, na forma como é apropriada e utilizada por seus usuários (Araujo & Fachin, 2015).

Trabalhos como os de Cheng *et al.* (2017) e Zmud (1978) apontam que a qualidade percebida da informação é determinante para o uso contínuo de sistemas informacionais. No entanto, a desinformação, amplificada pelas redes sociais e plataformas digitais, representa um obstáculo significativo, com impactos negativos na confiança pública e na tomada de decisão (PNUD, 2023). Nesse contexto, Yuan *et al.* (2024) destacam que informações claras e adaptadas ao público-alvo contribuem para o aumento da confiança e da satisfação dos usuários, perspectiva que é corroborada por Zmud (1978), ao enfatizar que a clareza e a legibilidade são condições essenciais para que os dados se tornem utilizáveis e significativos.

Do ponto de vista conceitual, Lee *et al.* (2002), no modelo AIMQ incorporam a interpretabilidade como um componente da qualidade representacional, definindo-a como a facilidade com que os usuários conseguem compreender os dados, incluindo a clareza das definições e a ausência de ambiguidades. Essa formulação indica que a clareza constitui um atributo da interpretabilidade, sem se confundir integralmente com ela, uma vez que a interpretabilidade abrange dimensões mais amplas, como a contextualização e a adequação semântica da informação.

Em contraste, Zmud (1978) trata a clareza como parte da dimensão de “legibilidade”, entendida como uma subcategoria relacionada ao formato da informação. Para o autor, a clareza está associada à facilidade de leitura e extração de dados, enquanto a interpretabilidade envolve a atribuição de significado aos dados no contexto de uso.

Essa distinção conceitual torna-se especialmente relevante diante do cenário contemporâneo de circulação intensiva de informações em ambientes digitais, no qual estratégias voltadas ao fortalecimento da compreensão e do uso crítico da informação assumem papel central.

Nesse sentido, o U.S. Surgeon General (2021, p. 9) recomenda “investimentos em programas de alfabetização em saúde, digital e midiática, que promovam a capacidade do público de identificar informações confiáveis”. Adicionalmente, os autores destacam o monitoramento ativo de padrões de disseminação, por meio de metodologias de “pré-desmistificação” (*prebunking*), que visam preparar os indivíduos para resistir a informações enganosas antes mesmo da exposição a elas

No âmbito das mídias sociais, Khan *et al.* (2021) argumentam que políticas institucionais robustas e programas de capacitação adequados podem contribuir para a superação das barreiras à adoção dessas plataformas por profissionais de saúde. Os autores identificam a confiança percebida como um fator determinante para a redução de incertezas e para a ampliação do uso das mídias sociais na disseminação de informações em saúde, ao passo que preocupações relacionadas à privacidade exercem impacto negativo sobre a utilidade percebida dessas ferramentas.

Observa-se, ainda, que o impacto dessas barreiras varia entre os gêneros, com profissionais de saúde do sexo feminino demonstrando maior sensibilidade às ameaças à privacidade quando comparadas aos profissionais do sexo masculino (Khan *et al.*, 2021).

Complementarmente, Nifakos *et al.* (2021) ressaltam que estratégias organizacionais eficazes, como avaliações regulares de risco e o alinhamento a padrões internacionais, podem

fortalecer a resiliência cibernética em ambientes de saúde. Os autores alertam que informações pessoais compartilhadas em redes sociais podem ser exploradas em ataques direcionados a profissionais da área, reforçando a importância da governança da informação e da conscientização acerca da privacidade digital.

A ausência de clareza sobre os limites profissionais nas interações com as mídias sociais gera incertezas sobre os benefícios dessas plataformas. “O conceito de limites profissionais no contexto das mídias sociais na área da saúde não é amplamente conhecido ou compreendido” (Khan *et al.*, 2021, p. 7).

Apesar das barreiras, as mídias sociais podem ser ferramentas eficazes para ampliar o alcance comunitário e a troca de informações em saúde, se bem implementadas e regulamentadas (Khan *et al.*, 2021). Tal potencial, contudo, contrasta com os efeitos nocivos da desinformação, cujo impacto pode ser “devastador”, uma vez que o público frequentemente se apoia nessas informações para tomar decisões críticas relacionadas à saúde (Khan *et al.*, 2021).

2.1.2. *Desinformation, Misinformation and Mal-information*

A informação em saúde não constitui apenas um recurso instrumental para decisões clínicas ou administrativas, mas uma infraestrutura epistêmica que sustenta práticas institucionais, políticas públicas e formas de confiança social (Cardoso *et al.*, 2025; Lima *et al.*, 2020).

Na tradição da saúde coletiva e da ciência da informação, diversos autores argumentam que a qualidade da informação molda diretamente a legitimidade das decisões sanitárias e a adesão social às recomendações oficiais, operando como um elo entre conhecimento científico, governança e ação coletiva (Cardoso *et al.*, 2025; Kisa & Kisa, 2024; Santos *et al.*, 2022; Rasmussen, 2016, *apud* Bertoli *et al.*, 2025).

Quando essa infraestrutura se fragiliza, não se observa apenas confusão cognitiva, mas a erosão das bases simbólicas que sustentam a autoridade técnica e a coordenação social em contextos de risco (Cardoso *et al.*, 2025; Apetrei *et al.*, 2022).

Esse diagnóstico torna-se particularmente relevante no cenário contemporâneo, marcado pela intensificação da circulação digital de informações e pela dissolução de critérios tradicionais de validação do conhecimento (Bertoli *et al.*, 2025). Nesse ambiente, a autoridade científica já não se impõe pela evidência, mas disputa espaço com discursos que mobilizam suspeita, ressentimento e descrédito institucional (Apetrei *et al.*, 2022; Bertoli *et al.*, 2025; Nascimento *et al.*, 2022).

A pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) explicitou de forma dramática esse deslocamento. O conceito de infodemia, sistematizado em documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aprofundado por Nascimento *et al.* (2022), descreve um ambiente informacional saturado por conteúdos verdadeiros, falsos, imprecisos e manipulados, circulando simultaneamente em alta velocidade.

O problema central não reside apenas na presença de informações falsas, mas na sobreposição caótica de mensagens que dificulta o julgamento público informado e compromete a tomada de decisão individual e coletiva em saúde (Lima *et al.*, 2020).

Wardle and Derakhshan (2017) evitam o uso do termo *fake news* por considerá-lo conceitualmente inadequado e excessivamente impreciso para explicar a complexidade da chamada “desordem da informação”. Segundo eles, o termo tornou-se politizado e frequentemente instrumentalizado para deslegitimar conteúdos jornalísticos com os quais determinados atores discordam, o que compromete seu valor analítico.

Ao adotarem essa tipologia, os autores argumentam que a poluição informacional é um fenômeno multifacetado, que envolve desde “sátira e paródia, as manchetes *click-bait*, o uso enganoso de legendas, elementos visuais ou estatísticas, bem como o conteúdo genuíno que é compartilhado fora de contexto [...] e o conteúdo manipulado e fabricado”, exigindo terminologia mais precisa para compreender suas dinâmicas, motivações e impactos sociais (Wardle & Derakhshan, 2017, p. 47).

Por essa razão, os autores não categorizam o fenômeno como *fake news*, mas propõem uma abordagem mais rigorosa, baseada em três categorias distintas, definidas a partir da intencionalidade, da natureza do conteúdo e do contexto de circulação.

A tipologia proposta por Wardle e Derakhshan (2017, p. 49), ao diferenciar entre *misinformation* (informação incorreta), *disinformation* (desinformação) e *mal-information* (informação maliciosa) permite compreender que nem toda informação problemática é produzida com má-fé, mas que diferentes combinações entre erro, intenção e contexto geram danos distintos.

Figura 1 - Desordem da Informação



Fonte: Adaptado de Wardle e Derakhshan (2017, tradução nossa).

A *misinformation* corresponde a informações incorretas, imprecisas ou não sustentadas pelas melhores evidências disponíveis, compartilhadas sem intenção deliberada de causar dano (Santos *et al.*, 2021).

Santos-d'Amorim & Côrbo (2024) observam que esse tipo de conteúdo prolifera especialmente em contextos de incerteza científica e baixa literacia informacional, nos quais indivíduos bem-intencionados tornam-se vetores involuntários de degradação da qualidade da informação. A ausência de intenção maliciosa, contudo, não elimina seus efeitos nocivos, sobretudo quando a informação incorreta interfere em decisões de saúde (Lima *et al.*, 2020; Nascimento *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2021).

Estudos de Far & Marzaleh (2025) e Lima *et al.* (2020) indicam que a *misinformation* emerge com maior frequência em redes de confiança interpessoal, como grupos familiares, religiosos e comunitários, nos quais a credibilidade se ancora na relação social e não na validação técnico-científica.

Araújo (2024) e Nascimento *et al.*, (2022) demonstram que, nesses ambientes, a circulação de informações ocorre com baixa fricção crítica, dificultando a correção externa. Do ponto de vista da qualidade da informação, a *misinformation* compromete dimensões centrais como precisão, contextualização e confiabilidade.

Nessa perspectiva, Gonçalves *et al.* (2023) destacam que a hesitação vacinal contra a COVID-19 esteve associada a um quadro amplo de desconfiança nas instituições governamentais e na indústria farmacêutica, fenômeno que se manifestou de forma transversal nos países da América Latina.

Assim, a pandemia não apenas evidenciou esse ambiente de incerteza informacional, já perceptível na circulação de boatos e interpretações distorcidas de evidências científicas, como também atuou como um catalisador de dinâmicas preexistentes, produzindo impactos duradouros na confiança da população.

Durante a pandemia da COVID-19, esse padrão foi observado na disseminação de boatos sobre curas caseiras, interpretações equivocadas de estudos laboratoriais e extrapolações indevidas de resultados preliminares (Kisa & Kisa, 2024).

Santos *et al.*, 2021 e Lima *et al.* (2020) associam a circulação persistente de informações incorretas à adoção de comportamentos de risco, à hesitação vacinal e ao atraso na busca por cuidados adequados.

Para enfrentar as barreiras impostas pela *misinformation*, é essencial que as fontes oficiais adotem estratégias de comunicação proativas e culturalmente sensíveis, como o engajamento com líderes comunitários e locais. Segundo o U.S. Surgeon General (2021, p. 12), esse tipo de interação favorece a construção de confiança e contribui para maior adesão às recomendações de saúde, especialmente em contextos marcados por desconfiança institucional e polarização informacional.

Além disso, o uso ético, transparente e responsável das informações em saúde constitui uma dimensão indispensável para a consolidação da confiança pública. Platt, Jacobson e Kardia (2018, p. 828–837) argumentam que a confiança não decorre apenas da precisão técnica das informações, mas da percepção de que os dados são compartilhados de forma justa, contextualizada e alinhada às necessidades individuais e coletivas.

A *disinformation*, por sua vez, opera em um registro distinto, caracterizado pela intencionalidade estratégica. Lima *et al.* (2020), Far e Marzaleh (2025) e Wardle e Derakhshan (2017) definem a desinformação como informação cuja função central é enganar, independentemente de seu valor de verdade, introduzindo a noção de “desinformação verdadeira”.

Nessa mesma direção, Fallis (2015) e Simion (2023) aprofundam a análise ao sustentar que a desinformação deve ser compreendida como conteúdo com disposição estrutural para

gerar ignorância, deslocando o foco do erro factual para os efeitos epistêmicos, sociais e políticos da comunicação.

Autores como Bertoli *et al.* (2025), Kisa e Kisa (2024) e Lima *et al.* (2020), demonstram que a *disinformation* contemporânea funciona como uma tecnologia social de poder, articulada a ecossistemas digitais, incentivos econômicos e disputas políticas.

Durante a pandemia de COVID-19, houve campanhas organizadas que colocaram em dúvida a gravidade da doença, divulgaram tratamentos sem comprovação científica e questionaram a confiança nas vacinas e nas instituições de saúde (Santos, 2022).

Nesse contexto, o então presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, teve destaque internacional, especialmente entre abril de 2020 e 2021, por minimizar os impactos da pandemia, rejeitar o consenso científico e se posicionar contra as orientações da OMS. Esse comportamento discursivo contribuiu para a politização da crise sanitária e para o enfraquecimento da comunicação institucional baseada em evidências.

Santos (2022), Lima *et al.* (2020), Araújo (2020) e Sousa *et al.* (2025) documentam como esses discursos foram instrumentalizados por atores políticos para deslocar responsabilidades, alimentar polarizações e fragilizar a autoridade técnica. As técnicas associadas à *disinformation* incluem o uso de contas automatizadas, narrativas conspiratórias, exploração de afetos negativos e amplificação algorítmica orientada por engajamento.

Nascimento *et al.* (2022), demonstram que essas estratégias exploram diretamente a arquitetura das plataformas digitais, nas quais a visibilidade dos conteúdos é frequentemente dissociada de critérios de qualidade e confiabilidade. Nesse cenário, o dano central da *disinformation* não se restringe à circulação de informações falsas, mas se manifesta na corrosão sistemática da capacidade coletiva de distinguir conhecimento confiável de manipulação estratégica, comprometendo o julgamento público e a coordenação social em saúde.

A *mal-information* ocupa uma posição singular na desordem informacional, ao desafiar a associação intuitiva entre verdade factual e bem público (Wardle & Derakhshan, 2017; Lima *et al.*, 2020). Nessa categoria, o conteúdo é verdadeiro ou parcialmente verdadeiro, mas utilizado fora de contexto ou de forma seletiva com o objetivo de causar dano. Wardle e Derakhshan (2017) destacam que esse tipo de prática tem sido subestimado na literatura, apesar de seus efeitos éticos e jurídicos profundos.

Nos estudos de Far & Marzaleh (2025) e Lima *et al.* (2020) a *mal-information* manifesta-se no campo da saúde, por exemplo, na divulgação não autorizada de dados de pacientes, na exposição seletiva de eventos adversos raros de vacinas sem contextualização

estatística e no vazamento de comunicações internas de instituições para fins de ataque reputacional.

Bertoli *et al.* (2025) e Sacramento *et al.* (2024) argumentam que essas práticas tensionam princípios fundamentais da bioética e confrontam marcos legais como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), ao colocar em conflito o direito à informação e os direitos à privacidade, à dignidade e à não discriminação.

A análise da *mal-information* evidencia que a qualidade da informação não pode ser avaliada apenas pela veracidade do conteúdo (Grimes & Gorski, 2025).

Os impactos da desordem informacional extrapolam o plano individual e configuram danos sistêmicos. Nascimento *et al.* (2022) e Grimes & Gorski (2025) demonstram que a crença em informações enganosas se correlaciona com menor conformidade a orientações sanitárias e maior resistência a intervenções baseadas em evidência.

No plano psicossocial, a literatura aponta associações consistentes entre exposição à infodemia e aumento de ansiedade, estresse e sensação de desamparo (Delgado *et al.*, 2021; Saleem & Jan, 2024). Profissionais de saúde, em particular, relatam desgaste adicional ao lidar com pacientes influenciados por boatos persistentes e ambientes altamente politizados, como mostram Nascimento *et al.* (2022).

Institucionalmente, a desordem informacional contribui para a erosão da confiança em governos, ciência, mídia e sistemas de saúde. Apetrei *et al.* (2022), Bertoli *et al.* (2025) e Nascimento *et al.* (2022) argumentam que a desinformação atua como vetor de instabilidade democrática. Nesse contexto, a crise informacional revela-se inseparável de uma crise de legitimidade institucional (Bertoli *et al.*, 2025).

2.2. Relação entre qualidade percebida e satisfação dos usuários

A relação entre a qualidade da informação e satisfação do usuário é amplamente explorada na literatura. Al-Hattami e Almaqtari (2023) identificaram que a qualidade percebida da informação é um mediador essencial para a satisfação e a intenção de uso contínuo. Esses autores destacaram que a satisfação dos usuários é influenciada não apenas pela qualidade técnica dos sistemas, mas também por fatores como a clareza na apresentação das informações e a facilidade de acesso.

Essa perspectiva é complementada por Wickramasekera *et al.* (2023), que associam a personalização e a clareza das informações a níveis mais elevados de satisfação entre profissionais e pacientes, especialmente em situações de alta complexidade.

Essa visão alinha-se aos modelos de Wang e Strong (1996) Lee *et al.* (2001), que conectam as dimensões da QI à experiência prática dos usuários, permitindo não apenas avaliar a qualidade dos dados, mas também identificar lacunas e implementar melhorias que atendam às necessidades dos consumidores de informação. Eppler (2006) define qualidade da informação da seguinte forma:

A qualidade da informação designa a característica de um produto ou serviço informacional (por exemplo, um conjunto de informações agrupadas para um propósito específico) de ser de alto valor para seus usuários e de atender ou exceder os requisitos de todas as partes interessadas.

As partes interessadas de um produto ou serviço informacional incluem seus consumidores, criadores, administradores (ou *custodians*), fornecedores de conteúdo, direto ou indireto, intermediários e reguladores. Informação de alta qualidade é aquela que é adequada ao uso e de alto valor direto para seus consumidores, pois está livre de erros ou outras deficiências e atende a certos critérios funcionais, estéticos, econômicos e éticos (Eppler, 2006, p. 351).

Diversos autores têm enfatizado que a QI é um dos principais determinantes para o uso contínuo de tecnologias em saúde, refletindo diretamente na confiança, na satisfação e na experiência dos usuários. Malungana e Motsi (2022), ao revisar o modelo de sucesso de sistemas de informação de DeLone e McLean (2003), ressaltam que as dimensões de qualidade da informação, do sistema e do serviço são interdependentes e contribuem significativamente para a geração de benefícios organizacionais, sendo fundamentais para o sucesso em diferentes contextos, especialmente na saúde pública.

De acordo com o modelo revisado de DeLone e McLean (2003), a qualidade da informação abrange atributos como precisão, relevância e clareza, elementos essenciais para fomentar a confiança nos sistemas e possibilitar uma tomada de decisão mais informada. Essa abordagem é corroborada por Malungana e Motsi (2022), que destacam que informações de alta qualidade reduzem erros e promovem resultados mais eficazes em contextos clínicos e administrativos. A integração desses fatores possibilita que os sistemas de saúde sejam mais confiáveis e alinhados às necessidades dos usuários, facilitando a continuidade de uso.

A qualidade do sistema, definida por atributos como confiabilidade, tempo de resposta e usabilidade, é outro componente que impacta diretamente a experiência do usuário. Malungana e Motsi (2022) argumentam que sistemas bem projetados, com interfaces intuitivas

e suporte técnico adequado, promovem maior confiança e adesão por parte dos profissionais de saúde.

“A qualidade das informações fornecidas por ferramentas eletrônicas foi associada a maiores níveis de satisfação entre pacientes e profissionais, especialmente em consultas complexas” (Wickramasekera *et al.*, 2023, p. 81). De acordo com Wickramasekera *et al.* (2023), a clareza e a personalização das informações são fatores críticos para aumentar a satisfação dos profissionais de saúde ao utilizarem ferramentas digitais no atendimento.

No Brasil, onde as limitações na infraestrutura digital ainda representam um desafio significativo, o modelo oferece contribuições importantes para aprimorar a experiência dos usuários. Como afirmam Zhang e Saltman (2022, p. 3), “sistemas transparentes e interoperáveis promovem maior confiança e adesão dos profissionais de saúde”. Nesse contexto, é fundamental que a qualidade da informação seja compreendida não de forma isolada, mas como um componente integrado a um ecossistema mais amplo, que abrange suporte técnico eficaz, sistemas interconectados e iniciativas de treinamento contínuo para os profissionais.

A interdependência entre as dimensões de qualidade da informação, do sistema e do serviço, como explorada no modelo de DeLone e McLean (2003), evidencia que o sucesso de sistemas informacionais depende de uma abordagem holística que integre fatores técnicos e contextuais. A aplicação desse modelo no setor de saúde permite identificar lacunas e implementar melhorias que atendam às necessidades específicas de diferentes contextos.

Boon-itt (2019) destaca que a qualidade dos *websites* de saúde é composta por várias dimensões fundamentais, incluindo: conteúdo informativo, autoridade da fonte, *design*, acessibilidade e disponibilidade da informação, qualidade dos *links* para outras fontes, e suporte ao usuário. Essas dimensões são determinantes para que os usuários percebam um *website* como confiável e útil (Boon-itt, 2019, p. 4).

A qualidade da informação é influenciada pelas características do *website*. Ela inclui aspectos como a quantidade e diversidade da informação, a riqueza do conteúdo e a facilidade de navegação. Esses fatores afetam significativamente a satisfação geral do usuário e são determinantes na construção da confiança (Boon-itt, 2019, p. 4), reduzem barreiras ao uso, aumentando a eficiência no trabalho clínico (Dubale *et al.*, 2023). Além disso, a percepção de qualidade é central na relação entre a confiabilidade da fonte e a intenção de uso, conforme sugerem estudos prévios (Siau e Shen, 2003).

O cenário brasileiro, com desigualdades regionais e infraestrutura limitada, exige uma abordagem integrada para a melhoria da qualidade da informação. Modelos como o AIMQ,

desenvolvido por Lee *et al.* (2001), oferecem uma base sólida para enfrentar desafios como a desinformação e a falta de compatibilidade entre sistemas.

Ao considerar dimensões interdependentes como credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade, essas abordagens possibilitam o desenvolvimento de soluções que aumentem a confiança nos sistemas informacionais, e promovam decisões mais informadas e eficazes em saúde pública.

Zhang e Saltman (2022, p. 3) destacam que “a interoperabilidade dos sistemas é um fator-chave para garantir que as informações sejam acessíveis e integradas em diferentes plataformas”, e expõem que a integração de sistemas amplia o acesso aos serviços de saúde, especialmente em áreas remotas, por meio da telessaúde. “Ao reduzir barreiras geográficas, a interoperabilidade no contexto da telessaúde melhora o alcance dos serviços de saúde em áreas rurais” (Zhang & Saltman, 2022, p. 3).

Segundo o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos do Brasil (2026), “interoperabilidade é a capacidade de diversos sistemas e organizações trabalharem em conjunto para garantir que pessoas, organizações e sistemas computacionais interajam para trocar informações de maneira eficaz e eficiente”.

No contexto brasileiro, a infraestrutura digital tem apresentado avanços notáveis nas últimas décadas. Segundo Gozzi, Comini e Perra (2024), a qualidade da internet nas seis grandes cidades brasileiras (Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Manaus, Rio de Janeiro e São Paulo) melhorou significativamente entre 2017 e 2023, com uma tendência à distribuição mais homogênea da velocidade da conexão, reduzindo a disparidade no acesso.

Esse interesse institucional materializa-se por meio de iniciativas como o Conecta gov.br e o Catálogo de APIs Governamentais, que operacionalizam a interoperabilidade no âmbito da administração pública federal, permitindo o intercâmbio automatizado de informações entre sistemas governamentais e reduzindo a necessidade de reapresentação de dados pelo cidadão (Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, 2026).

A pesquisa TIC Domicílios 2024 corrobora essa evolução ao revelar que, enquanto em 2005 apenas 24% da população urbana utilizava a Internet, em 2024 esse percentual alcançou 86%, o que representa aproximadamente 141 milhões de pessoas conectadas nos três meses anteriores ao levantamento. Quando considerado um conceito ampliado de usuários essa taxa sobe para 90% (CETIC.BR, 2024). Esses avanços refletem não apenas uma expansão do acesso, mas também a necessidade contínua de políticas que garantam equidade digital e qualidade

informacional para que tais melhorias sejam efetivamente aproveitadas na construção de um ecossistema informacional mais confiável e inclusivo.

Apesar desse crescimento expressivo, persistem desafios significativos relacionados à conectividade significativa. Estudos recentes enfatizam que avaliar a inclusão digital apenas pela quantidade de usuários de Internet já não é suficiente. É necessário adotar uma compreensão mais abrangente, que considere a qualidade da conexão, a frequência de uso e as habilidades digitais dos usuários (CETIC.BR, 2024).

Tecnologias emergentes, como a inteligência artificial (IA), também desempenham um papel crescente na saúde pública, ampliando as possibilidades de análise de dados e suporte à decisão. Morrow *et al.* (2023) destacam que o uso de sistemas baseados em IA depende diretamente da qualidade dos dados e da confiança dos usuários no sistema. No entanto, os autores alertam para os riscos de viés algorítmico decorrentes de dados de treinamento desbalanceados, o que pode comprometer a credibilidade e a equidade no atendimento.

Embora a inteligência artificial “tenha o potencial de transformar o diagnóstico e a recomendação médica, sua aceitação pelos profissionais de saúde está diretamente ligada à transparência dos processos decisórios e à confiabilidade dos dados que os alimentam” (Blease *et al.*, 2019, p. 6). Ainda que a IA ofereça grandes promessas para melhorar a eficiência e a personalização no cuidado à saúde, o sucesso depende de uma abordagem integrada que valorize tanto os aspectos tecnológicos quanto os humanos (Morley *et al.*, 2020; Hazarika, 2020).

Nesse sentido, a garantia de qualidade informacional robusta é essencial para maximizar os benefícios dessas tecnologias. Zhang *et al.* (2023) sugerem que o uso de IA pode aumentar a eficiência na entrega de informações personalizadas e confiáveis, promovendo maior adesão às plataformas digitais.

2.3. A trindade da qualidade da informação na atenção primária à saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, funcionando como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas, famílias e comunidades que buscam cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2025; Cecilio *et al.*, 2012).

Historicamente fundamentada na Declaração de Alma-Ata, conforme discutido por Barbara Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) teve sua definição consolidada a

partir do consenso posteriormente confirmado pela Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 1979, nos seguintes termos:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial da Saúde, 1978 *apud* Starfiel, 2002, p. 29).

No Brasil, a APS é orientada “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade” (Ministério da Saúde, 2025).

Não se restringindo apenas ao atendimento de agravos clínicos isolados, a APS, compõe uma estrutura ampla e contínua de cuidados que impacta diretamente a situação de saúde das coletividades e orienta a utilização de recursos ao longo de toda a RAS do SUS (Ministério da Saúde, 2025).

Conforme disposto na Portaria nº 2.436/2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) configura-se como o principal marco normativo para a organização da APS no âmbito do SUS, ao estabelecer princípios e diretrizes que orientam a atuação das Equipes de Saúde da Família, a coordenação do cuidado e a integralidade das ações (Ministério da Saúde, 2017).

A partir dessa regulamentação, a APS se consolida como eixo articulador das ações de saúde no território, promovendo a integração com a vigilância em saúde e o fortalecimento da participação social nos processos de planejamento e acompanhamento das ações sanitárias (Ministério da Saúde, 2017).

Diante de sua amplitude conceitual e operacional, a APS possui implicações diretas sobre a qualidade da informação em saúde. A ausência de QI pode levar a erros de diagnóstico, tratamentos inadequados e prejuízos à segurança do paciente (Lee *et al.*, 2002; Ghalavand *et al.*, 2024).

A expansão de prontuários eletrônicos, bases de dados públicas, materiais educativos impressos e digitais, bem como de ferramentas de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), redesenha continuamente o ecossistema informacional da APS no Brasil e no mundo (Carlotto & Dinis, 2018; Saldanha *et al.*, 2022).

Os estudos de Machado *et al.* (2021) e Farias *et al.* (2020) evidenciam que a incorporação das Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), aliada ao fortalecimento do trabalho multiprofissional, constitui estratégia central para o enfrentamento dos desafios contemporâneos da saúde pública, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Entretanto, a ampliação do uso de tecnologias digitais ocorre em um cenário marcado pela hiperconectividade e pela circulação acelerada de informações, o que tem intensificado o fenômeno da infodemia (Apetrei *et al.*, 2022; Saleem & Jan, 2024; Far & Marzaleh, 2025).

Nesse contexto, a QI deixa de ser compreendida apenas como um atributo técnico para tornar-se um determinante crítico da segurança do paciente e da eficiência organizacional (Leite & Araujo, 2025).

Sob essa perspectiva, experiências que envolvem a disponibilização de indicadores, resultados de avaliações e informações sobre processos de trabalho em plataformas digitais evidenciam a importância de práticas sistemáticas de avaliação, monitoramento e uso qualificado dos dados (Leite & Araujo, 2025; Cecilio *et al.*, 2012). Tais práticas contribuem para o aprimoramento da gestão e do cuidado, ao promover a melhoria permanente da qualidade dos serviços e a consolidação da APS como eixo central do SUS (Tomasi, Nedel & Barbosa, 2021).

De forma complementar, Mendonça e Neto (2015) já chamavam atenção para a necessidade de avaliar a QI em saúde disponível na internet, ressaltando que o grande volume de conteúdos disponíveis, nem sempre avaliados, pode trazer riscos aos cidadãos, exigindo parâmetros claros para garantir que a informação seja útil e segura.

Nesse sentido, compreender a APS no contexto da QI em saúde é uma etapa fundamental para analisar como critérios como credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade influenciam a efetividade dos serviços, a segurança do paciente e a satisfação dos profissionais que atuam nesse nível de atenção, contribuindo para a melhoria da gestão institucional e do bem-estar social (Leite & Araujo, 2025; Santos *et al.*, 2021).

2.3.1. Credibilidade da informação em saúde

Considerando as discussões desenvolvidas no capítulo anterior acerca da Qualidade da Informação em saúde, especialmente no que se refere ao seu caráter multidimensional e ao papel dos atributos avaliativos na mediação entre informação e uso, impõe-se o aprofundamento da credibilidade da informação como critério analítico central.

A credibilidade é consensualmente definida na literatura como a capacidade de uma mensagem ser crível (*believability*) (Lee *et al.*, 2002), repousando sobre a percepção subjetiva do receptor acerca da confiabilidade (*trustworthiness*) e da especialidade (*expertise*) da fonte ou da mensagem (Flanagin *et al.*, 2018; Stawowy *et al.*, 2021).

Autores como Lisboa e Benetti (2017) compreendem a credibilidade como uma avaliação de natureza cognitiva e relacional, por meio da qual os sujeitos julgam tanto quem comunica a informação quanto o conteúdo comunicado. Essa avaliação ocorre em uma relação entre pessoas, na qual a confiança é construída a partir de valores éticos e morais compartilhados, como honestidade, responsabilidade e compromisso com a verdade.

Essa perspectiva dialoga com revisões sobre informação em rede que apontam ainda para a distinção entre credibilidade da fonte, da mensagem e do meio, ressaltando que a avaliação pode incidir tanto sobre “quem fala” quanto sobre “o que é dito” e “onde é dito” (Alrubaian *et al.*, 2019; Metzger & Flanagin, 2013).

No contexto dos sistemas de informação em saúde, essa avaliação torna-se ainda mais complexa, pois envolve a adequação da informação às necessidades concretas dos usuários.

Nessa direção, Yuan *et al.* (2024) demonstram que informações contextualizadas aumentam a eficiência e promovem a confiança nos sistemas. De forma similar, Wickramasekera *et al.* (2023) reforçam que a clareza e a personalização são determinantes para a satisfação dos profissionais de saúde, o que ressoa com a categoria de utilidade do modelo AIMQ.

Nesse sentido, a metodologia *A Methodology for Information Quality Assessment* (AIMQ), proposta por Lee *et al.* (2002), oferece um arcabouço teórico-operacional particularmente adequado para compreender como diferentes dimensões da qualidade da informação se articulam na construção da credibilidade percebida pelos usuários.

Ao organizar a QI em dimensões intrínseca, contextual, representacional e de acessibilidade, o modelo permite compreender a credibilidade não como um atributo isolado, mas como um resultado emergente da interação entre qualidade do conteúdo, características da fonte e adequação da informação ao contexto de uso, aspecto crucial no campo da saúde, marcado por elevada complexidade técnica e assimetria informacional.

Estudos de Flanagin *et al.* (2018) e Zhang *et al.* (2023) demonstram que informações provenientes de fontes institucionais ou de especialistas (*expert-generated*) são percebidas como mais confiáveis do que fontes híbridas ou exclusivamente baseadas em usuários (*user-generated*).

Este resultado reflete a aplicabilidade do “heurístico de autoridade”, no qual os usuários atribuem maior credibilidade a fontes reconhecidas por sua expertise formal, como a *Enciclopédia Britânica*. Em contraste, fontes como a *Wikipédia*, que permitem edições anônimas e não supervisionadas, enfrentam um desafio maior para conquistar a confiança dos usuários devido à ausência de validação especializada prévia (Flanagin *et al.*, 2018).

A reputação das fontes, como discutido por Khan *et al.* (2021) e Hopstaken *et al.* (2021), conecta-se diretamente à dimensão intrínseca, especialmente nos aspectos de credibilidade e confiabilidade.

Lee *et al.* (2002), argumentam que essas características são essenciais para assegurar que a informação seja percebida como valiosa e confiável. No entanto, a credibilidade também depende de elementos representacionais, como a clareza e consistência na apresentação dos dados, que influenciam diretamente a reputação institucional.

Ao mesmo tempo, a literatura reconhece que credibilidade é fortemente contextual e subjetiva, o mesmo conteúdo pode ser visto como crível ou duvidoso dependendo das experiências prévias, do letramento em saúde, da posição ideológica e do estado emocional do usuário, bem como do tipo de fonte (Liu, Zhang, & Kim, 2023).

Isso é particularmente relevante no contexto digital, em que a desinformação pode comprometer a confiança dos usuários e dificultar a adoção de sistemas oficiais de saúde.

Os estudos de revisão sobre credibilidade no ambiente digital indicam que, diante do excesso de informações disponíveis e da pouca transparência dos mecanismos algorítmicos, os usuários tendem a adotar critérios simplificados para avaliar em quais conteúdos confiar. Entre esses critérios estão a reputação prévia da fonte, aparência profissional do site, consenso entre múltiplas fontes, ausência de publicidade ostensiva, presença de referências a evidências científicas, clareza e organização visual (Metzger & Flanagin, 2013; Wathen & Burkell, 2002).

Essas pistas funcionam como “atalhos” de avaliação, muitas vezes a aparência, o design e sinais superficiais de autoridade pesam mais do que a análise aprofundada do conteúdo em si.

Lee *et al.* (2002) já indicavam que credibilidade e confiabilidade são elementos essenciais para que a informação seja percebida como valiosa, reforçando que a avaliação da QI envolve julgamentos cumulativos, influenciados por experiências anteriores e pelo contexto sociotécnico de uso da informação.

Essa análise destaca como os princípios estabelecidos na metodologia AIMQ podem ser aplicados de maneira eficaz no contexto de sistemas de informação em saúde, fortalecendo a

credibilidade e a confiança necessárias para a preferência e o uso contínuo dessas ferramentas críticas.

Estudos indicam que mensagens geradas por especialistas (médicos, cientistas e professores) são percebidas como significativamente mais credíveis do que conteúdos gerados exclusivamente por usuários comuns ou fontes híbridas (Flanagin *et al.*, 2018; Sacramento *et al.*, 2024).

Essa hierarquia de confiança é vital, pois a percepção de credibilidade nas fontes oficiais modula diretamente a satisfação profissional dos trabalhadores da saúde e a adesão dos pacientes a tratamentos e calendários vacinais (Saleem & Jan, 2024; Far & Marzaleh, 2025; Wiedermann *et al.*, 2025; Sousa, 2025).

Existem iniciativas formais que monitoram a credibilidade da informação em saúde por meio de mecanismos de certificação e avaliação técnica. Entre elas destaca-se o HONcode (*Health On the Net Code*) um selo concedido pela *Health On the Net Foundation*, organização não governamental sediada na Suíça, cujo objetivo é sinalizar a oferta de informações em saúde baseadas em critérios de qualidade, transparência e confiabilidade (Del Giglio *et al.*, 2012).

De forma complementar, o *Discern Questionnaire* (DQ) constitui um instrumento que permite “aos usuários uma maneira para eles avaliarem a qualidade da informação escrita sobre as opções de tratamento para um problema de saúde” (Neto *et al.*, 2022, p.11; Del Giglio *et al.*, 2012).

Além desses mecanismos, a reputação institucional de determinadas fontes, como a Organização Mundial da Saúde ou o Ministério da Saúde, funciona como um atalho cognitivo para o buscador de informação, reduzindo a necessidade de avaliações extensas e favorecendo a confiança na autoridade previamente consolidada dessas instituições.

No Brasil, a certificação da qualidade das informações em saúde na internet ainda se encontra em estágio de consolidação e não se materializa na forma de um selo único e obrigatório voltado especificamente ao conteúdo informacional disponibilizado ao cidadão brasileiro. Uma “iniciativa desta natureza implicaria o envolvimento de profissionais de saúde, de informação e usuários” (Mendonça & Neto, 2015. p. 13).

Destacam-se, nesse cenário, a certificação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), voltada à qualidade e segurança de sistemas de registro eletrônico em saúde, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), como estratégia de interoperabilidade e padronização informacional, bem como selos e normativas de conselhos profissionais e

políticas públicas que qualificam a gestão, os registros e a disseminação de informações técnicas (Ministério da Saúde, 2026).

Embora essas iniciativas contribuam para a confiabilidade do ecossistema informacional em saúde, elas não substituem mecanismos específicos de certificação da qualidade do conteúdo informativo em saúde na web, voltados diretamente à orientação e à avaliação crítica por parte dos usuários.

A ausência de credibilidade, conforme destacam Ge e Helfert (2007), fragiliza a confiança no sistema informacional e compromete a eficácia de seus processos. Esse efeito torna-se ainda mais relevante em contextos de integração de dados provenientes de múltiplos produtores, nos quais a transparência nos processos de coleta e transformação da informação desempenha papel fundamental para reduzir inconsistências e incertezas (Keeton *et al.*, 2009, p. 6).

A credibilidade funciona como o capital simbólico indispensável para que a evidência científica seja aceita e aplicada no território da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo a segurança do paciente e a eficácia dos processos clínicos (Apetrei *et al.*, 2022; Lisboa & Benetti, 2017; Machado *et al.*, 2021; Saleem & Jan, 2024).

Além disso, a confiança mútua é a base para o modelo de tomada de decisão compartilhada, onde o respeito às opiniões do paciente e o fornecimento de informações críveis pelo profissional permitem planos de cuidado alinhados aos valores individuais (Wickramasekera, 2023, p. 73).

2.3.2. *Acessibilidade como critério de uso contínuo de informações*

A acessibilidade é um dos pilares fundamentais da Qualidade da Informação (QI), sendo definida como a medida em que a informação está disponível e pode ser recuperada de forma rápida, fácil e segura por um processo autorizado no momento da necessidade (Lee *et al.*, 2002; Eppler, 2006; Ghalavand *et al.*, 2024).

Teoricamente, o critério de acessibilidade evoluiu de visões puramente técnicas para abordagens focadas no consumidor, sendo categorizada pela metodologia AIMQ (Lee *et al.*, 2002) como uma dimensão essencial que enfatiza a importância dos sistemas que armazenam e fornecem acesso aos dados.

No campo da qualidade da informação em saúde, a acessibilidade ultrapassa a mera disponibilidade de dados e se configura como um atributo estrutural para o uso contínuo da informação por profissionais, pacientes e cidadãos, conforme discutido por Starfield (2002),

que a vincula ao conceito de “porta de entrada” e ao primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

De maneira conceitual, acessibilidade refere-se não apenas à disponibilidade formal da informação, mas à facilidade com que os usuários conseguem localizá-la, recuperá-la, compreendê-la e empregá-la de forma eficiente e segura no momento da necessidade para agregar valor à tarefa em questão (Morais *et al.*, 2024; Lee *et al.*, 2002).

Wang e Strong (1996) consolidam essa perspectiva ao incluírem a acessibilidade entre as dimensões essenciais da qualidade da informação, argumentando que dados de alta qualidade precisam ser não apenas precisos e relevantes, mas também prontamente acessíveis quando necessários, sob pena de terem sua utilidade severamente comprometida.

No modelo AIMQ, Lee *et al.* (2002) situam a acessibilidade no âmbito da qualidade contextual, destacando que a facilidade de acesso, o tempo de resposta dos sistemas e a clareza da estrutura informacional influenciam diretamente a satisfação do usuário e sua intenção de uso contínuo. Eppler (2006), ao discutir a gestão estratégica da informação, reforça que ambientes informacionais acessíveis reduzem a sobrecarga cognitiva e favorecem a comunicação eficiente, permitindo que os usuários encontrem e interpretem os dados com menor esforço.

Estudos recentes indicam que barreiras de acesso a sistemas oficiais de informação, bases de dados científicas ou plataformas institucionais reduzem significativamente a probabilidade de uso contínuo dessas fontes, incentivando a adoção de soluções informais ou não validadas (Zhang & Saltman, 2022; Zhang *et al.*, 2023).

Em termos jurídicos e de direitos humanos, a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), define acessibilidade como a “possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia” de espaços, serviços, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, de modo que qualquer entrave que limite o acesso à informação constitui barreira e viola direito fundamental (Brasil, 2015, p. 39; Barbosa & Almeida, 2020).

No contexto da deficiência, isso significa que a informação em saúde só é efetivamente acessível quando apresentada em formatos claros, objetivos e diversificados (texto simplificado, Braille, recursos audiovisuais, tecnologias assistivas), permitindo que pessoas com diferentes limitações sensoriais ou cognitivas compreendam recomendações de higiene, medidas de prevenção e planos de restrição social, condição indispensável para o cuidado em saúde e preservação da vida, como se evidenciou de forma aguda na pandemia de Covid-19 (Barbosa & Almeida, 2020).

Assim, um ambiente digital em saúde só pode ser considerado acessível quando combina infraestrutura disponível, interfaces utilizáveis, conteúdos adequados ao nível de literacia em saúde e suporte contínuo ao usuário, elementos que, articulados, sustentam a confiança nos sistemas e favorecem o uso reiterado das informações (Borg *et al.*, 2018).

Conforme o modelo de sucesso de sistemas de informação de DeLone e McLean (1992), a conveniência de acesso é um determinante crítico da satisfação do usuário e da intenção de uso contínuo das fontes de informação, pois sistemas de difícil manuseio ou com baixa disponibilidade tecnológica desmotivam o engajamento do profissional e podem levar à paralisia por análise ou ao uso de fontes não oficiais (Lee *et al.*, 2002; Malungana & Motsi, 2024).

Ao considerar a acessibilidade como um critério de uso contínuo da informação, é essencial reconhecer que sistemas que oferecem fácil acesso, usabilidade intuitiva e respostas rápidas geram maior confiança nos usuários e promovem seu uso ao longo do tempo. Van Tilburg *et al.* (2024) ressaltam que a experiência positiva dos usuários está diretamente relacionada à acessibilidade dos sistemas, enquanto Wickramasekera *et al.* (2023, p. 83) afirmam que “a acessibilidade [...] é fundamental para garantir sua adoção contínua, especialmente em ambientes de alta demanda”.

No entanto, desafios tecnológicos e estruturais ainda persistem. Madnick *et al.* (2009) inserem a acessibilidade no contexto da governança da informação, explorando sua relevância na comunicação e troca de informações entre sistemas e organizações complexos. A acessibilidade deve ser um princípio estruturante da governança da informação, garantindo que os dados sejam acessíveis sem comprometer a segurança e a integridade da informação (Toren *et al.*, 2022).

Essa necessidade se torna ainda mais evidente em regiões com infraestrutura digital limitada, onde conexões instáveis e a falta de dispositivos adequados podem dificultar o acesso contínuo à informação. Como observam Malungana e Motsi (2022, p. 4), “as organizações de saúde devem se esforçar para melhorar os recursos de acessibilidade, como *hardware*, *software* e dados, para cumprir as obrigações em relação aos seus usuários”.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a acessibilidade é um atributo estrutural indispensável para o Acesso ao Primeiro Contato (Starfield, 2002). Ela envolve a eliminação de barreiras geográficas (tempo de viagem), financeiras (capacidade de pagamento), administrativas (horários de funcionamento) e psicossociais ou culturais (idioma e costumes).

A acessibilidade tecnológica no setor saúde tem ganhado destaque com o uso de dispositivos digitais e a Saúde Digital. Autores como Malungana e Motsi (2024) apontam que a Tecnologia de Cartão Inteligente (*Smart Card Technology* - SCT) é uma solução crítica para resolver desafios diários, permitindo que profissionais de saúde tenham acesso imediato a registros médicos fragmentados em bancos de dados distribuídos geograficamente.

Contudo, Mendonça e Sousa (2025) advertem que a desigualdade no acesso às tecnologias (brecha digital) ainda é um entrave para populações vulneráveis, “pacientes com baixa escolaridade relataram dificuldades em acessar e interpretar informações digitais” (O’Cathain *et al.*, 2022, p. 29), exigindo políticas públicas de inclusão digital e letramento em saúde para garantir um ambiente informacional seguro e equitativo.

Nesse contexto, Ahmed *et al.* (2023) analisam o papel das tecnologias baseadas em inteligência artificial (IA) como instrumentos relevantes para a ampliação da acessibilidade informacional em saúde. Segundo os autores, sistemas de IA são capazes de facilitar a compreensão de informações médicas complexas, ao aprimorar sua apresentação e usabilidade para profissionais e pacientes com distintos níveis de conhecimento técnico.

Um ponto de tensão central discutido por autores como Eppler (2006) é o *trade-off* (conflito) entre acessibilidade e segurança. O autor ressalta que quanto mais rigorosos são os mecanismos de proteção para garantir a privacidade de dados sensíveis dos pacientes, maior tende a ser o impacto negativo sobre a conveniência e a rapidez de acesso.

Seguindo essa lógica, a governança da informação em saúde deve buscar o equilíbrio entre uma infraestrutura acessível e ágil, capaz de apoiar a tomada de decisão clínica, e, ao mesmo tempo, suficientemente robusta para assegurar a confidencialidade dos dados dos pacientes.

Nessa perspectiva, a acessibilidade em saúde não se restringe à presença física do profissional, mas envolve a fluidez com que informações fidedignas chegam ao ponto de cuidado, permitindo que o conhecimento técnico seja efetivamente convertido em inteligência prática orientada à melhoria dos indicadores de saúde pública (Eppler, 2006).

2.3.3. Interpretabilidade e sua influência na decisão de uso das fontes de informação

A interpretabilidade da informação insere-se na categoria de Qualidade da Informação Representacional da metodologia AIMQ, na qual é definida como a medida em que os dados são apresentados de forma clara, por meio de linguagens, símbolos e formatos adequados à compreensão do usuário (Lee *et al.*, 2002; Stawowy *et al.*, 2021; Ghalavand *et al.*, 2024).

Sob uma perspectiva teórica, esse critério ultrapassa a noção de mera disponibilidade técnica da informação, ao exigir que os sistemas informacionais organizem e comuniquem o conhecimento de maneira concisa, consistente e semanticamente coerente, permitindo que o usuário atribua sentido ao conteúdo sem ambiguidades ou esforços interpretativos excessivos (Lee *et al.*, 2002).

No âmbito do modelo *Product and Service Performance* (PSP/IQ), também proposto por Lee *et al.* (2002), interpretabilidade é compreendida como um determinante da chamada “informação útil”, isto é, daquela capaz de atender ou superar as expectativas do usuário no desempenho de tarefas específicas. Essa abordagem reforça a ideia de que a qualidade informacional não se esgota na correção ou na completude dos dados, mas depende, de forma decisiva, da capacidade de o usuário compreender e aplicar a informação em seu contexto de uso.

Quando a interpretabilidade é insuficiente, os impactos tornam-se evidentes nos processos cognitivos e decisórios. Eppler (2006) destaca que informações mal interpretáveis tendem a gerar sobrecarga cognitiva, elevando o risco de erros de interpretação e reduzindo a probabilidade de incorporação efetiva da informação nos processos decisórios. Em ambientes complexos, como os sistemas de saúde essa limitação torna-se ainda mais crítica, uma vez que compromete a tradução do dado em ação.

Nessas circunstâncias, falhas na apresentação e no significado da informação podem resultar nos chamados “problemas de má interpretação de dados”, que, conforme apontam Madnick *et al.* (2009), constituem a causa subjacente de muitos insucessos frequentemente atribuídos, de forma equivocada, às próprias tecnologias. Assim, a interpretabilidade emerge como um elo fundamental entre a informação disponível e seu uso efetivo, condicionando tanto a confiabilidade percebida quanto a utilidade prática dos sistemas informacionais.

Estudos voltados à avaliação da qualidade da informação clínica em prontuários e sistemas assistenciais, como os de Rosa, Mathias e Rovai (2015), evidenciam que a estrutura e a forma de registro desempenham papel decisivo para que os dados sejam interpretados de maneira consistente por distintos profissionais ao longo do percurso assistencial.

Segundo os autores, “a informação clínica é mais bem aproveitada quando há padronização da assistência e explicitação dos resultados esperados, tanto no diagnóstico quanto no tratamento do paciente”, o que contribui não apenas para a melhoria da qualidade do cuidado, mas também para a redução dos custos assistenciais (Rosa, Mathias & Rovai, 2015, p. 12).

Um dos desdobramentos mais relevantes desse atributo é sua relação direta com o letramento em saúde. A interpretabilidade constitui a base para que indivíduos tomem decisões conscientes sobre seu bem-estar. Quando a informação é apresentada de maneira inteligível e alinhada ao repertório cognitivo do usuário, favorece-se a autonomia, o engajamento no cuidado e a adesão a orientações clínicas e políticas de saúde (Wiedermann *et al.*, 2025; Saleem & Jan, 2024).

A comunicação entre o Estado e o cidadão representa outro campo sensível à interpretabilidade. Para que informações oficiais sejam compreendidas pelo público leigo, é necessário que apresentem alto grau de inteligibilidade, o que envolve o uso de linguagem clara, organização visual adequada e a redução de jargões técnicos não familiares à população (Mendonça & Neto, 2015).

A governança da informação em saúde deve priorizar não apenas o acesso, mas a eficácia com que a mensagem é transmitida, garantindo que o conhecimento técnico seja um instrumento de dignidade e bem-estar social, e não uma barreira cultural e linguística que acentue as desigualdades no cuidado (Mendonça e Sousa, 2025; Lima *et al.*, 2020).

No contexto brasileiro, barreiras culturais e educacionais intensificam essas dificuldades, especialmente em áreas remotas com menor acesso à capacitação.

Para superar essas limitações, é essencial investir em treinamentos regulares e em *feedback* contínuo. Morrow *et al.* (2023) enfatizam a inclusão de exemplos práticos e de estudos de caso como formas de melhorar a interpretabilidade.

Li (2024, p. 6) aponta que “elementos visuais ajudam a traduzir informações científicas complexas em conteúdos fáceis de entender, promovendo maior engajamento e compreensão”.

Como apontado por Zhang *et al.* (2023, p. 7), “a personalização das informações aumenta a confiança e a relevância percebida”, promovendo, portanto, maior interpretabilidade das fontes oficiais de saúde. Dessa maneira, ao unir clareza, personalização e padronização, a interpretabilidade se consolida como um dos pilares essenciais para o uso contínuo e confiável das fontes de informação, permitindo que a informação não apenas seja acessada, mas também compreendida e aplicada de forma eficaz pelos usuários.

3. HIPÓTESES DA PESQUISA

A literatura sobre qualidade da informação (QI) converge em torno da ideia de que os dados só geram valor quando percebidos como críveis, acessíveis e interpretáveis pelos usuários. Lee *et al.* propõem um modelo multidimensional de QI com quatro categorias,

intrínseca, contextual, representacional e de acessibilidade, cobrindo atributos como acurácia, credibilidade, completude, compreensibilidade, concisão, consistência, acessibilidade e segurança (Lee *et al.*, 2002).

Esses autores mostram que a QI deve ser avaliada a partir da perspectiva dos consumidores de informação, pois são eles que definem relevância, suficiência e utilidade no contexto das suas tarefas (Lee *et al.*, 2002).

No âmbito de portais informacionais, a metodologia AIMQ traduz essas dimensões em um instrumento de avaliação com itens de credibilidade, completude, interpretabilidade, acessibilidade e facilidade de operação, indicando que a percepção de QI é intrinsecamente subjetiva e ligada às expectativas dos usuários (Lee *et al.*, 2002).

Ao articularem QI nos quadrantes “*sound, dependable, useful and usable information*”, os autores vinculam diretamente credibilidade (*believability*), acessibilidade e interpretabilidade à noção de informação “usável” e “útil” para quem a consome (Lee *et al.*, 2002).

Contudo, apesar de evidenciarem que essas dimensões refletem “o que QI significa para os consumidores de informação”, os autores tratam a satisfação apenas de modo indireto, como inferida pela percepção global de qualidade, sem modelar explicitamente relações causais entre credibilidade, acessibilidade, interpretabilidade e satisfação do usuário com um sistema específico (Lee *et al.*, 2002).

Além disso, o foco empírico recai em contextos corporativos variados em dados organizacionais em geral, não em portais oficiais públicos de informação em saúde, marcados por forte assimetria de conhecimento e elevada sensibilidade ao risco.

Esse descompasso abre uma lacuna para investigar se, em ambientes de saúde, a combinação entre credibilidade da fonte, facilidade de acesso e clareza das mensagens se traduz, de fato, em maior satisfação com o portal.

Partindo da estrutura de Lee *et al.*, (2002) na qual credibilidade, reputação e objetividade compõem a dimensão intrínseca, completude, relevância e atualidade formam a dimensão contextual, e interpretabilidade, compreensibilidade, concisão e consistência definem a dimensão representacional, pode-se conceber que usuários de um portal oficial avaliem sua satisfação à luz de um “pacote” integrado de atributos de QI (Lee *et al.*, 2002).

Nessa lógica, portais que fornecem informação oportuna, completa, de fonte confiável e facilmente compreensível tenderiam a reduzir esforço cognitivo, aumentar a confiança na

instituição e, conseqüentemente, elevar a satisfação dos usuários com o serviço informacional como um todo.

Ainda que tal vínculo seja teoricamente plausível, permanece pouco explorado em estudos que combinem a abordagem AIMQ com medidas explícitas de satisfação em *e-health*, justificando a formulação de uma hipótese específica para o contexto de portais oficiais de saúde.

Diante disso, este estudo formula a seguinte hipótese:

HIPÓTESE 1 (H1): A qualidade da informação, verificada com base em sua credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade, exerce impacto na satisfação dos usuários de um portal oficial de informação em saúde.

A hipótese decorre da concepção de que a credibilidade, a acessibilidade e a interpretabilidade são dimensões centrais de QI para os consumidores de informação e estruturam sua percepção de utilidade e usabilidade do conteúdo (Lee *et al.*, 2002).

No contexto de portais acadêmicos, Duarte, Vieira e Silva (2020) evidenciam que a utilidade percebida, a confiança e a satisfação impactam positivamente a intenção de uso, reforçando o papel central da percepção de valor e credibilidade na permanência do usuário no sistema. Os autores destacam ainda que atributos como facilidade de uso e utilidade são vitais para ampliar a frequência e o volume de utilização, especialmente quando o sistema é fonte primária de informação.

Em um portal oficial de saúde, em que decisões pessoais podem depender do conteúdo consultado, espera-se que esses atributos pesem ainda mais na avaliação subjetiva do serviço, de modo que variações percebidas em credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade se reflitam em níveis distintos de satisfação com o portal.

Além da satisfação atual, a literatura de adoção e uso de tecnologia destaca a importância da “intenção comportamental futura” como principal determinante da continuidade de uso. Venkatesh *et al.*, (2012) ao estenderem o modelo UTAUT ao contexto de consumidores, mostram que construtos como expectativa de desempenho, esforço percebido, influência social e condições facilitadoras explicam elevada proporção da variância na intenção de uso e no uso efetivo (74% e 52%, respectivamente).

Em UTAUT2, a “*behavioral intention*” é conceituada como o grau com que o indivíduo planeja continuar utilizando determinada tecnologia, sendo medida explicitamente por itens como “*I intend to continue using mobile Internet in the future*” (Venkatesh *et al.*, 2012).

Ainda que o modelo não inclua diretamente a qualidade da informação como construto antecedente, várias das dimensões centrais de AIMQ (Lee *et al.*, 2002) alinham-se conceitualmente com o que UTAUT2 denomina “*performance expectancy*” e “*effort expectancy*”, isto é, crenças de que o uso da tecnologia traz benefícios e é fácil de utilizar (Venkatesh *et al.*, 2012).

Se o usuário percebe que o portal oferece informação confiável, rapidamente acessível e de fácil interpretação, tende a julgá-lo útil para suas tarefas informativas e com baixo custo de esforço cognitivo, o que, pelos mecanismos teóricos de UTAUT2, deveria fortalecer sua intenção de continuar usando essa fonte oficial no futuro.

Por outro lado, tanto AIMQ quanto UTAUT2 indicam lacunas relevantes.

AIMQ oferece instrumentos robustos para mensurar QI, mas não modela formalmente sua influência sobre intenções futuras de uso; UTAUT2, por sua vez, demonstra o papel central da intenção na continuidade de uso, mas não explora sistematicamente como atributos específicos de QI, como credibilidade, acessibilidade ou interpretabilidade do conteúdo, alimentam essa intenção em domínios de alto risco, como saúde pública (Venkatesh *et al.*, 2012; Lee *et al.*, 2002).

Essas lacunas indicam a necessidade de articular, em um mesmo modelo empírico, as dimensões de QI de Lee *et al.* (2002), com a variável de “intenção de uso futuro” de Venkatesh *et al.* (2012), especialmente no contexto de portais oficiais de informação em saúde, onde a confiança institucional e a clareza da informação são cruciais para combater desinformação e estimular o uso continuado de canais oficiais.

Com base nisso, formula-se a seguinte hipótese:

Hipótese 2 (H2): A qualidade da informação, verificada com base em sua credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade, exerce impacto sobre a intenção comportamental de continuar a utilizar as fontes oficiais de informação em saúde.

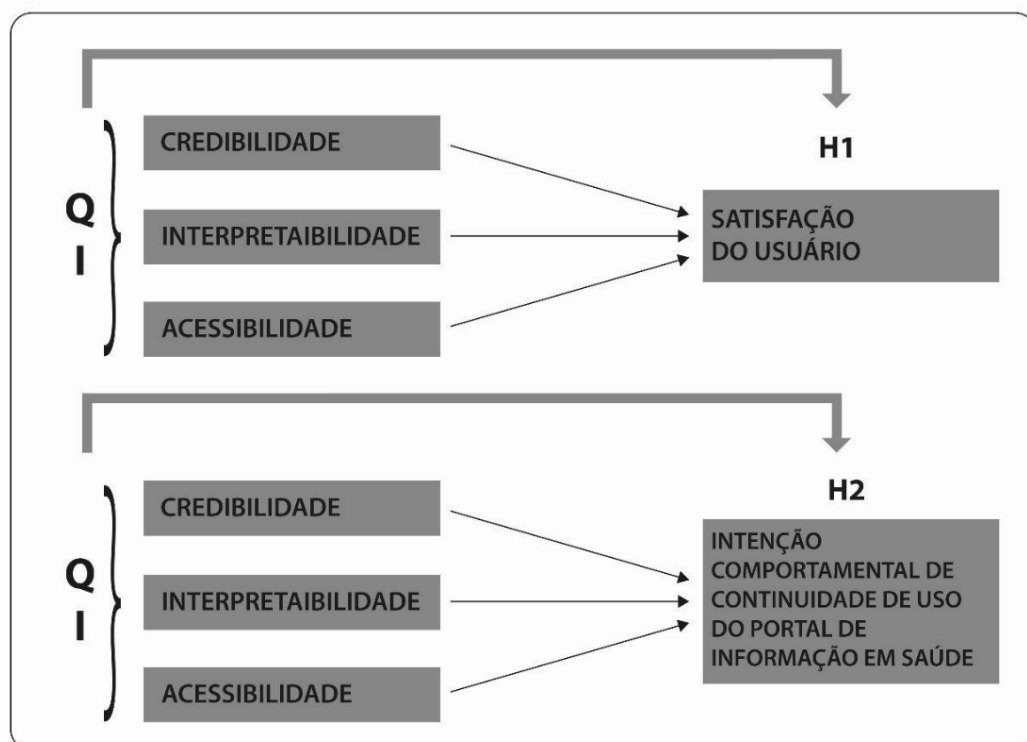
Esta hipótese vincula diretamente o arcabouço de QI de Lee *et al.* (2002), à noção de “*behavioral intention*” de UTAUT2 (Venkatesh *et al.*, 2012), postulando que níveis mais

elevados percebidos de qualidade da informação reforçam expectativas de desempenho e reduzem o esforço percebido, fortalecendo, assim, a intenção de uso futuro.

Dado que AIMQ mostra que credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade são dimensões críticas na avaliação de QI pelos usuários (Lee *et al.*, 2002), é razoável supor que níveis mais altos percebidos nesses atributos elevem expectativas de desempenho e reduzam o esforço percebido, reforçando assim a intenção de continuar usando portais oficiais de saúde. A H2 postula que a QI não apenas afeta a satisfação imediata (como em H1), mas também constitui um determinante proximal da intenção de uso futuro, elemento-chave para a efetividade de longo prazo das estratégias de comunicação em saúde.

A relação entre a qualidade da informação, a satisfação do usuário e a intenção de uso contínuo é representada na Figura 2, que ilustra como os três componentes da qualidade da informação influenciam diretamente os resultados esperados no estudo.

Figura 2 - Modelo conceitual das hipóteses



Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

4. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Este capítulo dedica-se à apresentação dos procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. Inicialmente, expõem-se os aspectos gerais do estudo, com a delimitação do desenho metodológico e a caracterização do tipo de pesquisa conduzida.

Na sequência, descreve-se o contexto no qual a investigação foi realizada, com a caracterização do lócus da pesquisa. Por fim, são detalhados os procedimentos de coleta e de análise dos dados, incluindo a definição da amostra, do instrumento e da escala de mensuração, bem como as técnicas analíticas empregadas, a saber: análise fatorial exploratória e a análise fatorial confirmatória.

4.1. Tipo e descrição geral da pesquisa

A presente pesquisa caracterizou-se como um estudo de natureza básica, com objetivo descritivo e abordagem quantitativa, voltado a investigar a influência da qualidade da informação percebida por profissionais brasileiros da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre sua intenção comportamental de continuar utilizando, no futuro, as fontes oficiais de informação em saúde do país.

Adicionalmente, buscou-se avaliar o nível de satisfação desses profissionais enquanto usuários dessas fontes, considerando especialmente os critérios de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade da informação disponibilizada.

Assim, o delineamento adotado foi predominantemente correlacional, pois visou examinar relações entre variáveis perceptivas (qualidade da informação, satisfação e intenção de uso futuro), sem manipulação experimental, mas apoiado em medições sistemáticas via questionário estruturado.

O estudo baseou-se em uma estratégia metodológica que combinou a aplicação de questionários, análise de documentos institucionais e tratamento estatístico das percepções dos profissionais, possibilitando um diagnóstico aprofundado sobre a confiabilidade e usabilidade das fontes oficiais de informação em saúde no contexto brasileiro.

Essa abordagem permitiu integrar a perspectiva dos usuários (profissionais da atenção primária de saúde) com parâmetros teórico-metodológicos consagrados na literatura de Sistemas de Informação, como o modelo AIMQ de Lee *et al.* (2002), para avaliar a qualidade informacional, em conjunto com modelos de aceitação tecnológica para avaliar satisfação e intenção de uso.

Optou-se por um *survey* transversal, inserido em um projeto multicêntrico maior, para coletar dados quantitativos que atendessem aos objetivos propostos.

4.2. Caracterização do lócus do estudo

O lócus do estudo correspondeu ao território nacional brasileiro, com abrangência intencional das cinco Regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

A pesquisa possui, portanto, âmbito nacional, com participantes recrutados em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Do ponto de vista setorial, o estudo situa-se no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os participantes do estudo foram profissionais inseridos nas equipes da APS das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que desempenham papel essencial na comunicação, mediação e disseminação de informações em saúde junto à comunidade.

Esses profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), dentre outros, atuam na ponta do sistema de saúde, sendo responsáveis por orientar e educar a população em medidas preventivas e terapêuticas, o que torna particularmente relevante compreender sua percepção sobre as fontes oficiais de informação em saúde.

Vale ressaltar que o estudo integrou um projeto de pesquisa cooperativo de maior envergadura, envolvendo diversas instituições no Brasil e em outros países; no caso brasileiro, a investigação concentrou-se na realidade da APS em múltiplos contextos regionais previamente planejados.

Assim, a caracterização do lócus combinou a perspectiva geográfica (cobertura nacional) e institucional (serviços de APS no SUS), permitindo captar influências tanto regionais quanto organizacionais nas percepções investigadas.

4.3. População e amostra

A população-alvo abrangeu os profissionais de saúde atuantes na APS em todo o Brasil, incluindo categorias como médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares) e trabalhadores comunitários (agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias) vinculados às Unidades Básicas de Saúde do SUS.

Trata-se de um universo amplo, dado que o Brasil conta com mais de 213 milhões de habitantes distribuídos pelas cinco regiões e mantinha, em 2024, um total de 44.938 UBS em

funcionamento, conforme o Censo Nacional das UBS realizado pelo Ministério da Saúde (2025).

Estas unidades estavam distribuídas regionalmente da seguinte forma (figura 3): 9,1% na Região Norte (4.096 UBS), 39,4% no Nordeste (17.737 UBS), 29,7% no Sudeste (13.375 UBS), 14,7% no Sul (6.607 UBS) e 7,1% no Centro-Oeste (3.123 UBS).

Diante da impossibilidade de cobrir integralmente essa população heterogênea, optou-se por uma amostragem não probabilística, baseada na adesão voluntária dos participantes.

Assim, a amostra foi composta pelos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos e responderam integralmente ao questionário da pesquisa.

Os critérios de inclusão definiram que os participantes deveriam estar em exercício na APS (em unidades do SUS) durante o período de coleta e ter acesso regular às fontes institucionais oficiais de informação em saúde (por exemplo, portais do Ministério da Saúde, secretarias estaduais/municipais etc.), de modo a garantir que pudessem opinar sobre a qualidade dessas fontes.

Adicionalmente, todos deveriam manifestar concordância livre e esclarecida em participar, formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Não houve restrições quanto à categoria profissional específica dentro da APS, buscando-se uma amostra diversificada que refletisse a composição multiprofissional típica desse nível de atenção.

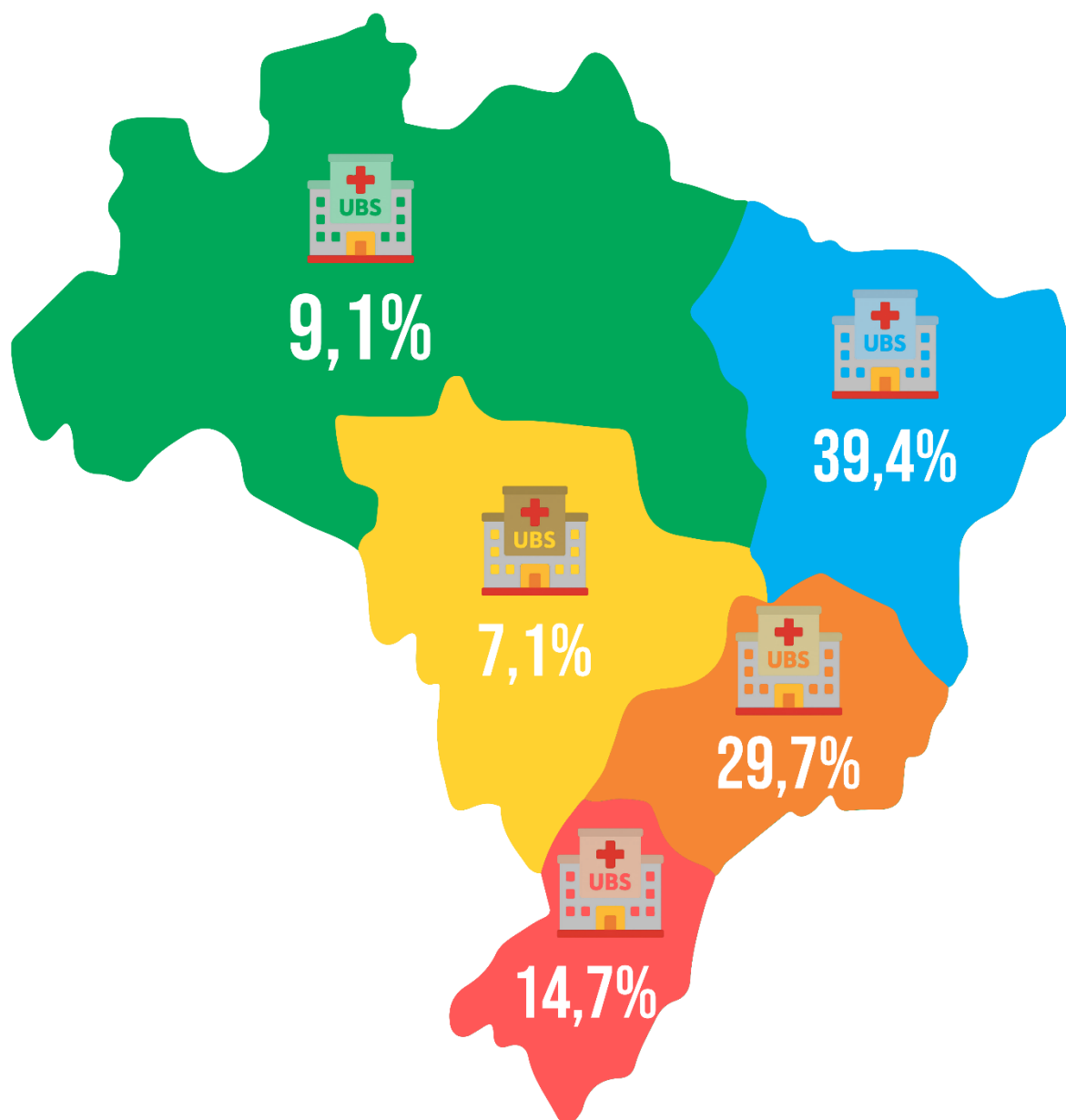
Participaram da pesquisa 1.071 profissionais de saúde, número obtido após a exclusão dos casos em que o questionário não foi completamente preenchido.

Inicialmente, 1.280 profissionais chegaram a iniciar ou responder parcialmente o instrumento, mas 209 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de completude. Os participantes válidos ($n = 1.071$) distribuíram-se por todas as regiões e diversos estados do país, assegurando representatividade geográfica satisfatória (ver seção 5.7 para caracterização sociodemográfica detalhada da amostra).

Importa destacar que, por se tratar de amostragem voluntária e não probabilística, não se pretendeu inferir estatisticamente para toda a população de profissionais da APS no Brasil, mas sim explorar associações e tendências no grupo participante.

Ainda assim, medidas foram tomadas para qualificar a composição amostral, conforme descrito a seguir, de modo a contemplar diferentes contextos regionais e minimizar vieses de seleção.

Figura 3 - Distribuição das UBS respondentes ao Censo por região do país



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024 (Ministério da Saúde, 2025). Mapa elaborado no software Canva (<https://www.canva.com>).

4.4. Procedimentos de coleta de dados da pesquisa

No Brasil, a coleta de dados quantitativos foi conduzida como parte de um desenho metodológico multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo as cinco regiões, os 26 estados e o Distrito Federal.

A pesquisa inseriu-se em um projeto maior já aprovado em múltiplas instituições, o que facilitou o acesso a uma rede colaborativa de pesquisadores responsáveis pela difusão do questionário em suas respectivas localidades.

Os procedimentos de coleta seguiram um protocolo padronizado, inicialmente, foram identificados contatos-chave e canais de divulgação em cada região (por exemplo, conselhos profissionais, secretarias de saúde, associações de APS, redes sociais e listas de e-mail institucionais).

A autora desta dissertação participou da coleta no Distrito Federal e articulou-se com colaboradores nas demais unidades da federação, assegurando que a pesquisa fosse divulgada amplamente.

Foram utilizados múltiplos canais de convite e lembrete, incluindo postagens em mídias sociais, envio de e-mails corporativos e distribuição de cartazes virtuais (*flyers*) com QR code para acesso ao questionário online. Essa estratégia multimodal visou ampliar a adesão e alcançar profissionais em diferentes contextos (urbanos e rurais, capitais e interior), aumentando a heterogeneidade da amostra.

Para garantir que as diversas realidades regionais estivessem representadas, adotou-se como referência o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED) de 2025 do Ministério da Saúde, um indicador que estratifica os municípios brasileiros segundo níveis de vulnerabilidade socioeconômica e porte populacional, de modo a direcionar esforços de divulgação também a municípios de diferentes estratos.

Embora não tenha sido possível controlar rigorosamente quotas por estrato, essa preocupação embasou ações proativas para evitar concentrações excessivas de respondentes apenas em regiões mais desenvolvidas.

A coleta ocorreu majoritariamente no formato *web-based* (online), durante o segundo semestre de 2025. Ao longo do período de coleta, foram enviados lembretes periódicos aos potenciais participantes que ainda não haviam completado o questionário, como forma de minimizar perdas amostrais e aumentar a taxa de resposta.

Como resultado dessas estratégias, obteve-se uma amostra final de 1.071 respondentes válidos, conforme mencionado.

É importante frisar que todos os procedimentos éticos foram rigorosamente observados durante a coleta. Antes de acessar o questionário, cada participante tomava ciência do objetivo da pesquisa, garantia de anonimato e confidencialidade dos dados e possíveis riscos e benefícios, e só então confirmava seu consentimento para prosseguir.

A pesquisa nacional foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), e todos os participantes manifestaram concordância mediante o TCLE eletrônico.

Dessa forma, a integridade ética e legal do processo de coleta ficou resguardada, em conformidade com a legislação vigente, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

4.5. Instrumento de coleta de dados da pesquisa

O principal instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário eletrônico estruturado, elaborado no âmbito do projeto multicêntrico e aplicado por meio da plataforma REDCap (*Research Electronic Data Capture*).

Trata-se de um formulário de autopreenchimento, disponibilizado online, cujo preenchimento leva aproximadamente 15 a 20 minutos. A opção por um *web survey* justificou-se pela possibilidade de ampliar o alcance geográfico da pesquisa de forma econômica e padronizada, garantindo que profissionais de saúde de diferentes regiões pudessem participar simultaneamente.

A operacionalização via REDCap permitiu implementar recursos como geração de um código único por participante (evitando respostas duplicadas) e salvamento do progresso, de modo que o respondente poderia retomar o formulário caso houvesse alguma interrupção durante o preenchimento. Esses mecanismos conferiram segurança e confiabilidade à coleta de dados, reduzindo vieses como duplicidades ou abandono por dificuldades técnicas.

Embora a coleta tenha se dado prioritariamente online, houve previsão de modalidades complementares para incluir participantes em contextos com restrições de acesso tecnológico. Em locais remotos ou onde os profissionais tivessem dificuldade de conexão, foi disponibilizada a possibilidade de responder ao questionário em formato impresso, com posterior digitação das respostas no sistema pelos pesquisadores locais, mantendo-se os mesmos blocos e a numeração de itens do instrumento original.

O questionário passou por um teste piloto prévio em um grupo pequeno de profissionais da área, visando validar a clareza das perguntas e a adequação do tempo de resposta. Os feedbacks obtidos no piloto levaram a ajustes pontuais de redação e formato, assegurando a validação de conteúdo do instrumento antes da aplicação plena.

Estruturalmente, o questionário final estava organizado em sete blocos temáticos; contudo, para os propósitos específicos desta dissertação, foram utilizados apenas os dados de dois blocos: o Bloco A – Perfil dos respondentes, e o Bloco F – Escala de avaliação das fontes oficiais de informação em saúde e da qualidade informacional nelas contida. Os demais blocos, relacionados a outros aspectos do projeto multicêntrico (por exemplo, questões abertas ou módulos qualitativos), não são foco desta análise.

O Bloco A – Perfil continha questões de caracterização sociodemográfica e profissional, incluindo informações de identificação geográfica (estado e município de atuação), dados pessoais básicos (faixa etária, identidade de gênero, raça/cor/etnia) e formação/experiência profissional na APS. Essas variáveis serviram para descrever a amostra e para possibilitar análises comparativas entre subgrupos, caso pertinentes.

Já o Bloco F destinou-se a avaliar a percepção dos profissionais sobre as fontes oficiais de informação em saúde, bem como a qualidade da informação nelas oferecida, além de medir a satisfação dos usuários e sua intenção de uso futuro dessas fontes.

Para tanto, foi construída uma escala *Likert* de concordância de 5 pontos, na qual os participantes manifestavam grau de concordância com uma série de afirmativas acerca das fontes oficiais, variando de “1 – Discordo totalmente” até “5 – Concordo totalmente”. Essa escala possibilitou quantificar opiniões subjetivas, convertendo-as em valores numéricos adequados à análise estatística.

O construto qualidade da informação (QI), cerne da pesquisa, foi operacionalizado no instrumento a partir de três dimensões específicas, credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade, alinhadas ao arcabouço AIMQ de Lee *et al.* (2002) e adaptadas ao contexto das fontes institucionais de saúde. Foram incluídas afirmativas avaliando, por exemplo, se o conteúdo das fontes oficiais é confiável e acurado (credibilidade), se é fácil de acessar e recuperar quando necessário (acessibilidade) e se é claro e de fácil compreensão (interpretabilidade).

A dimensão satisfação do usuário foi medida por itens que capturavam o grau de satisfação geral do profissional ao utilizar as fontes oficiais em seu trabalho, incluindo se as fontes atendem às expectativas e proporcionam experiência positiva.

Por fim, a dimensão intenção de uso futuro foi mensurada por itens que indagavam a disposição do respondente em continuar utilizando as informações provenientes das fontes oficiais em sua prática profissional adiante.

No total, a escala do Bloco F contou com 15 itens afirmativos referentes a essas dimensões (alguns itens formulados de maneira inversa para controle de aquiescência), conforme detalhado no Apêndice B – Questionário.

4.6. Procedimentos de análise dos dados

Os dados quantitativos coletados, correspondentes exclusivamente à amostra brasileira descrita, foram submetidos a procedimentos de análise estatística e psicométrica compatíveis

com o delineamento descritivo-correlacional da pesquisa. Parte dos procedimentos estatísticos empregados nesta pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Projeto “*Estudo comparado sobre o papel dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, México e CPLP na prevenção da Desinformação em Saúde*”, atualmente em andamento, do qual esta dissertação faz parte.

Seguindo as recomendações metodológicas para pesquisas do tipo survey (Marconi & Lakatos, 2017), a estratégia analítica foi organizada em etapas sequenciais: (i) verificação das evidências de validade e consistência interna do instrumento; (ii) análise estatística descritiva das variáveis investigadas; (iii) teste das relações entre qualidade percebida da informação, satisfação e intenção comportamental; e (iv) integração teórica dos resultados para subsidiar recomendações.

4.6.1. *Análise Evidências de validade e consistência interna do instrumento*

Seguindo as recomendações de metodologia científica para *surveys* (Marconi & Lakatos, 2017), inicialmente procedeu-se a uma análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e de cada item da escala, de modo a caracterizar a amostra e verificar distribuições de frequências, médias e desvios-padrão relevantes. Em seguida, partiu-se para técnicas multivariadas com o intuito de validar a estrutura do instrumento e testar as hipóteses relacionais do estudo (Hair *et al.*, 2018; Kline, 2016).

Como etapa preliminar de verificação da estrutura dos dados coletados, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) dos itens do Bloco F (escala de avaliação das fontes oficiais e da qualidade da informação).

Essa técnica estatística multivariada permite identificar agrupamentos naturais entre os itens (variáveis observáveis), revelando possíveis fatores latentes subjacentes (Lim *et al.*, 2008)

O objetivo aqui foi verificar se os itens se organizaram empiricamente nas dimensões previstas teoricamente (credibilidade, acessibilidade, interpretabilidade, satisfação e intenção), bem como ajustar o instrumento ao contexto da amostra brasileira.

Utilizou-se o método de extração de fatores principais (*principal axis factoring*), apropriado para dados ordinalizados do tipo *Likert*, associado à rotação *oblimin* (dado esperar-se correlação entre os fatores).

Além disso, aplicou-se o critério do *Scree Test* (na forma da solução não gráfica via software R) para determinar o número de fatores a reter, considerando autovalores (*Eigenvalues*) maiores que 1,0.

Essa análise indicou a retenção de quatro fatores como solução mais coerente, resultado que se mostrou alinhado ao modelo teoricamente proposto pela pesquisa.

Antes de interpretar os fatores, verificou-se a adequação dos dados à análise fatorial por meio de dois testes: o *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett.

O valor de KMO obtido foi 0,84, considerado muito bom (acima do limiar de 0,80) para prosseguir com a *factor analysis*, e o teste de Bartlett resultou em χ^2 elevado com $p < 0,001$, rejeitando a hipótese de matriz de correlações identidade ambos os resultados indicam que a matriz de dados era fatorável, ou seja, apresentava correlações suficientes entre os itens para justificar a extração ambos os fatores.

Verificada essa adequação, analisaram-se as cargas fatoriais de cada item, adotando-se como critério de significância carregamentos absolutos $\geq 0,30$ em um fator para considerar o item como pertencente àquele fator (Hair *et al.*, 2018). Os itens que não atenderam a esse critério em nenhuma dimensão foram candidatos à exclusão, visando aumentar a consistência interna de cada fator.

Paralelamente, avaliou-se a confiabilidade interna das escalas emergentes através do cálculo do *Alfa de Cronbach* (α) para cada fator e para o conjunto total de itens. Essa medida examina a consistência das respostas em itens que supostamente medem o mesmo construto.

Seguiu-se literatura psicométrica que considera $\alpha \geq 0,70$ como aceitável para pesquisas exploratórias em Ciências Sociais (Hutz *et al.*, 2015; Urbina, 2007), embora valores mais altos ($\geq 0,80$) sejam desejáveis em instrumentos consolidados. O processamento da AFE e dos índices de confiabilidade foi realizado com suporte dos softwares SPSS (PASW) e R-project, garantindo replicabilidade e precisão computacional nas análises.

Após a etapa exploratória, partiu-se para a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) a fim de testar formalmente o grau de ajuste do modelo teórico de múltiplos fatores aos dados empíricos coletados (Hair *et al.*, 2018).

Enquanto a AFE explora a estrutura dos dados livremente, a AFC verifica se uma estrutura pré-definida (no caso, as dimensões de qualidade, satisfação e intenção) reproduz satisfatoriamente as correlações observadas.

Para realizar a AFC, utilizou-se inicialmente o software AMOS (*Analysis of Moment Structures*), complementado por pacotes estatísticos do R (notadamente o *lavaan*), apropriados para tratar variáveis ordinais por estimadores robustos (como DWLS – *Diagonally Weighted Least Squares*).

Diversos índices de ajuste do modelo foram examinados: (1) o Qui-quadrado (χ^2) e seu p-valor associado (onde $p > 0,05$ sugere adequação, embora muito sensível ao tamanho amostral); (2) o *Goodness-of-Fit Index* (GFI) e o *Adjusted GFI* (AGFI), que variam de 0 a 1 e devem idealmente exceder 0,90; (3) o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI), com valores próximos de 1 indicando bom ajuste (comumente aceita-se $\geq 0,90$ como evidência de ajuste satisfatório); e (4) o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) com intervalo de confiança de 90%, em que valores até 0,08 (ou até 0,10 em análises exploratórias) indicam um erro de aproximação aceitável.

Esses critérios seguem referências da literatura de modelagem (Byrne, 2016; Hair *et al.*, 2018; Tabachnick & Fidell, 2019) e servem para avaliar se o modelo de mensuração proposto, relacionando itens e fatores conforme hipotetizado, é compatível com os dados observados.

Considerando o caráter exploratório-aplicado do estudo e o tamanho amostral elevado ($n = 1.071$), a utilização sequencial de AFE e AFC na mesma base mostrou-se metodologicamente adequada para verificar a estabilidade da estrutura fatorial no contexto investigado (Hair *et al.*, 2018).

4.6.2. *Análise descritiva da percepção da QI*

Após a verificação da validade e confiabilidade do instrumento, procedeu-se à análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e dos itens da escala.

Foram calculados frequências, médias e desvios-padrão, permitindo caracterizar o perfil da amostra e examinar o comportamento das dimensões de qualidade da informação percebida pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (Marconi & Lakatos, 2017).

4.6.3. *Relação entre a qualidade percebida e a satisfação do usuário*

Para investigar a associação entre qualidade da informação percebida e satisfação dos profissionais, empregou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ) para medir a associação monotônica entre a qualidade da informação percebida e a satisfação do usuário, bem como entre a qualidade percebida e a intenção de uso futuro.

A opção pela correlação de *Spearman* se justifica pelo caráter ordinal dos dados (provenientes de escala *Likert*) e por não presumir linearidade estrita nem normalidade da distribuição dos dados.

Embora as variáveis tenham sido mensuradas por escala Likert ordinal, os escores compostos das dimensões foram tratados como variáveis aproximadamente intervalares, conforme prática consolidada quando derivados de múltiplos itens e com distribuição próxima à normalidade (Field, 2020; Hair *et al.*, 2018). A regressão múltipla permitiu examinar os efeitos simultâneos das dimensões de qualidade sobre a satisfação.

4.6.4. *Impacto das dimensões da qualidade na intenção comportamental*

Para analisar a influência das dimensões da qualidade da informação sobre a intenção de continuidade de uso das fontes oficiais, empregou-se igualmente o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Em seguida, estimaram-se modelos de regressão linear múltipla, tendo como variável dependente a intenção comportamental de uso futuro. Essa abordagem possibilitou avaliar o poder explicativo das dimensões de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade sobre a intenção de continuidade de uso.

Tais modelos permitem controlar efeitos simultâneos e identificar quais dimensões têm contribuição estatisticamente significativa para a variação de satisfação/intenção, atendendo aos objetivos específicos e hipóteses da pesquisa.

Cabe ressaltar que a avaliação da qualidade da informação nesta pesquisa foi fundamentada teoricamente na metodologia AIMQ (*Assessment of Information Quality*) proposta por Lee *et al.* (2002) e em referenciais de Ciência da Informação (Saracevic, 1974; Campos, 1992; Olete, 2006), de modo que os atributos de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade foram tratados como variáveis explicativas centrais nos testes de correlação e regressão.

Adicionalmente, a interpretação dos achados considerou aportes do modelo UTAUT2 (Venkatesh *et al.*, 2012) e do Modelo de Sucesso de Sistemas de Informação (*Information Systems (IS) Success Model*) (DeLone & McLean, 2003), que destacam os papéis da satisfação do usuário e da qualidade percebida no uso continuado de tecnologias, conforme será discutido no capítulo de resultados.

Todo o processamento estatístico foi efetuado com apoio dos softwares já mencionados (SPSS/PASW, AMOS e ambiente R), e os resultados foram organizados em tabelas e gráficos para apresentação e discussão (The jamovi Project, 2021; Field, 2020; Byrne, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste relatório, os resultados apresentados a seguir, organizados por meio de tabelas e figuras, referem-se aos dados coletados junto a 1.071 profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos pelas diferentes regiões do Brasil.

4.7. Análise dos resultados sociodemográficos

Para a composição da amostra analisada, foram considerados exclusivamente os registros correspondentes aos participantes que responderam integralmente ao instrumento de pesquisa. Assim, do total de 1.280 profissionais participantes, 1.071 compuseram a amostra final utilizada nas análises.

4.7.1. Resultado do BLOCO A – PERFIL DOS RESPONDENTES

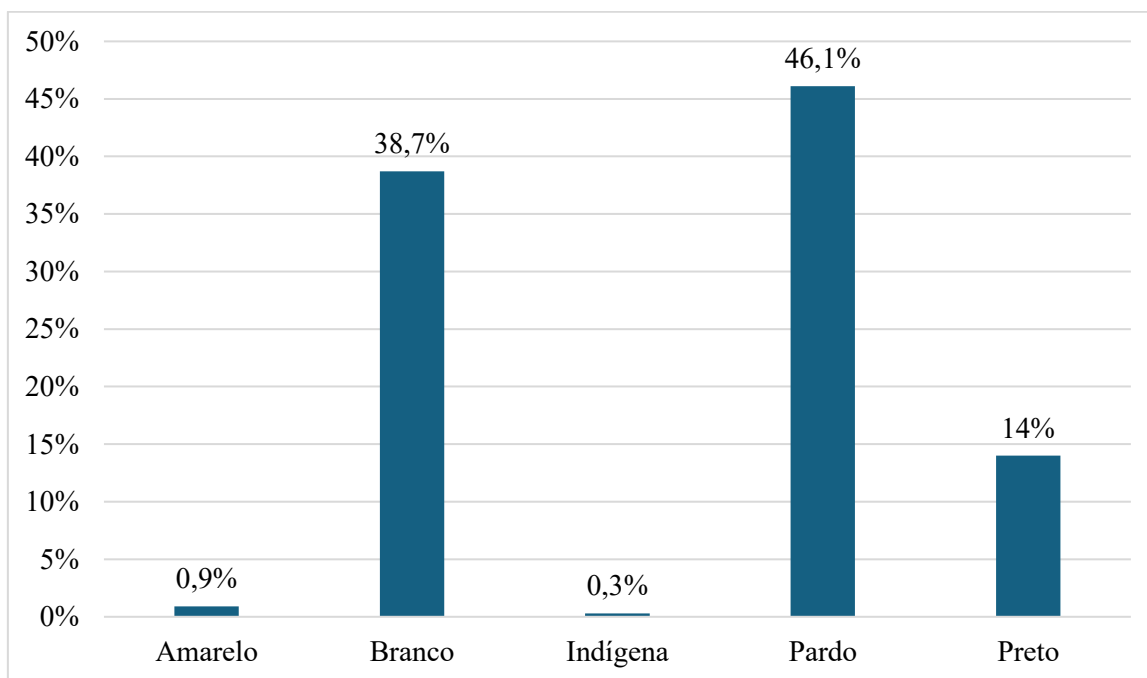
A análise do perfil dos 1.071 profissionais participantes da pesquisa evidencia uma média de idade de 39,5 anos ($dp = 11,02$), indicando um grupo relativamente maduro em termos etários.

Em termos de experiência na APS, os profissionais relataram, em média, 16,43 anos ($dp = 14,69$) de atuação no setor, o que denota uma amostra experiente: muitos participantes estão vinculados à APS desde antes da criação formal da Estratégia Saúde da Família ou ao longo de sua expansão, possuindo vivência substancial no manejo de informações em saúde nesse contexto.

Quanto à variável raça/cor/etnia, observa-se a predominância de profissionais que se autodeclararam pardos, totalizando 494 participantes (46,1%), seguidos pelos brancos, com 414 respondentes (38,7%). Em terceiro lugar, situam-se os profissionais que se autodeclararam pretos, correspondendo a aproximadamente 150 participantes (14%). Outros grupos minoritários estiveram menos representados: amarelos (de origem asiática) perfizeram 10 participantes (0,9%) e indígenas apenas 3 participantes (0,3%).

Esses dados, ilustrados no Gráfico 1, refletem, em parte, a demografia brasileira, com forte componente miscigenado, embora, comparativamente, haja super-representação de pardos e sub-representação de brancos em relação à população geral – possivelmente explicada pela maior presença de profissionais de nível médio (ACS e técnicos) que, segundo estudos, concentram-se, em sua maioria, entre pardos. De todo modo, a diversidade étnico-racial da amostra demonstra-se significativa.

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais segundo raça/cor/etnia



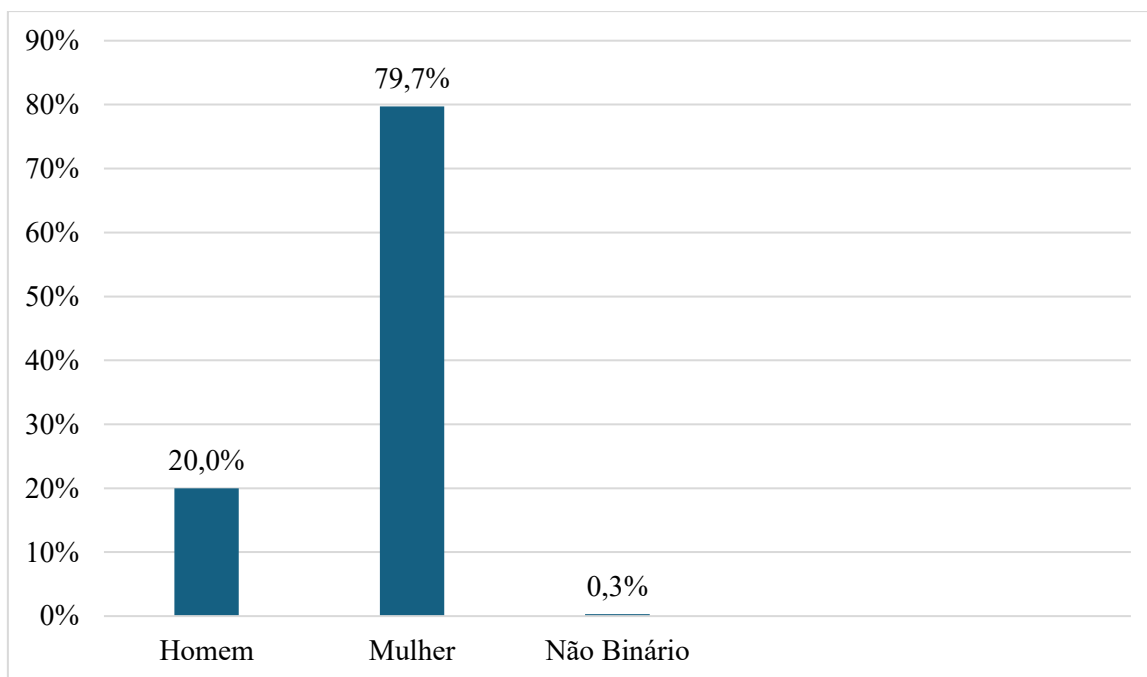
Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

As demais características relacionadas ao perfil dos profissionais encontram-se ilustradas nas figuras apresentadas a seguir.

Em relação ao gênero, a distribuição dos participantes (Gráfico 2) indica ampla maioria de profissionais do gênero feminino, totalizando aproximadamente 79,7% da amostra (854 participantes). Profissionais do gênero masculino corresponderam a cerca de 20,0% (214 indivíduos), ao passo que 3 respondentes (0,3%) se identificaram como não binários ou outro gênero não cisnormativo.

Essa predominância feminina era esperada, visto que a força de trabalho na Atenção Básica em saúde no Brasil é historicamente composta majoritariamente por mulheres, especialmente nas profissões de enfermagem e nos agentes comunitários (Fonseca, 2019; Oliveira *et al.*, 2022). Os dados refletem a continuidade dessa característica estrutural.

Gráfico 2 – Distribuição dos profissionais da APS, no Brasil segundo o gênero



Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

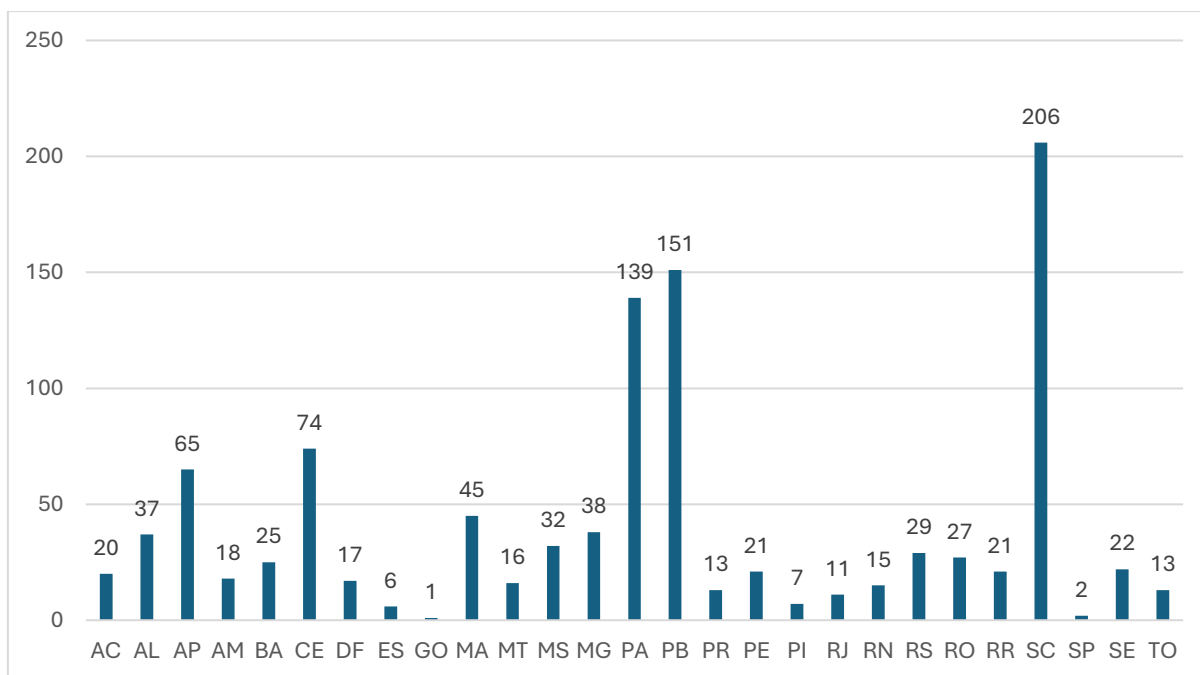
No tocante à distribuição geográfica dos respondentes por Unidade da Federação (UF) de atuação, verificou-se participação de profissionais em todos os 27 entes federados, embora com variações de frequência.

Os maiores contingentes de respondentes por estado concentraram-se em Santa Catarina (Região Sul), com 206 profissionais (19,2% da amostra), seguido da Paraíba (Nordeste) com 151 profissionais (14,1%) e do Pará (Norte) com 139 profissionais (13,0%). Houve também contribuições expressivas de Goiás (5,9%), Mato Grosso (5,5%), entre outros.

Essa distribuição, ilustrada no Gráfico 3, evidencia que o estudo atingiu de maneira heterogênea as diferentes regiões, inclusive com destaque de estados fora do eixo Sul-Sudeste, o que é positivo para capturar percepções em contextos diversos.

Embora não haja uma proporcionalidade perfeita em relação ao quantitativo de UBS por estado, identifica-se uma cobertura nacional abrangente, permitindo considerar que os achados agregados não se restringem a uma realidade local única.

Gráfico 3 - Distribuição dos respondentes da pesquisa por unidade federativa no Brasil



Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Analisando a categoria profissional dos participantes (Gráfico 4), verifica-se uma composição bastante variada, refletindo a multidisciplinaridade das equipes de APS.

Os grupos mais numerosos foram os de enfermeiros(as), que somaram 284 participantes (26,5% da amostra), e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com 270 respondentes (25,2%).

Em seguida, destacaram-se os(as) técnicos(as) de enfermagem (190 participantes; 17,7%). Médicos(as) constituíram 131 respondentes (12,2%), e a categoria classificada como “outros” (profissionais não listados explicitamente nas opções, incluindo possivelmente gestores, educadores físicos etc.) reuniu 75 indivíduos (7,0%).

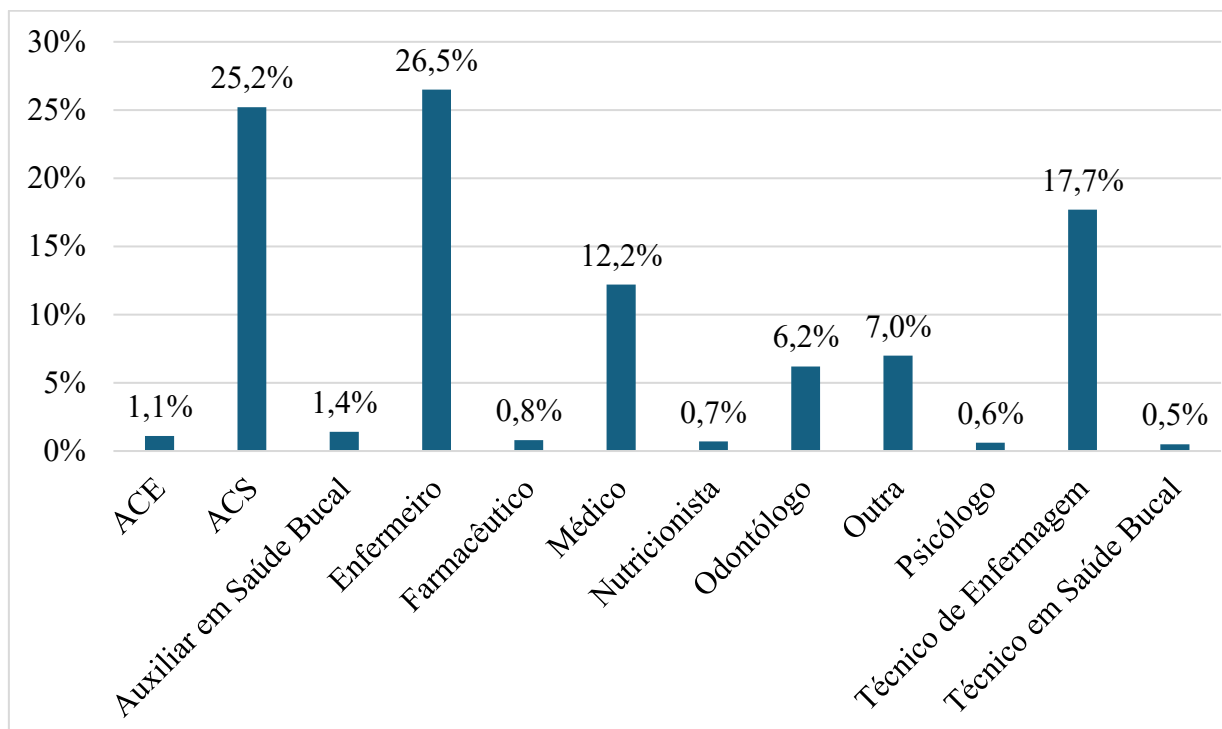
Profissionais cirurgiões-dentistas corresponderam a 66 participantes (6,2%), e auxiliares em saúde bucal a 15 participantes (1,4%). Agentes de Combate às Endemias (ACE) foram 12 respondentes (1,1%), farmacêuticos 9 (0,8%), nutricionistas 8 (0,7%), psicólogos 6 (0,6%), e técnicos em saúde bucal 5 (0,5%).

Em linhas gerais, nota-se forte presença das equipes de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que juntas compreendem cerca de 55% da amostra, e dos ACS, que são fundamentais no modelo da ESF.

Médicos têm representação menor, o que pode refletir tanto a menor proporção desses profissionais nas equipes (em comparação a enfermeiros e ACS) quanto possivelmente uma menor taxa de adesão deles à pesquisa. Essa distribuição, ademais, sugere que as percepções

levantadas englobam visões de diferentes papéis na APS, enriquecendo a compreensão do problema.

Gráfico 4 - Categoria profissional dos participantes da pesquisa na APS



Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Quanto ao nível de instrução dos profissionais (gráfico 5), os dados evidenciam um perfil bastante qualificado academicamente. Aproximadamente 28,6% dos respondentes declararam ter ensino superior completo (graduação), e outros 30,7% informaram possuir pós-graduação lato sensu (especialização).

Portanto, quase 60% da amostra tem formação de nível superior, sendo que uma parcela significativa investiu em especialização profissional.

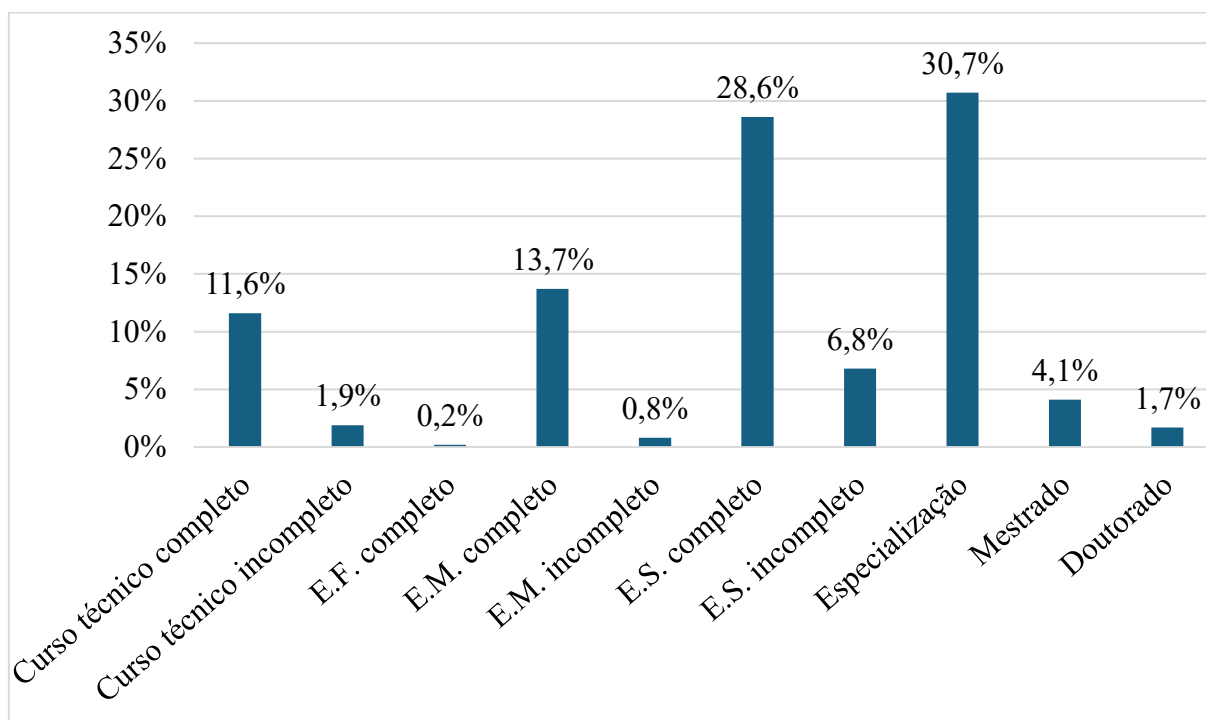
Em relação à pós-graduação stricto sensu, identificou-se que 44 profissionais (4,1%) possuem mestrado e 18 (1,7%) possuem doutorado, indicando a presença de alguns profissionais com alta titulação acadêmica na APS (o que inclui, por exemplo, médicos de família mestres, enfermeiros com mestrado profissional etc.).

Por outro lado, 147 participantes (13,7%) têm ensino médio completo (tipicamente ACS e ACE, cuja escolaridade mínima exigida é o médio) e 124 (11,6%) possuem curso técnico profissionalizante completo (como técnicos de enfermagem e de saúde bucal).

Há ainda pequenas parcelas com escolaridade em andamento ou níveis menores: 73 respondentes (6,8%) cursaram ensino superior incompleto, 20 (1,9%) tinham curso técnico incompleto, 9 (0,8%) ensino médio incompleto, e 2 (0,2%) declararam ensino fundamental completo.

A maioria dos participantes possui formação educacional elevada, o que pode influenciar positivamente sua capacidade de avaliar criticamente a qualidade da informação e utilizar fontes oficiais, possivelmente contribuindo para níveis altos de percepção de qualidade, conforme se verá. A distribuição do grau de instrução demonstra também a heterogeneidade da força de trabalho na APS, combinando agentes com formação básica e outros com alta especialização.

Gráfico 5 - Distribuição dos respondentes da pesquisa segundo o nível de escolaridade



Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Em conjunto, a análise sociodemográfica revela que a amostra é composta majoritariamente por mulheres de meia-idade, com experiência longa na APS, formação sólida (especialmente muitos com nível superior e especialização) e representativa de diferentes categorias profissionais distribuídas por várias regiões do país.

Esses atributos devem ser levados em conta na interpretação dos resultados sobre qualidade da informação, uma vez que, por exemplo, profissionais mais experientes e

qualificados podem ter critérios mais exigentes de avaliação, ou ainda, diferenças de percepção podem emergir entre categorias (médicos vs. enfermeiros vs. agentes etc.).

4.7.2. Resultado do BLOCO F – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS FONTES

As fontes oficiais de informação em saúde e a qualidade da informação veiculada por essas fontes foram contempladas como variáveis relevantes neste estudo, sendo examinadas por meio de uma escala de avaliação específica. Os resultados referentes a essa dimensão, obtidos junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), estão apresentados nas tabelas subsequentes.

O Quadro 3 indica que o Ministério da Saúde se configura como a principal referência institucional para a busca de informações em saúde, sendo consultado por 939 profissionais (87,7%) da amostra. Esse dado sugere uma centralidade dessa instância federal como fonte informacional no cotidiano dos profissionais da APS.

Em seguida, observam-se os órgãos, institutos ou fundações vinculadas à área da saúde, mencionados por 611 participantes (57%), e as Secretarias de Saúde, referidas por 600 profissionais (56%), o que evidencia a relevância de diferentes esferas institucionais na composição do repertório informacional desses profissionais.

Destaca-se, ainda, que 942 dos 1.071 participantes (88%) afirmaram consultar outras fontes oficiais, além daquelas previamente categorizadas. Esse resultado aponta para uma diversificação das estratégias de busca de informação em saúde, revelando uma postura ativa dos profissionais na ampliação de suas fontes de consulta, ainda que tais fontes adicionais não tenham sido detalhadas no instrumento de pesquisa.

Quadro 3 - Acesso às fontes oficiais e institucionais da informação em saúde segundo os respondentes da pesquisa

Quais são as fontes oficiais que você consulta quando busca informações sobre saúde?		
Fonte de informação	Sim	Não
Ministério da Saúde	939 (87,7%)	132 (12,3%)
Secretarias de Saúde	600 (56%)	471 (44%)
Órgãos, institutos ou fundações ligadas à saúde	611 (57%)	460 (43%)
Outros	942 (88%)	129 (12%)

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

O Quadro 4 sintetiza a avaliação da satisfação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos pelos diferentes estados brasileiros, em relação às fontes oficiais de informação em saúde por eles consultadas, a partir dos graus de concordância e discordância atribuídos às afirmativas que compõem essa dimensão.

A análise dos resultados evidencia um padrão consistente de respostas, no qual a concordância parcial se apresenta como a categoria predominante nas três afirmativas utilizadas para mensurar a satisfação. Esse comportamento sugere uma avaliação globalmente favorável das fontes oficiais, porém marcada por um nível intermediário de adesão, o que indica que tais fontes atendem às necessidades informacionais dos profissionais de forma satisfatória, mas não plena.

Esse padrão é particularmente observado na afirmativa de que “as fontes oficiais de informação em saúde atendem às expectativas dos profissionais”, para a qual 518 respondentes (48,4%) manifestaram concordância parcial, bem como na afirmativa relacionada à satisfação com a utilização das fontes, que registrou 507 profissionais (47,3%) nessa mesma categoria de resposta. A predominância desse grau de concordância aponta para a existência de variações na percepção de satisfação, o que reforça a relevância de tratar essa dimensão como um constructo passível de mensuração e análise relacional.

Em contraste, a afirmativa referente à “experiência positiva ao utilizar as fontes oficiais de informação em saúde” apresentou um comportamento distinto, destacando-se pelo maior nível de concordância total observado entre os participantes.

Nesse caso, 508 profissionais (47,4%) declararam concordar totalmente, o que indica que a experiência de uso das fontes é percebida de maneira mais sólida e consistente quando comparada às demais afirmativas.

Esse conjunto de resultados evidencia diferentes intensidades de satisfação entre os indicadores analisados, sugerindo que a satisfação dos profissionais não se manifesta de forma homogênea.

Tal variabilidade reforça a adequação da operacionalização dessa dimensão como variável latente, possibilitando sua posterior exploração em modelos analíticos que investiguem suas relações com outras variáveis do estudo, especialmente no que se refere à avaliação da qualidade da informação e aos desdobramentos comportamentais associados ao uso continuado das fontes oficiais.

Quadro 4 - Avaliação da satisfação, expectativa e experiência dos respondentes quanto ao uso de fontes oficiais de informação em saúde

Avalie sua satisfação com as fontes de informações oficiais em saúde consultadas por você					
Afirmativas	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Estou satisfeito(a) com a utilização das fontes oficiais de informação em saúde que consulto.	07 (07%)	44 (4,1%)	34 (3,2%)	507 (47,3%)	470 (43,9%)
As fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto atendem às minhas expectativas.	17 (1,6%)	73 (6,8%)	23 (2,1%)	518 (48,4%)	430 (40,1%)
Eu tenho tido uma experiência positiva ao utilizar as fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto.	04 (04%)	43(4,0%)	38 (3,5%)	468 (43,7%)	508 (47,4%)

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

A Qualidade da Informação (QI) disponibilizada pelas fontes oficiais de informação em saúde consultadas pelos profissionais foi avaliada a partir dos graus de concordância e discordância atribuídos às afirmativas do instrumento, utilizando-se uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

Dos 1.071 profissionais que responderam a essa etapa da avaliação, os resultados apresentados no quadro 5 revelam um padrão consistente de elevada concordância em relação às afirmativas associadas à credibilidade e à confiabilidade do conteúdo informacional.

Observa-se predominância de concordância total para a afirmativa “o conteúdo da informação tem credibilidade”, indicada por 588 profissionais (54,9%), seguida por “o conteúdo da informação é confiável”, com 577 respondentes (53,9%), e “o conteúdo da informação é verdadeiro”, assinalada por 571 participantes (53,3%). Esses resultados indicam uma avaliação positiva e consistente dos profissionais quanto à dimensão de credibilidade da informação.

Em contraste, a afirmativa “é fácil interpretar o que as informações significam” apresentou um comportamento distinto, com predominância de concordância parcial, indicada por 528 profissionais (49,3%).

Esse item destacou-se como o mais representativo entre as afirmativas, ao concentrar respostas em níveis intermediários da escala, evidenciando uma percepção menos homogênea quanto à facilidade de interpretação das informações.

O conjunto desses achados aponta para diferenças na intensidade das avaliações atribuídas às distintas dimensões da QI, sugerindo que, embora aspectos relacionados à credibilidade e veracidade sejam amplamente reconhecidos pelos profissionais, a interpretabilidade do conteúdo apresenta maior variabilidade nas percepções.

Tal padrão reforça a pertinência de tratar a QI como um constructo multidimensional, passível de análise relacional em modelos analíticos que investiguem seus efeitos sobre variáveis subsequentes do estudo.

Quadro 5 - Grau de concordância dos profissionais da APS quanto à Qualidade da Informação

Avalie a Qualidade da Informação (QI) obtida nas fontes de informações oficiais em saúde consultadas por você:					
Afirmativas	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Conteúdo da Informação é verdadeiro	36 (3,4%)	35 (3,3%)	38 (3,5%)	381(35,6%)	571 (53,3%)
Conteúdo da Informação tem credibilidade	32 (3,0%)	45 (4,2%)	38 (3,5%)	358 (33,4%)	588 (54,9%)
Conteúdo da Informação é recuperável.	28 (2,6%)	72 (6,75)	97 (9,1%)	457 (422,7%)	407 (38%)
Conteúdo da Informação é confiável	30 (2,8%)	47 (4,4%)	38 (3,5%)	369 (34,5%)	577 (53,9%)
A Informação é acessível	34 (3,2%)	79 (7,4%)	50 (4,7%)	420 (39,2%)	478 (44,6%)
A Informação é facilmente obtida	33 (3,1%)	112 (10,5%)	53 (4,9%)	466 (43,5%)	397 (37,1%)
A Informação rapidamente acessível quando necessário	37 (3,5%)	115 (10,7%)	60 (5,6%)	465 (43,5%)	384 (35,9%)
É fácil interpretar o que as informações significam.	32 (3%)	117 (10,9%)	55 (5,1%)	528 (49,3%)	329 (30,7%)
É difícil interpretar as informações porque são complexas. (Reversa)	145 (13,5%)	226 (21,1%)	107 (10%)	459 (42,9%)	124 (11,6%)

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

A avaliação da satisfação dos profissionais com a Qualidade da Informação (QI) obtida nas fontes oficiais de informação em saúde foi realizada a partir da mesma escala de mensuração adotada anteriormente, com variação de 1 a 5, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”.

As afirmativas que compõem essa dimensão encontram-se apresentadas no quadro 6, permitindo que os profissionais expressassem seu grau de satisfação em relação à Qualidade da Informação acessada.

A análise dos resultados evidenciados no quadro 6 demonstra um padrão consistente de respostas, no qual se observa a predominância da concordância parcial entre os profissionais avaliados.

Esse comportamento se destaca, em especial, na afirmativa “a Qualidade da Informação em saúde que eu acesso atende às minhas expectativas”, para a qual 565 profissionais (52,8%) manifestaram concordância parcial.

Observa-se, ainda, que esse mesmo grau de concordância prevaleceu nas demais afirmativas utilizadas para mensurar a satisfação com a Qualidade da Informação, apresentando quantitativos e percentuais próximos àqueles registrados na afirmativa predominante.

Esse padrão sugere uma avaliação favorável, porém moderada, da Qualidade da Informação disponibilizada pelas fontes oficiais, indicando variações na intensidade da satisfação entre os indicadores avaliados.

A recorrência de respostas concentradas em níveis intermediários da escala reforça a adequação da operacionalização da satisfação com a QI como um constructo mensurável, passível de exploração em modelos analíticos posteriores, especialmente no que se refere à investigação de suas relações com outras variáveis do estudo.

Quadro 6 - Distribuição dos profissionais da APS segundo o grau de satisfação com a Qualidade da Informação

Avalie sua satisfação com a Qualidade da Informação obtida por você nas fontes oficiais em saúde:					
Afirmativas	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Estou satisfeito(a) com a Qualidade da Informação obtida nos oficiais de informação em saúde que consulto.	07 (0,7%)	42 (3,9%)	41(3,8%)	550 (51,4%)	421 (39,3%)
A Qualidade da Informação em saúde que eu acesso atendem às minhas expectativas.	11 (1%)	71 (6,6%)	19 1,8%)	565 (52,8%)	395,9 (36,9%)
Eu tenho tido uma experiência positiva com a qualidade das informações em saúde que eu obtenho ou consulto.	11 (1%)	43 (4%)	32 (3%)	526 (49,1%)	449 (41,9%)

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Os participantes da pesquisa manifestaram sua disposição em continuar utilizando as informações obtidas a partir das fontes oficiais de informação em saúde previamente consultadas e avaliadas, considerando a Qualidade da Informação (QI) por elas disponibilizada.

Essa avaliação foi realizada com base em uma escala de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), conforme apresentado no Quadro 7.

A análise dos resultados evidencia um padrão consistente de respostas, caracterizado pela predominância da concordância total entre os profissionais da APS em todas as afirmativas relacionadas à intenção de continuidade de uso das informações provenientes das fontes oficiais.

Esse comportamento indica uma avaliação amplamente favorável quanto à disposição dos profissionais em manter o uso dessas informações em sua prática cotidiana.

Observa-se, ainda, que os quantitativos e percentuais associados ao grau de concordância total variam entre 736 profissionais (68,7%) e 663 profissionais (61,9%), evidenciando níveis elevados de adesão às afirmativas avaliadas.

O maior contingente de respostas nesse nível de concordância refere-se à afirmativa “pretendo continuar utilizando com frequência as informações que obtenho em fontes oficiais”, conforme detalhado no Quadro 7.

O conjunto desses resultados aponta para uma intenção de continuidade de uso claramente expressa, com baixa dispersão entre os indicadores avaliados, reforçando a consistência interna dessa dimensão e sua adequação para modelagens analíticas subsequentes, especialmente no que se refere à investigação de relações entre Qualidade da Informação, satisfação e intenção comportamental.

Quadro 7 - Distribuição dos profissionais da APS segundo a intenção de continuar utilizando fontes oficiais de informação

Manifeste nas opções a seguir quanto você estaria disposto a continuar utilizando, as informações obtidas nas fontes oficiais que você assinalou, considerando-se a Qualidade da Informação dessas fontes:					
Afirmativas	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Pretendo continuar utilizando, no futuro, as informações em saúde que eu consulto nas fontes oficiais.	09 (0,8%)	33 (3,1%)	25 (2,3%)	331 (30,9%)	663 (61,9%)
Em minha vida diária, sempre tentarei utilizar as informações em saúde obtidas nas fontes oficiais.	16 (1,5%)	26 (2,4%)	21 (2,0%)	275 (25,7%)	723 (67,5)
Pretendo continuar utilizando com frequência as informações que obtenho em fontes oficiais.	09 (0,8%)	24 (2,2%)	23 (2,1%)	269 (25,1%)	736 (68,7%)

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

4.8. Análise psicométrica da escala de avaliação das fontes oficiais de informação

A presente seção apresenta a análise da estrutura fatorial da Escala de Avaliação das Fontes Oficiais de Informação em Saúde, conduzida em duas etapas principais: a Análise Fatorial Exploratória (AFE), com objetivo de identificar a estrutura latente dos dados, e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), visando testar o ajuste do modelo teórico proposto aos dados observados.

A amostra foi composta por 1.071 profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) de todas as regiões do Brasil, caracterizando-se por sua amplitude nacional e heterogeneidade ocupacional e educacional.

4.8.1. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Para validar a estrutura do instrumento de pesquisa aplicado, foi conduzida uma AFE com os dados dos 1.071 profissionais respondentes, utilizando método de extração dos eixos principais. Os resultados confirmaram a presença de uma estrutura multidimensional, alinhada em grande medida às construções teóricas pretendidas.

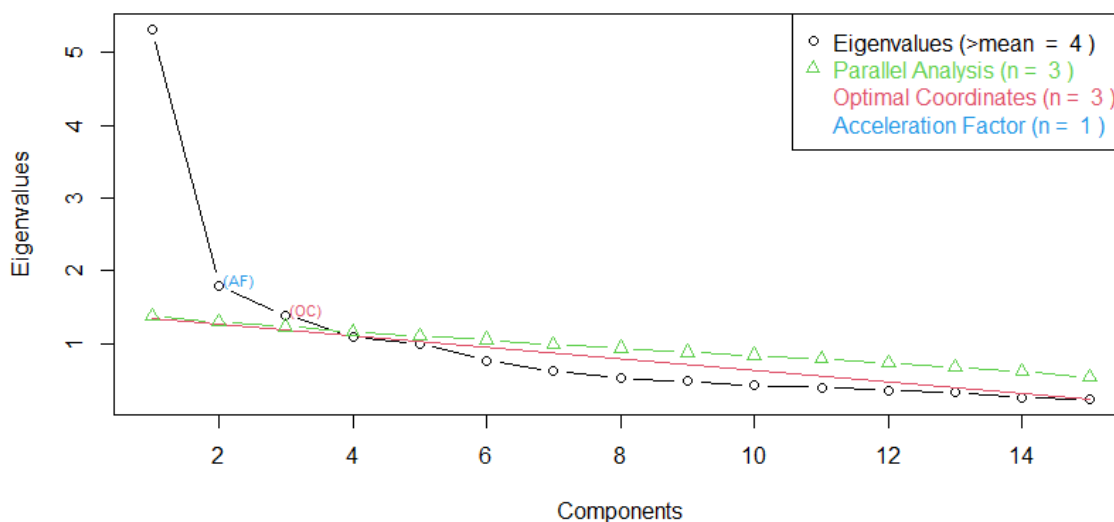
Conforme mencionado nos procedimentos, testes de adequação amostral indicaram que os dados eram propícios à *factor analysis*: o índice KMO = 0,84 evidenciou excelente adequação da amostra, e o Teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo $\chi^2 (105) = 1301,01$, $p < 0,001$, rejeitando a hipótese nula de ausência de correlação entre os itens.

A partir desses resultados, foi utilizada a *Non Graphical Solutions to Scree Test* por meio R-project que sugeriu a retenção de 4 fatores por meio do teste *Eigenvalues* com valores superiores a 1,0. Optou-se por esta solução por mais coerente com o modelo originalmente proposto.

Os quatro fatores extraídos explicaram, em conjunto, 52% da variância total dos dados, um percentual considerado satisfatório em Ciências Sociais aplicadas (acima de 50%). A escala total de 15 itens apresentou um coeficiente Alfa de *Cronbach* de 0,87, indicando alta consistência interna global.

Entretanto, identificou-se que o item Q11 (“É difícil interpretar as informações porque são complexas” – item de natureza reversa) não contribuía adequadamente para nenhum fator, exibindo carga fatorial inferior a 0,30 em todos eles e comunalidade muito baixa. Decidiu-se, portanto, pela exclusão do item 11 da escala, medida que aumentou levemente os índices de consistência dos fatores relacionados e depurou o instrumento. Após essa exclusão, a escala final ficou composta de 14 itens, distribuídos nos quatro fatores retidos.

Gráfico 6 - Distribuição gráfica dos *Eigenvalues* da Escala de avaliação das fontes oficiais de informação em saúde



Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

A seguir, descrevem-se os fatores resultantes da AFE, com sua composição de itens, variância explicada e confiabilidade (α de *Cronbach*):

Fator 1 – Acessibilidade e Interpretabilidade: Engloba 4 itens relacionados à facilidade de acesso às informações e à clareza/entendimento do conteúdo. Explicou 17% da variância total e apresentou $\alpha = 0,85$.

Exemplo de itens neste fator incluem: “A informação é facilmente acessível” (item Q6) e “É fácil interpretar o que as informações significam” (item Q7), que tiveram cargas fatoriais elevadas ($\geq 0,69$) nesse componente. Essencialmente, esse fator reflete a percepção do usuário quanto à usabilidade das fontes oficiais.

Fator 2 – Satisfação com o Uso das Informações: Composto por 3 itens que aferem o grau de satisfação do profissional ao utilizar as fontes oficiais de informação em saúde. Explicou 15% da variância e obteve $\alpha = 0,82$.

Dentre os itens que o constituem estão afirmações como: “Estou satisfeito(a) com a utilização das fontes oficiais de informação em saúde que consulto” (item Q9) e “Tenho tido uma experiência positiva ao utilizar as fontes oficiais de informação em saúde” (item Q12). O Fator 2, portanto, capta uma dimensão atitudinal de satisfação do usuário, sintetizando julgamentos avaliativos globais sobre a experiência de uso das fontes.

Fator 3 – Intenção de Uso Futuro: Reúne 3 itens que medem a disposição do profissional em continuar usando as informações das fontes oficiais no futuro. Explicou 11% da variância total, com $\alpha = 0,77$.

Este fator inclui itens tais como: “*Pretendo continuar utilizando, no futuro, as fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto*” (item Q13) e “*Pretendo continuar utilizando as fontes oficiais de informação em saúde com frequência*” (item Q15). Tais itens apresentaram cargas altas ($\geq 0,67$) no fator, indicando que formam um constructo coerente de intenção comportamental de continuidade de uso. Trata-se de uma variável dependente-chave no estudo, associada ao comprometimento do profissional em permanecer usuário ativo das fontes oficiais.

Fator 4 – Credibilidade: Constituído por 4 itens que avaliam a confiança e credibilidade atribuídas ao conteúdo informacional das fontes oficiais. Explicou cerca de 9% da variância e teve $\alpha = 0,71$.

Dentre os itens estão: “*O conteúdo da informação tem credibilidade*” (item Q3) e “*O conteúdo da informação é confiável*” (item Q5), ambos com cargas fatoriais robustas no fator (em torno de 0,77 e 0,42, respectivamente, considerando que alguns itens carregaram também em qualidade geral). Este fator reflete, portanto, a qualidade intrínseca da informação percebida.

É válido notar que os itens relativos à “qualidade da informação” no sentido estrito (por exemplo: “*O conteúdo é verdadeiro*”, “*A informação é atual*”) distribuíram-se entre os fatores de Credibilidade e Acessibilidade/Interpretabilidade, sinalizando certa sobreposição entre atributos de qualidade intrínseca e representacional.

Porém, de forma geral, os quatro fatores correspondem às dimensões conceituais inicialmente previstas: Credibilidade (Fator 4), Acessibilidade/Interpretabilidade (Fator 1), Satisfação do usuário (Fator 2) e Intenção de uso (Fator 3).

A Tabela 1 apresenta a estrutura fatorial completa após rotação, com as cargas de cada item em cada fator, os autovalores e alfas de *Cronbach* por fator.

Tabela 1 - Estrutura Fatorial da Escala de avaliação das fontes oficiais de informação em saúde

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
6. A informação é facilmente acessível.	0,80	0,19	0,15	0,17
4. A informação é rapidamente acessível quando necessária.	0,73	0,14	0,18	0,13
8. A informação é facilmente obtida.	0,71	0,20	0,11	0,08
7. É fácil interpretar o que as informações significam.	0,69	0,13	0,03	0,18
9. Estou satisfeito(a) com a utilização das fontes oficiais de informação em saúde que consulto.	0,26	0,79	0,15	0,04
10. As fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto atendem às minhas expectativas.	0,22	0,78	0,18	0,04
12. Eu tenho tido uma experiência positiva ao utilizar as fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto.	0,17	0,59	0,26	0,08
15. Pretendo continuar utilizando as fontes oficiais de informação em saúde com frequência.	0,13	0,19	0,80	0,07
14. Sempre tentarei utilizar as fontes oficiais de informação em saúde na minha vida diária.	0,13	0,31	0,67	0,07
13. Pretendo continuar utilizando, no futuro, as fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto.	0,09	0,50	0,43	0,15
3. O conteúdo tem credibilidade.	0,08	0,17	0,25	0,77
1. O conteúdo é verdadeiro.	0,25	0,11	0,15	0,57
5. O conteúdo é confiável.	0,31	0,21	0,38	0,42
2. A informação é facilmente recuperável.	0,30	0,19	-0,01	0,37
11. É difícil interpretar as informações porque são complexas. (R)	-0,01	0,05	0,03	-0,19
#				
Valor próprio (<i>Eigenvalues</i>)	2,58	2,21	1,69	1,37
Variância Explicada (escala total 52%)	0,17	0,15	0,11	0,09
Número de itens	04	03	03	04
Alfa de <i>Cronbach</i> (escala total = 0,87)	0,85	0,82	0,77	0,71

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Nota: # fator excluído por carga fatorial abaixo de 0,30. O modelo com 4 fatores apresentou $X^2(51) = 107,76$, $p < 0,0001$.

A AFE forneceu evidências de validade de construto da escala utilizada, confirmando que os itens se organizam em dimensões coerentes com o arcabouço teórico. A confiabilidade interna foi satisfatória para todos os fatores, variando de boa a excelente (α entre 0,71 e 0,85).

Apenas um item teve que ser eliminado, o que não comprometeu o conteúdo medido, pelo contrário, resultou numa escala mais parcimoniosa.

Esses resultados iniciais suportam a continuidade da análise com a etapa confirmatória, descrita a seguir, e embasam as inferências subseqüentes acerca das relações entre qualidade, satisfação e intenção, pois garantem que estamos trabalhando com constructos latentes adequadamente mensurados.

4.8.2. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Com a estrutura fatorial definida na AFE, passou-se à realização da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para verificar o ajuste do modelo de quatro fatores aos dados observados.

A AFC foi conduzida usando-se o estimador DWLS apropriado para variáveis ordinais, por meio do pacote *lavaan* no R, complementado pelo software AMOS para inspeção das cargas e correlações fatoriais, procedimento amplamente recomendado na literatura psicométrica (Damásio, 2013; Nunes & Faro, 2022).

O modelo testado considerou os 14 itens remanescentes organizados nos quatro fatores identificados: (1) Acessibilidade/Interpretabilidade, (2) Satisfação com o uso atual, (3) Intenção de uso futuro, e (4) Credibilidade. Cada item foi especificado como carga em seu respectivo fator, e permitiu-se correlação livre entre todos os fatores (dado serem construtos relacionados).

Os índices de ajuste obtidos para o modelo tetrafatorial foram excelentes. O qui-quadrado do modelo foi χ^2 (gl = 71) = 106,44, com $p = 0,004$.

Embora o p significativo indique que o modelo ajustado difere estatisticamente da matriz observada (o que é comum em amostras grandes), os índices relativos compensatórios demonstram forte ajuste: o CFI (*Comparative Fit Index*) foi de 0,99 e o TLI (*Tucker-Lewis Index*) também de 0,99, ambos muito acima do critério de 0,90 e próximos do valor máximo 1,0.

O RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) ficou em 0,05, com intervalo de confiança de 90% entre 0,03 e 0,08, indicando erro de aproximação baixo e dentro do aceitável ($\leq 0,08$). Ademais, o SRMR (*Standardized Root Mean Residual*) foi de 0,05, igualmente sugerindo ótima qualidade de ajuste. Em conjunto, esses resultados atestam que o modelo de quatro fatores reproduz muito bem os padrões de correlação presentes nos dados, ou seja, os itens agrupam-se conforme esperado teoricamente, sem desvios importantes (Hair *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2019).

Segundo Hair *et al.* (2018), índices CFI/TLI próximos de 0,95 ou superiores, combinados a RMSEA abaixo de 0,06, caracterizam um ajuste muito bom, patamar que claramente foi alcançado pelo modelo.

Cabe mencionar que esses índices extremamente favoráveis podem decorrer, em parte, do tratamento dos itens como ordinais e do refinamento do modelo após a exclusão do item problemático, resultando em cargas bem definidas e poucas correlações de erro necessárias.

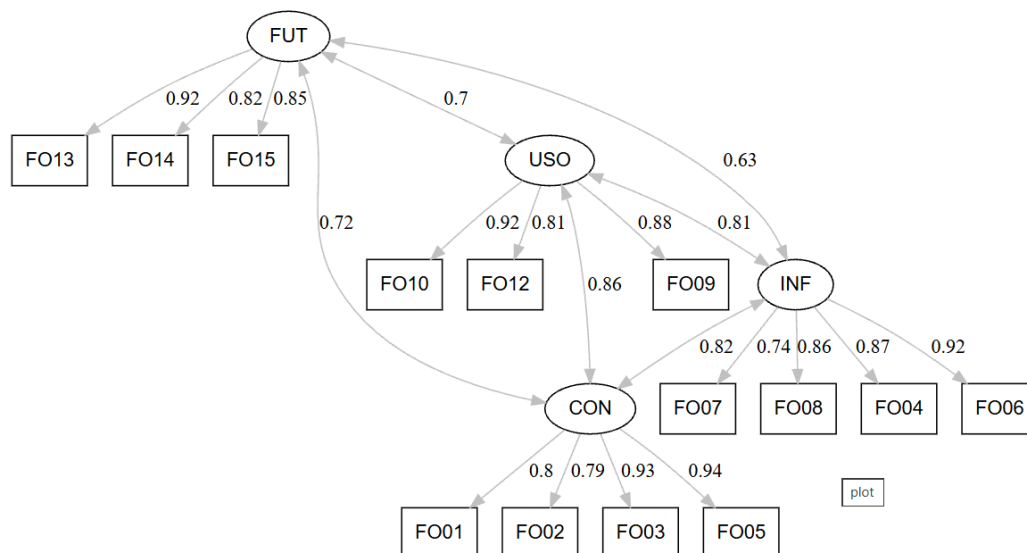
No que se refere aos parâmetros específicos da AFC, todas as cargas fatoriais padronizadas mostraram-se elevadas e significativas ($p < 0,001$). Por exemplo, os itens de Acessibilidade tiveram cargas entre 0,69 e 0,80; os de Satisfação variaram de 0,59 a 0,79; os de Intenção entre 0,67 e 0,80; e os de Credibilidade ficaram entre 0,57 e 0,77 (Figura 4).

Tais valores indicam que cada item explica uma porção substancial da variância do fator correspondente, confirmando a validade convergente dos construtos. As correlações entre os fatores foram positivas e moderadas/altas, variando aproximadamente de 0,5 a 0,7 (todas $p < 0,001$), sugerindo que, embora distintos, os fatores guardam relação consistente entre si, o que faz sentido, dado que todos se vinculam ao fenômeno geral de uso de informação. Não houve indicativo de problemas sérios de validade discriminante, pois nenhuma correlação inter-fatores se aproximou de 0,90 ou 1 (Marconcin *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2020).

A confiabilidade das escalas também foi reavaliada no modelo confirmatório. O coeficiente α de Cronbach para os 14 itens totais foi de 0,93, indicando ótima consistência quando considerados todos os itens como medindo um constructo geral (no caso, qualidade/satisfação/intenção combinados).

Mais relevante, os alfas por fator foram: 0,86 tanto para o fator Acessibilidade/Interpretabilidade quanto para o fator Satisfação; 0,84 para o fator Intenção de Uso Futuro; e 0,88 para o fator Credibilidade. Esses valores confirmam a alta confiabilidade interna de cada subescala, espelhando os resultados já encontrados na AFE, parâmetros também observados por (Santos *et al.*, 2021).

Figura 4 - Estrutura da Escala de avaliação das fontes oficiais de informação em saúde



Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

A Figura 4 ilustra visualmente o modelo ajustado, com as cargas dos itens e as correlações entre fatores. Nela, percebe-se, por exemplo, que os fatores “Credibilidade” e

“Qualidade da Informação” têm correlação acima de 0,70, o que sugere que os profissionais que consideram a informação credível tendem a avaliá-la positivamente nos demais critérios também, resultado coerente com achados de estrutura correlacional em estudos de validade convergente (Damásio, 2013) e de análise de construtos latentes (Costa & Faria, 2020). De todo modo, para fins analíticos seguintes, consideram-se os quatro fatores como variáveis latentes derivadas confirmadas.

Uma vez validado o modelo de mensuração, foi possível calcular escores fatoriais médios para cada constructo e proceder às análises inferenciais quanto às relações entre eles. De modo geral, os resultados descritivos desses escores revelam avaliações positivas dos profissionais em todas as dimensões, o que também é observado em estudos psicométricos aplicados a contextos organizacionais e de saúde (Barbosa *et al.*, 2020).

A Qualidade da Informação percebida global atingiu uma média de 4,24 em uma escala de 1 a 5 (com desvio-padrão = 0,71), denotando que, em média, os respondentes tendem a concordar que as informações fornecidas pelas fontes oficiais possuem qualidade satisfatória.

A dimensão de Acessibilidade/Interpretabilidade obteve média de 4,03 (dp = 0,93), indicando boa acessibilidade percebida, embora com um desvio maior que sugere maior dispersão de opiniões.

Já a dimensão de Credibilidade alcançou média de 4,27 (dp = 0,86), o que significa que, em geral, os profissionais concordam fortemente que as informações têm credibilidade e são confiáveis.

Por fim, o fator de Satisfação com o Uso Atual das fontes foi o que apresentou a maior média, de 4,56 (dp = 0,67), sugerindo um nível de satisfação muito elevado entre os usuários, quase no patamar de “concordo totalmente” para muitas afirmativas.

Esse resultado de satisfação possivelmente reflete que os profissionais que continuaram a usar as fontes oficiais até o momento já têm, em sua maioria, uma boa experiência com elas; quem estivesse completamente insatisfeito talvez nem as utilizasse mais, ou não se motivaria a responder o questionário.

No que tange às relações entre os constructos latentes (qualidade, satisfação, uso futuro etc.), a análise de correlação de *Spearman* demonstrou que todas as correlações bivariadas entre os fatores foram positivas e estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Quadro 8 - Correlação entre as variáveis

	Credibilidade	Qualidade	Uso Atual	Uso Futuro
Acessibilidade e Interpretabilidade	0,64	0,57	0,57	0,45
Credibilidade		0,54	0,50	0,56
Qualidade			0,72	0,61
Uso Atual				0,56

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Nota: Todas as correlações apresentaram nível de significância de $p < 0,001$. Foi utilizada o Teste de Correlação de Sperman, indicado para dados não paramétricos.

Em particular, destacou-se a forte associação entre a Qualidade da Informação percebida e a Intenção de Uso Futuro: o coeficiente de *Spearman* foi $\rho = 0,61$, indicando uma correlação positiva de magnitude elevada. Esse padrão confirma evidências de que percepções de qualidade e confiança têm efeito direto sobre a intenção de uso, conforme verificado em modelos de validação estrutural (Nunes & Faro, 2022) e em escalas de credibilidade e aceitação tecnológica (Costa *et al.*, 2019).

Outras relações relevantes incluíram a correlação entre Qualidade percebida e Satisfação do usuário, que, medida separadamente, alcançou $\rho = 0,72$, um valor muito alto, denotando que percepções de qualidade e satisfação caminham juntas na amostra.

As correlações envolvendo o fator Credibilidade também foram expressivas, ficando em torno de 0,55–0,64 em relação aos demais fatores (ex.: credibilidade vs. satisfação $\rho \approx 0,64$; credibilidade vs. intenção $\rho \approx 0,56$), reforçando a convergência empírica entre esses construtos, coerente com estudos de validação de instrumentos psicossociais (Sbicigo, Bandeira, & Dell’Aglío, 2010).

Já o fator Acessibilidade/Interpretabilidade apresentou as menores correlações relativas, em especial com a intenção de uso ($\rho \approx 0,45$), o que sugere que, embora positivamente relacionado às variáveis de resultado, esse aspecto talvez tenha um peso um pouco menor na determinação do uso futuro quando comparado à credibilidade e à qualidade global percebida.

A AFC corroborou a estrutura multidimensional e confiável da escala de avaliação, indicando que os profissionais avaliam de forma muito positiva as fontes oficiais de saúde, tanto em qualidade quanto em satisfação, e demonstram forte tendência de continuidade de uso, um resultado que reforça a validade convergente e preditiva do modelo (Damásio, 2013; Costa & Faria, 2020).

Na próxima seção, aprofundaremos a investigação das relações causais por meio de modelos de regressão, para identificar o impacto específico da qualidade informacional na satisfação e no comportamento de uso.

4.9. Análise regressão linear: qualidade da informação e satisfação

A análise de regressão linear múltipla foi utilizada com o objetivo de avaliar o impacto dos atributos da qualidade da informação sobre duas variáveis dependentes principais: a satisfação dos usuários e a intenção de uso futuro das fontes oficiais de informação em saúde.

4.9.1. Regressão linear para satisfação dos usuários

Para atender aos objetivos específicos relativos às relações entre qualidade percebida e satisfação, foi realizada uma análise de regressão linear, tomando-se a Satisfação do usuário como variável dependente e as dimensões da Qualidade da Informação (credibilidade, acessibilidade/interpretabilidade) como variáveis independentes/preditoras (Hair *et al.*, 2018).

Essa modelagem visa testar empiricamente a Hipótese 1 (H1) da pesquisa, que postulava que a qualidade da informação exerce impacto positivo sobre a satisfação dos profissionais usuários das fontes oficiais (Venkatesh *et al.*, 2012).

Antes de construir o modelo multivariado, foi calculada a correlação de *Spearman* bivariada entre Qualidade da Informação global percebida e Satisfação, obtendo-se $\rho = 0,720$ ($p < 0,001$). Essa associação positiva e forte confirma achados de pesquisas sobre satisfação em sistemas de informação, nas quais percepções de qualidade e confiança têm efeito direto sobre a satisfação do usuário (Venkatesh *et al.*, 2012; Marconcin *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2021).

Quadro 9 - Análise de correlação entre qualidade percebida da informação e satisfação

CORRELAÇÃO			
		Satisfação	Qualidade
Satisfação	Rho de <i>Spearman</i>	—	
	p-value	—	
Qualidade	Rho de <i>Spearman</i>	0.720	—
	p-value	< .001	—

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Na sequência, procedeu-se à Regressão Linear Múltipla, incluindo no modelo as seguintes variáveis independentes: Credibilidade (escore médio dos itens de credibilidade), Acessibilidade/Interpretabilidade (escore médio dos itens de usabilidade) e, adicionalmente, testou-se incluir Interpretabilidade separadamente, mas como esta está combinada ao fator 1, manteve-se o fator único.

Ou seja, as dimensões preditoras no modelo foram as três facetas da qualidade da informação: credibilidade, acessibilidade (com interpretabilidade conjunta). A variável dependente foi o escore de Satisfação do usuário.

Quadro 10 - Resultados da Regressão Linear Múltipla para predição da Satisfação a partir das dimensões da Qualidade da Informação

COEFICIENTES DO MODELO - SATISFAÇÃO (média)					
Preditor	Estimativas (Beta)	Erro-padrão	t	p	
Intercepto	26.256	0.0980	26.80	< .001	
Credibilidade (média)	0.1412	0.0306	4.61	< .001	
Acessibilidade (média)	0.2083	0.0305	6.84	< .001	
Interpretabilidade (média)	0.0506	0.0255	1.99	0.047	
MEDIDAS DE AJUSTAMENTO DO MODELO					
Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	AIC	RMSE
1	0.469	0.220	0.217	2248	0.642

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Os resultados da regressão indicaram que o modelo global foi estatisticamente significativo ($F(3,1067) \approx 101$, $p < 0,001$) e explicou aproximadamente 22% da variância na satisfação ($R^2 = 0,220$; R^2 ajustado = 0,217). Embora esse R^2 não seja alto em termos absolutos, sugerindo que cerca de 78% da satisfação é influenciada por outros fatores não contemplados no modelo, ele é coerente com expectativas em pesquisas psicossociais com múltiplos preditores (Costa & Faria, 2020).

Importante notar que, para um modelo simples com três preditores, um R^2 de 0,22 pode ser considerado modesto. Em ciências comportamentais, R^2 modestos (0,20–0,30) são comuns

e interpretados como efeitos práticos significativos diante da complexidade multifatorial dos fenômenos estudados (Hair *et al.*, 2018).

Examinando os coeficientes padronizados (β) de cada variável independente, verifica-se que duas dimensões apresentaram efeitos positivos e significativos: a Acessibilidade/Interpretabilidade despontou como o preditor de maior impacto, com $\beta \approx 0,21$ (Estimativa Beta = 0,2083) e $p < 0,001$, indicando que, mantidos os outros fatores constantes, um aumento de 1 desvio-padrão na percepção de acessibilidade está associado a um aumento de $\sim 0,21$ desvios-padrão na satisfação.

Em seguida, a Credibilidade também mostrou influência significativa, com $\beta \approx 0,14$ (Beta = 0,1412) e $p < 0,001$, denotando um efeito positivo menor, porém estatisticamente robusto: quanto maior a credibilidade percebida do conteúdo, maior a satisfação do usuário, ainda que esse efeito seja aproximadamente dois terços do efeito da acessibilidade (Barbosa *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2019).

Já a dimensão de Interpretabilidade (faceta de facilidade de compreensão), quando isolada no modelo, apresentou um coeficiente $\beta \approx 0,05$ e um nível de significância marginal ($p = 0,047$), o que em termos práticos significa um efeito muito pequeno sobre a satisfação.

Na interpretação substantiva, isso sugere que variações na clareza das informações, dentro da faixa observada, não alteram de forma substancial o grau de satisfação dos profissionais, especialmente quando controladas as percepções de credibilidade e de facilidade de acesso.

Em outras palavras, embora a interpretabilidade seja valorizada (conforme visto na correlação moderada que possui com a satisfação), ela deixa de ter impacto significativo no modelo múltiplo, possivelmente por compartilhar variância com os outros construtos ou por não ser um gargalo tão crítico para a maioria (afinal, muitos profissionais podem ter habilidades para contornar alguma complexidade do texto, desde que a informação seja acessível e confiável).

Em termos de significância estatística, o modelo desenvolvido por Eppler, Algesheimer e Dimpfel (2003) apontou que a Acessibilidade e a Credibilidade são preditores altamente significativos da satisfação do usuário ($p < 0,001$). Em contrapartida, a Interpretabilidade não atingiu significância robusta ($p \sim 0,05$) e apresentou um efeito muito reduzido sobre a percepção final de valor.

Esses resultados confirmam parcialmente a hipótese H1: de fato, a qualidade da informação percebida influencia a satisfação do usuário, mas parece fazê-lo principalmente via

atributos de acesso fácil e confiança no conteúdo, enquanto a dimensão de clareza interpretativa, isoladamente, não mostra contribuição relevante para elevar a satisfação (Lee *et al.*, 2002; Eppler, 2003).

Uma possível explicação oferecida pelos autores é que, no contexto de processos intensivos em conhecimento e fontes oficiais, a linguagem já é relativamente bem compreendida pelos profissionais altamente escolarizados, de modo que a “interpretabilidade” deixa de ser o fator diferencial na satisfação. Pelo contrário, a usabilidade (capacidade de acessar a informação com rapidez) e a credibilidade (a segurança de que a informação é fidedigna e livre de erros) emergem como os requisitos fundamentais para que o usuário se sinta plenamente atendido pela fonte. Dessa forma, o estudo reforça que a qualidade do meio e a solidez do conteúdo são os pilares que transformam a informação em um ativo acionável e satisfatório para o consumidor especializado (Eppler, 2003; Lee *et al.*, 2002).

Em resumo, a análise de regressão mostra que profissionais que percebem as fontes oficiais como acessíveis e confiáveis tendem a estar mais satisfeitos, corroborando evidências de que usabilidade e credibilidade são determinantes centrais da satisfação (Wang e Strong (1996); Zmud (1978); Goodhue (1995); Ballou e Pazer (1985); DeLone e McLean (1992); Lee *et al.* 2002).

O R^2 de 0,22, embora modesto, é compatível com o padrão empírico em modelos explicativos de comportamento humano, indicando que a qualidade informacional é condição necessária, mas não suficiente para garantir alta satisfação, outros fatores, como design do sistema, suporte técnico e contexto organizacional, também devem ser considerados (DeLone & McLean, 1992; Eppler, 2003; Lee *et al.*, 2002).

4.9.2. Modelo de regressão para análise da intenção de uso futuro das fontes oficiais de informação em saúde

Com o intuito de uma melhor explicação acerca do Uso Futuro das Fontes Oficiais de Informação em saúde, foi realizada uma modelação, por meio de um Teste de Regressão, cuja variável dependente foi a intenção de Uso Futuro e, as independentes, foram: Uso Atual, Qualidade, e Acessibilidade e Interpretabilidade.

Foram encontradas capacidades explicativas moderadas, positivas e significativas ($p < 0,001$) para a Intensão do Uso Futuro das Fontes Oficiais de Informações primordialmente nas variáveis Qualidade ($\beta = 0,30$), seguido pela Credibilidade ($\beta = 0,28$) e Uso Atual ($\beta = 0,19$),

ou seja, quando maior a percepção de qualidade, credibilidade e o uso atual das Fontes Oficiais de Informação, mais provável será a intenção de uso destas fontes no futuro.

A Acessibilidade e Interpretabilidade apresentou uma relação negativa com a variável dependente, porém o valor de $\beta = 0,05$ é considerado muito fraco ou mesmo negligenciável. No geral, o modelo apresentou um R^2 de 0,44, ou seja, as quatro variáveis preditoras, em conjunto, explicam aproximadamente 44% da variação total do Uso Futuro das Fontes Oficiais de Informação em Saúde.

Quadro 11 - Coeficientes e estatísticas do modelo de regressão linear múltipla para predição da Intenção de Uso Futuro

Variável	Coeficiente (β)	Erro Padrão	t
(Intercept)	1,55***	0,11	13,93***
Qualidade	0,30***	0,03	9,65***
Credibilidade	0,28***	0,03	11,01***
Uso Atual	0,19***	0,03	6,50***
Acessibilidade e Interpretabilidade	-0,05*	0,02	-2,21*
Estatísticas do Modelo			
R^2 Múltiplo	0,44		
R^2 Ajustado	0,41		
Erro Padrão Residual	0,50		
Estatística F	210,40		
p do Teste F	< 0,001		
N (Graus de Liberdade)	1071		

Fonte: Dados do projeto Estudos Comparados (2025).

Nota: Interpretação da Significância: *** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$; * = $p < 0,05$.

Essas evidências sustentam a hipótese de que atributos de qualidade da informação não apenas geram satisfação imediata, mas também incentivam o uso prolongado e recorrente das fontes institucionais de informação em saúde pública.

4.10. Discussão

Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram e ampliam o entendimento teórico prévio acerca da relação entre qualidade da informação em saúde, satisfação dos usuários e intenção de uso continuado de sistemas informacionais (DeLone & McLean, 1992, 2003; Petter, DeLone & McLean, 2008).

De forma geral, os profissionais da Atenção Primária à Saúde investigados demonstraram avaliações positivas sobre as fontes oficiais de informação, as médias elevadas

nas dimensões de credibilidade e confiabilidade do conteúdo indicam um forte voto de confiança nas informações disponibilizadas por órgãos como o Ministério da Saúde, atuando como pilares de confiança pública (Mendonça & Neto, 2015; Saleem & Jan, 2024).

Esse achado é alentador, pois sugere que, do ponto de vista da qualidade intrínseca (precisão, veracidade), as fontes oficiais atendem amplamente às expectativas dos profissionais de APS (Wang & Strong, 1996; Huang *et al.*, 1999).

Em contrapartida, identificou-se que o critério de interpretabilidade não foi tão unanimemente bem avaliado, padrão que aponta para uma variabilidade na percepção de clareza: embora a maioria considere as informações compreensíveis, há uma parcela que encontra dificuldades de entendimento (Lee *et al.*, 2002; Eppler, 2006; Arazy, Kopak & Hadar, 2017).

Tal resultado reforça a noção de que a qualidade da informação é multidimensional: uma fonte oficial pode ser altamente confiável e, ainda assim, apresentar conteúdos de entendimento complexo que reduzam sua usabilidade imediata (Wang & Strong, 1996; Ghalavand *et al.*, 2024).

Na prática, isso sugere a importância de iniciativas de aprimoramento da comunicação (como materiais de apoio, glossários ou capacitações) para garantir que a informação seja plenamente assimilável e resulte em tomada de decisão informada (Eppler, 2006; Mendonça & Sousa, 2025).

A forte correlação observada entre a qualidade percebida da informação e a satisfação do usuário ($\rho = 0,72$) confirma empiricamente a relação proposta em nosso modelo e amplamente descrita em modelos teóricos de sucesso de sistemas (Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003; Venkatesh *et al.*, 2012).

Contudo, considerando a natureza conceitualmente próxima das dimensões analisadas, não se pode descartar a possibilidade de intercorrelação elevada entre os preditores, o que pode indicar sobreposição parcial entre os construtos e potencial efeito de colinearidade no modelo. Tal aspecto não invalida os achados, mas sugere que as dimensões da qualidade da informação, embora teoricamente distintas, podem apresentar interdependência empírica no contexto investigado.

Conforme postulado pelo Modelo de Sucesso de Sistemas de Informação de DeLone e McLean (1992, 2003), a Qualidade da Informação funciona como um determinante direto da Satisfação do usuário.

Nossos achados se alinham a essa premissa: profissionais que consideram as fontes oficiais informativamente melhores tendem a estar mais satisfeitos com seu uso diário, percebendo-as como “adequadas ao uso” (*fitness for use*) (Wang & Strong, 1996; Ge & Helfert, 2007).

Essa constatação ecoa resultados de estudos prévios, como os de Zheng, Zhao e Stylianou (2013), que encontraram que a qualidade da informação exerce efeito direto positivo na satisfação e na intenção de continuidade.

De maneira semelhante, Petter, DeLone e McLean (2008) reiteram que a satisfação do usuário é, em grande medida, função da qualidade informacional percebida, atravessando diferentes domínios de aplicação. Assim, o padrão empírico identificado reforça evidências consolidadas e amplifica sua validade no domínio específico da saúde pública (Mendonça & Sousa, 2025).

Uma lente teórica útil para interpretar essa forte associação é a *Expectation-Confirmation Theory* (ECT) adaptada ao uso de informação e sistemas tecnológicos (Bhattacharjee, 2001; Limayem *et al.*, 2007). Segundo essa teoria, a satisfação do usuário resulta primordialmente do grau em que a performance percebida de um sistema corresponde (ou excede) as expectativas prévias formadas pelo indivíduo (Bhattacharjee, 2001). No contexto em questão, se a qualidade percebida das informações fornecidas pelas fontes oficiais atende ou supera o que o profissional esperava, ocorre uma “confirmação positiva” que gera um sentimento de satisfação e favorece a intenção de continuidade de uso (Bhattacharjee, 2001; DeLone & McLean, 2003; Zheng, Zhao & Stylianou, 2013).

Nossos resultados sugerem justamente essa dinâmica: os profissionais possivelmente projetam a expectativa de que fontes governamentais e autoridades de saúde atuem como pilares de confiança, oferecendo conteúdos precisos, acessíveis e úteis para a sua prática diária (DeLone & McLean, 1992, 2003; Petter, DeLone & McLean, 2008, 2020). Quando essa expectativa é confirmada, por exemplo, ao identificarem um conteúdo crível, disponível no momento da necessidade e obtido sem esforço excessivo, os usuários manifestam altos níveis de satisfação, uma vez que a informação atende ao critério de “adequação ao uso” (*fitness for use*) (Wang & Strong, 1996; Huang, Lee & Wang, 1999).

Essa lógica explicativa está alinhada com a evidência empírica de que a acessibilidade e a credibilidade são os preditores mais significativos da satisfação em ambientes orientados por conteúdo, enquanto a facilidade de interpretação, embora relevante, pode atuar apenas como

um requisito básico que não eleva a satisfação de forma isolada (Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003; Lee, Strong, Kahn & Wang, 2002).

Por outro lado, eventuais discrepâncias, como a dificuldade de interpretar uma informação técnica complexa ou o encontro de conteúdos desatualizados e links inoperantes, podem gerar uma percepção de “baixa qualidade”, causando frustração e atenuando a satisfação final (Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003; Mendonça & Sousa, 2025).

Nesse sentido, a alta satisfação média observada indica que, para a maioria dos respondentes, as fontes oficiais vêm conseguindo entregar a performance esperada ou até superá-la em aspectos críticos, resultando num sentimento majoritário de aprovação, utilidade prática e resiliência digital perante o ecossistema informacional (DeLone & McLean, 2003; Petter, DeLone & McLean, 2008; Venkatesh *et al.*, 2012).

No que diz respeito à intenção de uso continuado, os achados evidenciam que os profissionais apresentam uma predisposição muito forte a continuar utilizando as informações das fontes oficiais: cerca de 68% a 69% concordaram totalmente com as afirmativas de que pretendem seguir usando com frequência no futuro.

Essa intenção positiva pode ser interpretada como reflexo direto da satisfação atual e da alta qualidade percebida (Limayem, Hirt & Cheung, 2007; Kim & Malhotra, 2005). Nossos testes estatísticos mostraram que a Qualidade da informação percebida é o fator isolado que melhor prediz a intenção de uso futuro, explicando aproximadamente 44% da variação nessa intenção (quando em modelo de regressão incluindo qualidade, credibilidade, uso atual etc.).

Em outras palavras, profissionais que avaliam bem a qualidade da informação em fontes oficiais têm mais predisposição de planejar continuar recorrendo a elas rotineiramente, um padrão observado em estudos sobre continuidade de uso de sistemas de informação (Limayem, Hirt & Cheung, 2007; Kim & Malhotra, 2005).

Esse resultado confirma a Hipótese 2 (H2) da pesquisa e coaduna-se com frameworks de aceitação de tecnologia. O modelo UTAUT2 (Venkatesh *et al.*, 2012), por exemplo, conceitua a “intenção de uso continuado” como diretamente influenciada por percepções de desempenho esperado (*usefulness*) e esforço esperado (*ease of use*) com a tecnologia, construtos que derivam conceitualmente do TAM original (Davis, 1989).

As dimensões de qualidade da informação que estudamos (credibilidade, acessibilidade, interpretabilidade) podem ser vistas como análogos desses construtos: estudos empíricos demonstram que a qualidade da informação e a credibilidade da fonte impactam positivamente

a utilidade percebida e a facilidade de uso percebida (Sussman & Siegal, 2003; Wang & Strong, 1996; Lee, Strong, Kahn & Wang, 2002).

Nesse contexto, a credibilidade e a interpretabilidade contribuem para o valor de uso percebido (a informação é útil porque é confiável e compreensível), enquanto a acessibilidade relaciona-se ao esforço mínimo para obtê-la, compondo a noção de adequação ao uso da informação (Wang & Strong, 1996; Lee *et al.*, 2002).

Assim, de acordo com a teoria do UTAUT2, quando uma tecnologia (no caso, um portal ou base de dados de saúde) é percebida como trazendo benefícios claros e sendo fácil de utilizar, os usuários tendem a planejar continuar a usá-la no futuro (Venkatesh *et al.*, 2012). Nossos dados apoiam exatamente essa dinâmica, a alta qualidade percebida (informação útil e de fácil acesso) está fortalecendo a intenção de uso contínuo (Limayem, Hirt & Cheung, 2007; Kim & Malhotra, 2005).

Um ponto que merece discussão é a aparente discrepância entre o forte impacto da qualidade na intenção de uso (R^2 de 44%) versus seu impacto mais modesto na satisfação (R^2 de 22%).

Enquanto a intenção de uso é fortemente moldada pela utilidade percebida e pela fidedignidade da fonte, a satisfação imediata com a experiência pode sofrer influências adicionais de fatores como a qualidade do sistema, o suporte institucional e as expectativas individuais (DeLone & McLean, 1992, 2003; Bhattacharjee, 2001).

É possível que, para continuar usando uma fonte, o profissional adote uma postura pragmática e seja menos exigente: pode ser suficiente que ele confie na informação e consiga obtê-la de forma oportuna, mesmo que enfrente algumas dificuldades interpretativas ou barreiras de linguagem (Wang & Strong, 1996; Lee, Strong, Kahn & Wang, 2002).

Por outro lado, para que este usuário se sinta plenamente satisfeito, entram em jogo elementos subjetivos e relacionais, como as expectativas prévias, comparações implícitas com fontes comerciais e o alinhamento do conteúdo com preferências e hábitos pessoais de busca (Bhattacharjee, 2001; DeLone & McLean, 2003).

Esse achado leva a uma implicação prática estratégica: garantir uma qualidade informacional elevada (especialmente em termos de correção técnica e atualidade) é o alicerce fundamental para a retenção e fidelidade dos usuários (Wang & Strong, 1996; Lee, Strong, Kahn & Wang, 2002; Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003; Venkatesh, Thong & Xu, 2012).

No entanto, elevar os níveis de satisfação para além do patamar funcional pode requerer ações complementares, como melhorias na interface de navegação, maior personalização dos

fluxos de dados e otimização da rapidez do sistema (DeLone & McLean, 2003; Mendonça & Neto, 2015; Mendonça & Sousa, 2025).

Tais componentes de usabilidade e design são amplamente reconhecidos na literatura de sistemas de saúde como vitais para transformar a informação em um ativo efetivamente amigável e integrado à rotina clínica (Mendonça & Neto, 2015; Mendonça & Sousa, 2025; Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003).

Outro resultado digno de nota é que a dimensão de “interpretabilidade” (clareza), embora faça parte da qualidade da informação, mostrou-se menos influente na satisfação e intenção comparada à credibilidade e acessibilidade (Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003; Eppler, 2006).

Isso pode ser interpretado levando-se em conta o perfil da amostra: profissionais com alta escolaridade e experiência provavelmente conseguem manejar informações mesmo quando apresentadas de forma densa ou técnica (Eppler, 2006; Wiedermann *et al.*, 2025). Para eles, o fator limitante não é tanto entender o conteúdo, mas sim confiar nele e tê-lo prontamente disponível (Wang & Strong, 1996; Eppler, 2006).

Essa inferência é sustentada pelos coeficientes de regressão: credibilidade 0,1412 ($p < 0,001$) e acessibilidade 0,2083 ($p < 0,001$) foram fatores determinantes, ao passo que a interpretabilidade 0,0506 ($p = 0,047$) teve coeficiente não significativo para satisfação (Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003).

Em termos práticos, isso sugere que os esforços das instituições devem priorizar assegurar a confiabilidade, (por exemplo: manter informações atualizadas, com fontes científicas, livres de erros) e melhorar a usabilidade (por exemplo: portais rápidos, com boa busca, acessíveis em diferentes dispositivos) (Lee & Kahn, 2002; Eppler, 2006).

Evidentemente, comunicar de forma clara continua sendo crucial, mas possivelmente é uma dimensão na qual as fontes oficiais já estão em um patamar aceitável para a maioria dos profissionais, ainda que melhorias sejam bem-vindas para atingir também aqueles que sentiram dificuldade (Eppler, 2006).

É relevante destacar que a interpretabilidade menor não significa irrelevância; pelo contrário, a literatura aponta que informações mal interpretadas podem levar a decisões clínicas equivocadas (Ghalavand *et al.*, 2024).

No nosso contexto, porém, pode ser que as informações oficiais, apesar de eventualmente complexas, venham acompanhadas de notas técnicas, manuais ou suporte das

equipes gestoras locais, o que mitiga o impacto desse fator na satisfação relatada (Wiedermann *et al.*, 2025).

Os resultados desta pesquisa devem ser discutidos também frente ao cenário de desinformação e sobrecarga de informação na saúde. Ao confirmar-se que os profissionais confiam e pretendem continuar usando fontes oficiais, tem-se um indicativo de resiliência do sistema informacional público frente à concorrência de fontes não oficiais (por exemplo, redes sociais, buscadores gerais), uma vez que a decisão de uso continuado está fortemente associada à percepção de utilidade funcional da informação e à facilidade de acesso para a execução das tarefas profissionais (Wang & Strong, 1996; Venkatesh, Thong & Xu, 2012).

Em meio a um contexto de infodemia, é crucial que as fontes institucionais se mantenham como referência segura, pois a satisfação do usuário emerge da confirmação das expectativas prévias de desempenho informacional, conforme postula a *Expectation-Confirmation Theory* aplicada a sistemas de informação (Bhattacharjee, 2001), e é influenciada não apenas pela qualidade da informação, mas também pela qualidade do sistema e do serviço associados (DeLone & McLean, 1992, 2003).

Nosso achado de alta credibilidade atribuída às fontes oficiais é positivo, pois profissionais de APS satisfeitos e confiantes tendem a replicar informações fidedignas à população, atuando como agentes de mitigação da desinformação no cotidiano dos serviços de saúde (DeLone & McLean, 1992, 2003).

Conforme argumentam Wang e Strong (1996) e Lee *et al.* (2002), uma qualidade da informação robusta resulta em informação útil e utilizável, isto é, adequada ao uso, capaz de gerar valor real para quem a consome ao apoiar tarefas, decisões e rotinas profissionais.

No contexto da APS, essa adequação ao uso traduz-se em decisões clínicas mais seguras, aconselhamento correto aos pacientes e maior efetividade das ações de saúde pública, uma vez que a informação atende simultaneamente aos critérios de produto (conformidade técnica e credibilidade) e de serviço (acessibilidade e atendimento às necessidades do usuário), conforme estabelecido no modelo PSP/IQ (Lee *et al.*, 2002; Wang & Strong, 1996).

Assim, o alto nível de qualidade informacional percebido pelos profissionais indica que as fontes oficiais estão cumprindo seu papel central no ecossistema informacional, ao fornecer informações adequadas para o uso, que constituem a essência da definição de qualidade da informação na literatura.

Isso reforça a importância de investimentos contínuos na manutenção e melhoria dessas fontes, pois, de acordo com o Modelo de Sucesso de Sistemas de Informação, qualquer

deterioração na qualidade da informação tende a impactar negativamente a satisfação do usuário e, por consequência, a intenção de uso contínuo (DeLone & McLean, 2003; Bhattacharjee, 2001).

Evidências empíricas demonstram que, em ambientes orientados por conteúdo, a credibilidade e a acessibilidade configuram-se como os principais motores da satisfação e da fidelidade dos usuários, enquanto outras dimensões exercem papel secundário para públicos especializados (Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003).

No campo da saúde digital, estudos nacionais reforçam que aspectos como transparência, design informacional e letramento em saúde são fundamentais para consolidar a confiança dos profissionais e transformar a informação institucional em um ativo efetivamente utilizável na prática assistencial (Mendonça & Neto, 2015; Mendonça & Sousa, 2025).

Do ponto de vista gerencial, nossos resultados trazem algumas recomendações práticas para o aprimoramento da gestão e da comunicação em saúde (Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003; DeLone & McLean, 1992, 2003).

Primeiro, devem-se priorizar melhorias na acessibilidade das informações: facilitar o acesso rápido, organizar melhor os conteúdos nos portais, otimizar motores de busca internos, e garantir a disponibilidade constante das plataformas com o mínimo de *downtime* (Eppler, 2006; Stawowy *et al.*, 2021).

Segundo, é crucial manter e comunicar a credibilidade: as instituições devem continuar assegurando o rigor científico no conteúdo publicado, a atualização frequente dos dados (tempestividade) e a transparência absoluta das fontes utilizadas (Wang & Strong, 1996; Eppler, 2006).

Além disso, estratégias de comunicação podem enfatizar a confiabilidade dos canais oficiais, reforçando aos profissionais e ao público que aquelas são as fontes seguras e auditáveis, diferenciando-as de forma clara das informações de origem duvidosa ou deliberadamente desinformativas (Nascimento *et al.*, 2022; Wilhelm *et al.*, 2023).

Terceiro, embora a interpretabilidade não tenha aparecido como fator crítico isolado nos modelos de satisfação ou intenção de uso continuado, simplificar a linguagem e tornar mais didáticas as diretrizes e informes pode ampliar ainda mais a utilidade das fontes, inclusive por profissionais com menor formação ou em contextos de alta pressão de tempo e sobrecarga informacional (Eppler, 2006; Mendonça & Sousa, 2025).

Afinal, quase metade da amostra apenas concordou parcialmente que as informações são fáceis de interpretar, o que indica que há espaço para aprimorar a clareza e,

consequentemente, elevar a satisfação geral para patamares de “concordo totalmente” também nesse quesito, uma vez que a “adequação ao uso” é definida primordialmente pela perspectiva e necessidades do consumidor final da informação (Wang & Strong, 1996; Lee *et al.*, 2002).

Por fim, é pertinente relacionar os achados com o propósito mais amplo do projeto multicêntrico ao qual esta pesquisa se vincula – de combate à desinformação e promoção da saúde baseada em evidências (Mendonça & Sousa, 2025; Borges do Nascimento *et al.*, 2022; Wilhelm *et al.*, 2023).

Os profissionais de APS atuam como intermediários do conhecimento entre as fontes oficiais e a comunidade (Souza, Neves & Mello, 2024; Cecilio *et al.*, 2012). Se eles estão satisfeitos e confiam na informação que recebem, há maior chance de que repassem orientações corretas aos pacientes e implementem protocolos adequadamente (DeLone & McLean, 1992, 2003; Starfield, 2002).

Estudos comparados internacionais (como aqueles previstos no projeto maior do qual este estudo faz parte no nível nacional) poderão verificar se essa relação se sustenta em outros países; porém, nossos dados brasileiros já fornecem subsídios importantes (Eppler, 2006).

Por exemplo, constatamos que profissionais com nível educacional mais elevado tendem a avaliar bem a informação e permanecer usando-a; isso sugere que investir em capacitação e educação permanente dos profissionais (para que saibam acessar e interpretar as fontes oficiais) pode aumentar a aderência e satisfação de uso das mesmas (Wiedermann *et al.*, 2025; Mendonça & Sousa, 2025).

De outra perspectiva, identificar que o grau de satisfação não é homogêneo (variou entre os itens, com muitos em concordância parcial) indica que ainda há desafios a serem enfrentados: alguns profissionais podem não estar plenamente satisfeitos, e cabe investigar qualitativamente os motivos (dificuldades de acesso à internet? preferências por outros meios?) (Mendonça & Neto, 2015; Ghalavand *et al.*, 2024). Abordar esses pontos poderia elevar ainda mais a confiança e uso de fontes oficiais (Wang & Strong, 1996; Eppler, Algesheimer & Dimpfel, 2003).

5. CONCLUSÃO

Esta dissertação partiu do reconhecimento de que, em um contexto marcado pela intensificação da desordem informacional e pela crescente circulação de conteúdos imprecisos ou não verificados, a qualidade da informação disponibilizada por fontes oficiais de saúde

assume papel central na prática profissional, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

O problema de pesquisa concentrou-se em compreender de que forma a qualidade da informação percebida por profissionais da APS influencia sua satisfação enquanto usuários dessas fontes e sua intenção comportamental de continuar utilizando-as no futuro, considerando os critérios de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade.

À luz desse problema, o objetivo geral do estudo consistiu em aferir a influência da qualidade da informação percebida por profissionais de saúde sobre a satisfação e a intenção de uso contínuo das fontes oficiais de informação em saúde. Os resultados obtidos ao longo da pesquisa permitem afirmar que esse objetivo foi plenamente alcançado, uma vez que as análises empíricas evidenciaram relações consistentes e estatisticamente significativas entre as dimensões da qualidade da informação, a satisfação dos usuários e a intenção de continuidade de uso.

No que se refere aos objetivos específicos, o primeiro, que buscou avaliar a percepção dos profissionais da APS acerca da qualidade da informação proveniente de fontes oficiais, foi atendido ao demonstrar uma avaliação globalmente elevada da qualidade percebida. As fontes oficiais mantêm-se como referências centrais no cotidiano dos serviços de saúde, com destaque para o Ministério da Saúde, cuja predominância como fonte consultada reforça sua legitimidade institucional e técnica em um cenário de infodemia e pela assimetria informacional.

O segundo objetivo específico, voltado a investigar a relação entre a qualidade percebida da informação e a satisfação dos profissionais da APS enquanto usuários dessas fontes, também foi plenamente atendido. Os resultados indicaram elevados níveis de satisfação associados à percepção positiva da qualidade informacional, confirmando que a adequação da informação ao uso profissional constitui um determinante relevante da experiência de uso. Esse achado reforça a compreensão de que a satisfação não decorre apenas da existência da informação, mas também da percepção de seus atributos qualitativos no contexto das tarefas desempenhadas.

O terceiro objetivo específico, que analisou a influência das dimensões de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade sobre a intenção comportamental de uso contínuo das fontes oficiais, foi igualmente atendido. As análises demonstraram que a qualidade da informação explica uma parcela significativa da variação da intenção de uso futuro, evidenciando que a permanência dessas fontes nos fluxos de trabalho da APS depende diretamente da avaliação positiva de seus atributos qualitativos. Esse resultado confirma que a qualidade da informação

exerce impacto não apenas imediato, por meio da satisfação, mas também prospectivo, ao influenciar a disposição dos profissionais para continuar utilizando as fontes institucionais.

No atendimento ao quarto objetivo específico, que buscou identificar os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde no acesso e na interpretação das informações provenientes de fontes oficiais, os resultados evidenciaram que a interpretabilidade constitui o principal ponto crítico. Embora credibilidade e acessibilidade tenham apresentado avaliações homogêneas e elevadas, a interpretabilidade mostrou maior variabilidade, indicando que a complexidade representacional dos conteúdos ainda impõe barreiras à compreensão e à apropriação imediata da informação no ponto de cuidado. Esse achado reforça a noção de que a qualidade da informação não se limita à exatidão técnica, mas envolve sua capacidade de ser compreendida, contextualizada e operacionalizada na prática profissional.

O quinto e último objetivo específico desta pesquisa, foi relativo à proposição de recomendações para a melhoria da qualidade da informação em fontes oficiais de saúde, foi atendido de forma analítica a partir da interpretação integrada dos resultados. A pesquisa evidencia a necessidade de investimentos em estratégias que ampliem a clareza, a padronização e a contextualização dos conteúdos informacionais, bem como em ações de capacitação e educação permanente dos profissionais, de modo a fortalecer o uso qualificado e contínuo dessas fontes.

No que concerne às hipóteses formuladas, os resultados empíricos permitem afirmar que ambas não podem ser rejeitadas. A primeira hipótese, segundo a qual a qualidade da informação, avaliada por meio da credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade, exerce impacto positivo sobre a satisfação dos profissionais usuários das fontes oficiais de informação em saúde, foi corroborada pelas análises realizadas.

De modo convergente, a segunda hipótese, que postulava a influência da qualidade da informação sobre a intenção de continuar utilizando essas fontes no futuro, também foi confirmada, evidenciando que a percepção positiva da qualidade informacional constitui um determinante relevante do uso sustentável das fontes oficiais.

A articulação entre os achados empíricos e o referencial teórico adotado confirma a adequação do modelo AIMQ como arcabouço analítico para a avaliação da qualidade da informação no contexto da saúde pública. As dimensões de credibilidade, acessibilidade e interpretabilidade mostraram-se coerentes com a literatura ao influenciarem diretamente a satisfação e a intenção de uso contínuo, ampliando a compreensão teórica ao evidenciar, de

forma empírica, o papel central da interpretabilidade como desafio contemporâneo na mediação entre informação e prática profissional.

Do ponto de vista das contribuições, o estudo avança teoricamente ao aplicar e validar empiricamente um modelo multidimensional de qualidade da informação em um contexto ainda pouco explorado, articulando-o explicitamente às variáveis satisfação e intenção de uso contínuo no campo da APS.

Metodologicamente, contribui ao empregar análises fatoriais exploratória e confirmatória na validação dos construtos investigados. Sob a perspectiva prática e institucional, os resultados oferecem subsídios relevantes para gestores e formuladores de políticas públicas no aprimoramento das fontes oficiais de informação em saúde, com potencial impacto na segurança do paciente, na eficiência dos serviços e na consolidação da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde.

5.1. Limitações da pesquisa e estudos futuros

Apesar das contribuições apresentadas, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. O delineamento transversal adotado restringe a possibilidade de estabelecer inferências causais mais robustas entre as variáveis analisadas, limitando-se à identificação de associações estatisticamente significativas.

Ademais, a abordagem quantitativa, embora adequada aos objetivos propostos, não permite aprofundar a compreensão das experiências, percepções e dificuldades subjetivas enfrentadas pelos profissionais no uso cotidiano das fontes oficiais de informação em saúde.

Diante dessas limitações, recomenda-se que pesquisas futuras adotem abordagens qualitativas ou métodos mistos, capazes de aprofundar a compreensão dos fatores subjacentes às variações observadas, especialmente no que se refere à interpretabilidade da informação. Estudos longitudinais também podem contribuir para examinar a evolução da satisfação e da intenção de uso ao longo do tempo.

Ademais, investigações comparativas internacionais, como aquelas previstas no projeto multicêntrico ao qual esta dissertação se vincula, poderão ampliar a compreensão sobre a influência da qualidade da informação em diferentes contextos institucionais e culturais, fortalecendo o debate sobre o uso qualificado de fontes oficiais de informação em saúde.

REFERÊNCIAS

- Agarwal, S., Glenton, C., Tamrat, T., Henschke, N., Maayan, N., Fønhus, M. S., & Lewin, S. (2021). Decision-support tools via mobile devices to improve quality of care in primary healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(7), Article CD012944. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012944.pub2>.
- Al-Hattami, H. M., & Almaqtari, F. A. (2023). What determines digital accounting systems' continuance intention? An empirical investigation in SMEs. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10, Article 814. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-02332-3>.
- Al-Jefri, M., Evans, R., Uchyigit, G., & Ghezzi, P. (2018). What is health information quality? Ethical dimension and perception by users. *Frontiers in Medicine*, 5, Article 260. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00260>.
- Alrubaian, M., Al-Qurishi, M., Alamri, A., Al-Rakhami, M., Hassan, M., & Fortino, G. (2019). Credibility in Online Social Networks: A Survey. *IEEE Access*, 7, 2828-2855. <https://doi.org/10.1109/access.2018.2886314>.
- Apetrei, C., Marx, P. A., Mellors, J. W., & Pandrea, I. (2022). The COVID misinfodemic: not new, never more lethal. *Trends in microbiology*, 30(10), 948–958. <https://doi.org/10.1016/j.tim.2022.07.004>.
- Araújo, C. A. Á. (2024). Dinâmicas da desinformação. *Páginas a&b: Arquivos e Bibliotecas*, 31–52. <https://doi.org/10.21747/21836671/pag2024a3>.
- Araújo, N. C. D., & Fachin, J. (2015). Evolução das fontes de informação. *Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação*, 29(1), 81–96. <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/5463>.
- Araujo, S. M., Sousa, P., & Dutra, I. (2020). Clinical decision support systems for pressure ulcer management: Systematic review. *JMIR Medical Informatics*, 8(10), Article e21621. <https://doi.org/10.2196/21621>.
- ARAÚJO, W. C. (2020). Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *ConCI: Convergências Em Ciência Da Informação*, 3(2), 100–134. <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>.
- Arazy, O., Kopak, R., & Hadar, I. (2017). Heuristic principles and differential judgments in the assessment of information quality. *Journal of the Association for Information Systems*, 18, Article 458. <https://doi.org/10.17705/1jais.00458>.

- Ballou, D. P., & Pazer, H. L. (1985). Modeling data and process quality in multi-input, multi-output information systems. *Management Science*, 31(2), 150–162. <https://doi.org/10.1287/mnsc.31.2.150>.
- Bhattacharjee, A. (2001) Understanding Information Systems Continuance: An Expectation-Confirmation Model. *MIS Quarterly*, 25, 351-370. <https://doi.org/10.2307/3250921>.
- Bertoli, J. M., Silva, E. R. da ., Casarejos, F., & Rufin, C. R.. (2025). A Perda de um Mundo Comum: Desinformação, Pós-Verdade e Instabilidade Democrática. *Organizações & Sociedade*, 32(111), ev32n0002EN. <https://doi.org/10.1590/1984-92302025v32n0002EN>.
- Blease, C., Kaptchuk, T. J., Bernstein, M. H., Mandl, K. D., Halamka, J. D., & DesRoches, C. M. (2019). Artificial intelligence and the future of primary care: Exploratory qualitative study of UK general practitioners' views. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), Article e12802. <https://doi.org/10.2196/12802>.
- Boon-itt, S. (2019). Quality of health websites and their influence on perceived usefulness, trust, and intention to use: An analysis from Thailand. *Journal of Innovation and Entrepreneurship*, 8, Article 4. <https://doi.org/10.1186/s13731-018-0100-9>.
- Borg, K., Boulet, M., Smith, L., & Bragge, P. (2018). Digital Inclusion & Health Communication: A Rapid Review of Literature. *Health Communication*, 34, 1320 - 1328. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1485077>.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R.. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (ribeirão Preto)*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>.
- Brasil. (2015). *Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). Iramuteq: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513–518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
- Campos, V. F. (1992). *TQC: Controle da qualidade total (no estilo japonês)*. Fundação Christiano Ottoni; Bloch.
- Cardoso, J. M., Araújo, K. M. de ., & Oliveira, R. A. D. de .. (2025). Informação e Comunicação na Ciência & Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(9), e12872025. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025309.12872025>.

Carlotto, I. N., & Dinis, M. A. P. (2018). Tecnologias da informação e comunicação (TICs) na promoção da saúde: Considerações bioéticas. *Saber & Educar*, 25, 1–10. <https://doi.org/10.17346/se.vol25.306>.

Cecilio, L. C. de O., Andreazza, R., Carapinheiro, G., Araújo, E. C., Oliveira, L. A. de ., Andrade, M. da G. G., Meneses, C. S., Pinto, N. R. da S., Reis, D. O., Santiago, S., Souza, A. L. M. de ., & Spedo, S. M.. (2012). A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2893–2902. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>.

Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). (2024, October 31). *Em duas décadas, proporção de lares urbanos brasileiros com Internet passou de 13% para 85%, aponta TIC Domicílios 2024*. <https://cetic.br/pt/noticia/em-duas-decadas-proporcao-de-lares-urbanos-brasileiros-com-internet-passou-de-13-para-85-aponta-tic-domicilios-2024/>.

Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). (2024, April 15). *Perto da universalização do acesso à Internet, Brasil ainda tem maioria da população com baixa conectividade significativa, revela novo estudo*. <https://www.cetic.br/pt/noticia/perto-da-universalizacao-do-acesso-a-internet-brasil-ainda-tem-maioria-da-populacao-com-baixa-conectividade-significativa-revela-novo-estudo/>.

Cetic.br. (2024). *TIC Domicílios 2024: Inclusão digital no Brasil*. Comitê Gestor da Internet no Brasil. <https://cetic.br/>

Cheng, C.-W., Wu, T.-X., Shang, H.-C., Li, Y.-P., Altman, D. G., Moher, D., & Bian, Z.-X. (2017). CONSORT extension for Chinese herbal medicine formulas 2017: Recommendations, explanation, and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 167(2), 112–121. <https://doi.org/10.7326/M16-2977>

Chen, Y., Li, C., Liang, J., & Tsai, C. (2018). *Health information obtained from the Internet and changes in medical decision making: Questionnaire development and cross-sectional survey*. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e47. <https://doi.org/10.2196/jmir.9370>

Correia, L. O. dos S., Padilha, B. M., & Vasconcelos, S. M. L.. (2014). Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4467–4478. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>.

Costa, A., & Faria, L. (2020). Construção e validação da Escala de Teorias Implícitas de Inteligência Emocional (TIEE) no contexto escolar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 54(1). <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.05>.

Costa, A. C. de O., Ferreira, B. H., Souza, M. do R., Costa Filho, A. M., & Souza, A. A. de .. (2022). Análise da qualidade da informação sobre óbitos por neoplasias no Brasil, entre 2009 e 2019.

Revista Brasileira De Epidemiologia, 25, e220022. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220022.2>

- Costa, A. S. H. da. (2021). *Escala de sugestionabilidade de Gudjonsson I (GSS-I) modificada com base no paradigma clássico da desinformação: Investigação com jovens adultos* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). <http://hdl.handle.net/10316/99285>
- Costa, B. R. L. (2018). Bola de neve virtual: O uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, 7(1). <https://doi.org/10.9771/23172428rigs.v7i1.24649>.
- De Lima, C., De Andrade Schramm, J., Coeli, C., & Silva, M. (2009). Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cadernos De Saude Publica*, 25, 2095-2109. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001000002>.
- De Moraes Barbosa, H., & Almeida, V. (2020). O direito da pessoa com deficiência à informação em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão de acessibilidade e inclusão. *Liinc em Revista*, 16. <https://doi.org/10.18617/liinc.v16i2.5452>.
- De Moraes, C., De Andrade, D., Sena, P., De Carvalho Segundo, W., & Amaro, B. (2024). Proposta de avaliação da acessibilidade em websites de comunicação científica. *Ciência da Informação*. <https://doi.org/10.18225/ci.inf.v53i.6810>.
- de Oliveira, S. V., & Limongi, J. E. (2020). Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde: Um método epidemiológico preliminar nas abordagens de comunicação em saúde. *Journal Health NPEPS*, 5(1), 14–19. <https://doi.org/10.30681/252610104530>.
- de Sousa, T. R., Gomes, B. S., Austríaco-Teixeira, P., de Abreu, A. B., dos Santos, A. P., de Souza, E. G. J., da Silva, M. F., Cardoso, C. D. F., & Barbosa, A. P. (2025). Os desafios da vacinação no Brasil: Fake news e hesitação vacinal. *Revista de Geopolítica*, 16(5), e888. <https://doi.org/10.56238/revgeov16n5-096>.
- de Souza, A. D., de Oliveira, C. M., Farinelli, F., Felipe, E. R., da Silva, E. B. F., & de Mattos, S. S. (2022). A tipologia das fontes de informação em saúde: suporte à tomada de decisão. *Asklepion: Informação em Saúde*. 2. 51-74. [10.21728/asklepion.2022v2n1.p51-74](https://doi.org/10.21728/asklepion.2022v2n1.p51-74).
- Del Giglio, A., Abdala, B., Ogawa, C., Amado, D., Carter, D., Gomieiro, F., Salama, F., Shiroma, M., & del Giglio, A.. (2012). Qualidade da informação da internet disponível para pacientes em páginas em português. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 58(6), 645–649. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600007>.
- Delgado, C. E., Silva, E. A., Castro, E. A. B. de., Carbogim, F. da C., Püschel, V. A. de A., & Cavalcante, R. B.. (2021). COVID-19 infodemic and adult and elderly mental health: a scoping review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 55, e20210170. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0170>

- DeLone, W. H., & McLean, E. R. (1992). Information systems success: The quest for the dependent variable. *Information Systems Research*, 3(1), 60–95.
<http://dx.doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748>
- DeLone, W. H., & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4), 9–30.
<https://doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748>
- Do Nascimento, I. J. B., Pizarro, A. B., Almeida, J. M., Azzopardi-Muscat, N., Gonçalves, M. A., Björklund, M., & Novillo-Ortiz, D. (2022). Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(9), 544.
[10.2471/BLT.21.287654](https://doi.org/10.2471/BLT.21.287654)
- Dobbins Paes da Rosa, C., Mathias, D., & Rovai, R. L. (2015). Sistemas de informação na área da saúde: A informação clínica como instrumento de trabalho para os profissionais de saúde. *Polêm!ca*, 15(2), 35–50. <https://doi.org/10.12957/polemica.2015.17839>.
- dos Santos Leite, M., & de Araujo, N. C. (2025). Avaliação da qualidade das fontes de informação em saúde: estudo comparativo entre as cartas de serviços de dois hospitais universitários. *Seminário Internacional de Informação, Tecnologia e Inovação*, 7, e265. <https://observinter.al.org.br/index.php/siti/article/view/265>.
- Dretske, Fred. *Epistemology and information*. In: ADRIAANS, Pieter; VAN BENTHEM, Johan (org.). *Philosophy of information*. Amsterdam: North-Holland, 2008. p. 29–47. (Handbook of the Philosophy of Science). DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-51726-5.50007-8>.
- Duarte, A., Vieira, P. R., & Silva, A. (2020). Portal universitário: Validação de modelo de satisfação de usuário com utilização de modelagem de equações estruturais. *Revista Capital Científico – Eletrônica*, 18(1), 117–137. <https://doi.org/10.5935/2177-4153.20200007>.
- Dubale, A. T., Mengestie, N. D., Tilahun, B., & Walle, A. D. (2023). User satisfaction of using electronic medical record system and its associated factors among healthcare professionals in Ethiopia: A cross-sectional study. *BioMed Research International*, 2023, Article 4148211.
<https://doi.org/10.1155/2023/4148211>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Erku, D., & et al. (2023). Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23, Article 893. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09917-3>
- Eppler, M. (2006). *Managing information quality: Information quality problems and current approaches* (2nd ed.). Springer Science & Business Media.
- Eppler, M. J., Algesheimer, R., & Dimpfel, M. (2003). Quality criteria of content-driven websites and their influence on customer satisfaction and loyalty: An empirical test of an information quality framework. In *Proceedings of the MIT International Conference on Information Quality (ICIQ)* (pp. 108–120).

- Fadahunsi, K., O'Connor, S., Akinlua, J., Wark, P., Gallagher, J., Carroll, C., Car, J., Majeed, A., & O'Donoghue, J. (2021). Information Quality Frameworks for Digital Health Technologies: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23. <https://doi.org/10.2196/23479>.
- Fallis, D. (2015). What is disinformation? *Library Trends*, 63(3), 401–426. <https://doi.org/10.1353/lib.2015.0014>.
- Farias, L. A. B. G., Pessoa Colares, M., de Almeida Barreto, F. K. ., & Pamplona de Góes Cavalcanti, L. (2020). O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 15(42), 2455. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455).
- Fernandes, C. M., & Montuori, C. (2020). A rede de desinformação e a saúde em risco: Uma análise das fake news contidas em “As 10 razões pelas quais você não deve vacinar seu filho”. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 14(2). <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1975>.
- Field, A. (2021). *Descobrendo a estatística usando o SPSS* (L. Viali, Trad.; 5ª ed.). Penso.
- Flanagin, A. J., Winter, S., & Metzger, M. J. (2018). Making sense of credibility in complex information environments: The role of message sidedness, information source, and thinking styles in credibility evaluation online. *Information, Communication & Society*, 22(2), 200–218. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2018.1547411>
- Fonseca, Roberta. (2019). O perfil do Agente Comunitário de Saúde e sua feminização. *Enfermagem Brasil*, 18(3). <https://doi.org/10.33233/eb.v18i3.2723>.
- Fox, J., & Carvalho, M. S. (2012). The RcmdrPlugin.survival Package: Extending the R Commander Interface to Survival Analysis. *Journal of Statistical Software*, 49(7), 1–32. <https://doi.org/10.18637/jss.v049.i07>.
- García, A. L., & Pérez, P. B. (2024). Revisión sistemática de los instrumentos de evaluación de la calidad de atención primaria utilizados en los últimos 10 años. *Atención Primaria*, 56(9), Article 103046. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103046>
- Ge, M., & Helfert, M. (2007). A review of information quality research: Develop a research agenda. *Proceedings of the 2007 International Conference on Information Quality (ICIQ 2007)*, 76–91.
- Ghalavand, H., Shirshahi, S., Rahimi, A., Zarrinabadi, Z., & Amani, F. (2024). Common data quality elements for health information systems: a systematic review. *BMC medical informatics and decision making*, 24(1), 243. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02644-7>
- Gonçalves, B. A., Matos, C. C. de S. A., Ferreira, J. V. dos S., Itagyba, R. F., Moço, V. R., & Couto, M. T.. (2023). Hesitação vacinal contra a COVID-19 na América Latina e África: uma revisão

de escopo. *Cadernos De Saúde Pública*, 39(8), e00041423. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT041423>.

Goodhue, D. L. (1995). Understanding user evaluations of information systems. *Management Science*, 41(12), 1827–1844. <https://doi.org/10.1287/mnsc.41.12.1827>.

Gozzi, N., Comini, N., & Perra, N. (2024). Bridging the digital divide: Mapping Internet connectivity evolution, inequalities, and resilience in six Brazilian cities. *EPJ Data Science*, 13, Article 508. <https://doi.org/10.1140/epjds/s13688-024-00508-8>.

Grabińska, T. (2021). Towards informational safety: quality of information and uncertainties of fact machining. *SJMULF*, 200(2), 236-244. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.9779>.

Grimes, D., & Gorski, D. (2025). Quantifying Public Engagement With Science and Malinformation on COVID-19 Vaccines: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27. <https://doi.org/10.2196/64679>.

Haider, J., & Sundin, O. (2020). Information literacy challenges in digital culture: conflicting engagements of trust and doubt. *Information, Communication & Society*, 25, 1176 - 1191. <https://doi.org/10.1080/1369118x.2020.1851389>.

Hair, J. F., Sarstedt, M., Ringle, C. M., & Gudergan, S. P. (2017). *Advanced issues in partial least squares structural equation modeling*. SAGE Publications.

Hazarika, I. (2020). Artificial intelligence: Opportunities and implications for the health workforce. *International Health*, 12(4), 241–245. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa007>

Hopstaken, J. S., Verweij, L., van Laarhoven, C. J., Blijlevens, N. M., Stommel, M. W., & Hermens, R. P. (2021). Effect of digital care platforms on quality of care for oncological patients and barriers and facilitators for their implementation: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(9), Article e28869. <https://doi.org/10.2196/28869>

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (Orgs.). (2015). *Psicometria*. Artmed.

Huusko, J., Kinnunen, U. M., & Saranto, K. (2023). Medical device regulation (MDR) in health technology enterprises: Perspectives of managers and regulatory professionals. *BMC Health Services Research*, 23, Article 310. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09316-8>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2018). *ODS – Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável: Agenda 2030*. https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433

Jarke, M., & Vassiliou, Y. (1997). Data warehouse quality: A review of the DWQ project. *Proceedings of the Conference on Information Quality*, Cambridge, MA, 299–313.

- Kang, J.-W., & Namkung, Y. (2018). The information quality and source credibility matter in customers' evaluation toward food O2O commerce. *International Journal of Hospitality Management*, 78, 189–198. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2018.10.011>
- Keeton, K., Mehra, P., & Wilkes, J. (2010). Do you know your IQ? A research agenda for information quality in systems. *ACM SIGMETRICS Performance Evaluation Review*, 37(3), 26–31. <https://doi.org/10.1145/1710115.1710121>.
- Khan, I., Loh, J., Saleh, A., Quazi, A., & Talukder, M. (2021). Effect of barrier-related factors on perceived usefulness and ease of use of social media applications in the Australian healthcare sector. *Australasian Journal of Information Systems*, 25, Article 2625. <https://doi.org/10.3127/ajis.v25i0.2625>
- Kilkenny, M., & Robinson, K. (2018). Data quality: “Garbage in – garbage out”. *Health Information Management Journal*, 47, 103 - 105. <https://doi.org/10.1177/1833358318774357>.
- Kim, S. S., & Malhotra, N. K. (2005). A longitudinal model of continued IS use: An integrative view of four mechanisms underlying post-adoption phenomena. *Management Science*, 51(5), 741–755. <https://doi.org/10.1287/mnsc.1040.0326>.
- Kisa, S., & Kisa, A. (2024). A Comprehensive Analysis of COVID-19 Misinformation, Public Health Impacts, and Communication Strategies: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 26. <https://doi.org/10.2196/56931>.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). New York, NY: *The Guilford Press*.
- Lee, Y. W., Strong, D. M., Kahn, B. K., & Wang, R. Y. (2002). AIMQ: A methodology for information quality assessment. *Information & Management*, 40(2), 133–146. [https://doi.org/10.1016/S0378-7206\(02\)00043-5](https://doi.org/10.1016/S0378-7206(02)00043-5)
- Li, J. (2024). Promoting HPV vaccination: Effectiveness of mobile short videos for shaping attitudes and influencing behaviors. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11, Article 1092. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03644-8>.
- Lim, S., Cortina, L. M., & Magley, V. J. (2008). Personal and workgroup incivility: Impact on work and health outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 95–107. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.95>.
- Lima, C. R. M. D., Sánchez-Tarragó, N., Moraes, D., Grings, L., & Maia, M. R. (2020). Emergência de saúde pública global por pandemia de COVID-19: desinformação, assimetria de informações e validação discursiva. (2020). Em *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.410>.

- Limayem, M., Hirt, S. G., & Cheung, C. M. K. (2007). How Habit Limits the Predictive Power of Intention: The Case of Information Systems Continuance. *MIS Quarterly*, 31(4), 705–737. <https://doi.org/10.2307/25148817>.
- Lisboa, S., & Benetti, M. (2017). Credibilidade no jornalismo: Uma nova abordagem. *Estudos em Jornalismo e Mídia*, 14(1), 51–62. <https://doi.org/10.5007/1984-6924.2017v14n1p51>.
- Liu, J., Zhang, Y., & Kim, Y. (2023). Consumer Health Information Quality, Credibility, and Trust: An Analysis of Definitions, Measures, and Conceptual Dimensions. *Proceedings of the 2023 Conference on Human Information Interaction and Retrieval*. <https://doi.org/10.1145/3576840.3578331>.
- Machado, B. C., Pinto, L. C., & Custódio, P. R. (2021). O papel da atenção primária à saúde na pandemia da Covid-19 / The role of primary health care in the Covid-19 pandemic. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 25039–25049. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-114>.
- Machado, J., Martins, M., & Da Costa Leite, I. (2016). Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 19, 567-581. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030008>.
- Madnick, S., Wang, R. Y., Lee, Y. W., & Zhu, H. (2009). Overview and framework for data and information quality research. *Journal of Data and Information Quality*, 1(1), Article 2. <https://doi.org/10.1145/1515693.1516680>.
- Mai, J.-E. (2013). The quality and qualities of information. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 64(4), 675–688. <https://doi.org/10.1002/asi.22783>.
- Malungana, L., & Motsi, L. (2022). Adoption for the implementation of smart card technology in public healthcare. *The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa*, 18(1), Article 1261. <https://doi.org/10.4102/td.v18i1.1261>.
- Malungana, Lario, & Motsi, Lovemore. (2024). An investigation of healthcare professionals' intention to use Smart Card Technology. *South African Journal of Information Management*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.4102/sajim.v26i1.1663>
- Marconcin, P., Werneck, A. O., Peralta, M., Ihle, A., Gouveia, É. R., Ferrari, G., Sarmiento, H., & Marques, A. (2022). The association between physical activity and mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC public health*, 22(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12590-6>.
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8ª ed.). Atlas.
- Marin, H. de F. (2010). Sistemas de informação em saúde: Considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1), 20–24. <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>.

- Mashoufi, M., Ayatollahi, H., Khorasani-Zavareh, D., & Boni, T. (2022). Data Quality in Health Care: Main Concepts and Assessment Methodologies. *Methods of Information in Medicine*, 62, 005 - 018. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1761500>.
- Mendonça, A. P. B., & Neto, A. P. (2015). Critérios de avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: uma proposta. *RECIIS*, 9(1). <https://doi.org/10.29397/reciis.v9i1.930>.
- Mendonça, A. V. M., & de Sousa, M. F. (2025). Desafios contemporâneos para a Saúde Digital: letramento, educação midiática e prevenção à desinformação. *Revista panamericana de salud publica*, 49, e14. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.14>
- Metzger, M., & Flanagin, A. (2013). Credibility and trust of information in online environments: The use of cognitive heuristics. *Journal of Pragmatics*, 59, 210-220. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2013.07.012>.
- Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. (2026). *Interoperabilidade*. Governo Digital. <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/IND/interoperabilidade>
- Ministério da Saúde (Brasil). (n.d.). *Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)*. Recuperado em 25 de janeiro de 2026, de <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>
- Ministério da Saúde. (2025). *Ministério da Saúde esclarece como será o novo índice de equidade para classificar os municípios*. <https://www.gov.br/saude>.
- Ministério da Saúde. (2025). *Saiba mais sobre a Atenção Primária à Saúde (APS)*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>.
- Ministério da Saúde. (2026). *Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)*. Governo Federal do Brasil. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>.
- Morley, J., Machado, C. C. V., Burr, C., Cows, J., Joshi, I., Taddeo, M., & Floridi, L. (2020). The ethics of AI in health care: A mapping review. *Social Science & Medicine*, 260, Article 113172. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113172>
- Morrow, E., Zidaru, T., Ross, F., Mason, C., Patel, K. D., Ream, M., & Stockley, R. (2023). Artificial intelligence technologies and compassion in healthcare: A systematic scoping review. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 971044. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.971044>.
- Nações Unidas Brasil (ONU). (2026). *Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e bem-estar*. <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>
- Nifakos, S., Chandramouli, K., Nikolaou, C. K., Papachristou, P., Koch, S., Panaousis, E., & Bonacina, S. (2021). Influence of human factors on cybersecurity within healthcare

organisations: A systematic review. *Sensors*, 21(15), Article 5119.
<https://doi.org/10.3390/s21155119>

- Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.br). (2023). *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2022 = Survey on the use of information and communication technologies in Brazilian healthcare facilities: ICT in Health 2022* [Livro eletrônico]. Comitê Gestor da Internet no Brasil. <https://cetic.br/>
- Nunes, D., & Faro, A. (2022). Estrutura Fatorial, Análise de Invariância e Distribuição Social do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) [Factor structure, invariance analysis and social distribution of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 62(1), 37–49. <https://doi.org/10.21865/RIDEP62.1.04>.
- O’Cathain, A., Foster, A., Carroll, C., Preston, L., Ogden, M., Clowes, M., & *et al.* (2022). Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for minor health problems: A systematic review. *Health and Social Care Delivery Research*, 10(38). <https://doi.org/10.3310/IVQJ9044>
- Oleto, Ronaldo. (2006). Percepção da qualidade da informação. *Ciência da Informação*. 35. 10.1590/S0100-19652006000100007.
- Oliveira, J. C. de, & da Costa Ceballos, A. G. (2022). A feminilização da força de trabalho em uma unidade de saúde da rede municipal do Recife. *Research, Society and Development*, 11(10), e219111032645-e219111032645.
- Pasquali, L. (2017). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Vozes.
- Pasquim, H., Oliveira, M., & Soares, C. B.. (2020). Fake news sobre drogas: pós-verdade e desinformação. *Saúde E Sociedade*, 29(2), e190342. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190342>.
- Pereira Neto, A., Ferreira, E. de C., Domingos, R. L. A. M. T., Barbosa, L., Vilharba, B. L. de A., Dorneles, F. de S., Reis, V. S. dos ., Souza, Z. A. de ., & Graeff, S. V.-B.. (2022). Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news. *Saúde Em Debate*, 46(132), 30–46. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213202>.
- Peter, S. C., Whelan, J. P., Pfund, R. A., & Meyers, A. W. (2021). Can motivational messages engage individuals at-risk for gambling disorder in an online assessment? *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(1), 124–131. <https://doi.org/10.1037/adb0000591>.
- Petter, S., DeLone, W., & McLean, E. (2008). Measuring information systems success: Models, dimensions, measures, and interrelationships. *European Journal of Information Systems*, 17(3), 236–263. <https://doi.org/10.1057/ejis.2008.15>.

- Pinheiro, M. M. K., & Brito, V. P. (2014). Em busca do significado da desinformação. *DataGramaZero: Revista de Informação*, 15(6), 1–6. <https://cip.brapci.inf.br/download/45886>
- Platt, J. E., Jacobson, P. D., & Kardia, S. L. R. (2018). Public trust in health information sharing: A measure of system trust. *Health Services Research*, 53(2), 824–845. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12654>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2022, agosto 30). Desinformação. *PNUD América Latina e Caribe*. <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/desinformacion>
- Recuero, R. (2017). *Introdução à análise de redes sociais*. EDUFBA.
- Rhayha, R., & Alaoui Ismaili, A. (2024). Development and validation of an instrument to evaluate the perspective of using the electronic health record in a hospital setting. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24(1), Article 291. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02675-0>
- Romero, D. E., & Cunha, C. B. da .. (2007). Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cadernos De Saúde Pública*, 23(3), 701–714. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>.
- Sacramento, I., et al. (2024). *Guia para profissionais de saúde: Desinformação sobre saúde: Vamos enfrentar esse problema?* Ministério da Saúde/DECIT.
- Saldanha, D. M. F., Dias, C. N., & Guillaumon, S. (2022). Transparency and accountability in digital public services: Learning from the Brazilian cases. *Government Information Quarterly*, 39(2), 101680. <https://doi.org/10.1016/j.giq.2022.101680>.
- Saleem, S. M., & Jan, S. S. (2024). Navigating the infodemic: strategies and policies for promoting health literacy and effective communication. *Frontiers in public health*, 11, 1324330. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1324330>
- Santos, M. L. R., Paim, M. C., Soares, C. L. M., Santos, D. M., Sande, R. S., & Santos, G. R. de M.. (2021). Ações governamentais para enfrentamento da crise de desinformação durante a pandemia da Covid-19. *Saúde Em Debate*, 45(spe2), 187–204. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E213>.
- SANTOS, Roberta Ferreira. (2022). Disseminação seletiva da informação na área da saúde: um estudo comparativo entre três unidades de informação brasileira. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/17063>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- SANTOS, Solange Laurentino dos; CABRAL, Ana Catarina dos Santos Pereira; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. (2011). Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de

controle em uma comunidade urbana do Nordeste. *Ciencia & saude coletiva*, v. 16, p. 1319-1330.

Santos-d'Amorim, K., & Côrbo, D. de A. S.. (2024). O QUE OS ESTUDOS SOBRE DESINFORMAÇÃO NA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO BRASILEIRA TÊM A NOS DIZER?. *Perspectivas Em Ciência Da Informação*, 29, e-51376. <https://doi.org/10.1590/1981-5344/51376>.

Saracevic, Tefko. (1974). Tecnologia da informação, sistemas de informação e informação como utilidade pública. *Ciência da Informação*. 3.

Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D.. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-usf*, 15(3), 395-403. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300012>.

Serra, P. (2003). O princípio da credibilidade na seleção da informação mediática. *Animus. Revista Interamericana de Comunicação Midiática*, 2(1).

Siau, K., & Shen, Z. (2003). Building customer trust in mobile commerce. *Communications of the ACM*, 46(4), 91-94. <https://doi.org/10.1145/641205.641211>

Simion, M. (2023). Knowledge and Disinformation. *Episteme*, 21, 1208 - 1219. <https://doi.org/10.1017/epi.2023.25>.

Stahl, B. C. (2006). On the difference or equality of information, misinformation, and disinformation: A critical research perspective. *Informing Science Journal*, 9, Article 473. <https://doi.org/10.28945/473>.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* (Fidelity Translations, Trad.). UNESCO; Ministério da Saúde. (Trabalho original publicado em 1998). 726 p. ISBN 85-87853-72-4.

Stawowy, M., Olchowik, W., Rosiński, A., & Dąbrowski, T. (2021). The Analysis and Modelling of the Quality of Information Acquired from Weather Station Sensors. *Remote Sensing*, 13(4), 693. <https://doi.org/10.3390/rs13040693>.

Sussman, S. W., & Siegal, W. S. (2003). Informational influence in organizations: An integrated approach to knowledge adoption. *Information Systems Research*, 14(1), 47-65. <https://doi.org/10.1287/isre.14.1.47.14767>.

Syed, R., Eden, R., Makasi, T., Chukwudi, I., Mamudu, A., Kamalpour, M., Geeganage, D., Sadeghianasl, S., Leemans, S., Goel, K., Andrews, R., Wynn, M., Ter Hofstede, A., & Myers, T. (2023). Digital Health Data Quality Issues: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/42615>.

- The Jamovi Project. (2021), Jamovi. In (Version Version 1.6) <https://www.jamovi.org>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). Using Multivariate Statistics (7th ed.). Pearson.
- Tabatabaei Far, S. S., & Ahmadi Marzaleh, M. (2025). Investigating the Long-term Effects of Misinformation, Disinformation, and Malinformation in the Health System. *Archives of Iranian medicine*, 28(8), 481–483. <https://doi.org/10.34172/aim.34286>.
- Tifferet, S. (2021). Verifying online information: Development and validation of a self-report scale. *Technology in Society*, 67, 101788. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2021.101788>.
- Tomasi, E., Nedel, F., & Barbosa, A. (2021). Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. *Aps Em Revista*. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>.
- Toren, O., Lipschuetz, M., Lehmann, A., Regev, G., & Arad, D. (2022). Improving patient safety in general hospitals using structured handoffs: Outcomes from a national project. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 777678. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777678>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2021). *Confronting health misinformation: The U.S. Surgeon General's advisory on building a healthy information environment*. U.S. Surgeon General. <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/health-misinformation/index.html>
- UNESCO. (2019). *Jornalismo, fake news & desinformação: Manual para educação e treinamento em jornalismo* (C. Ireton & J. Posetti, Eds.). Paris, França: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Representação da UNESCO no Brasil. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368647>
- Uscinski, J., Littrell, S., & Klofstad, C. (2024). The importance of epistemology for the study of misinformation. *Current Opinion in Psychology*, 57, 101789. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2024.101789>.
- Van Tilburg, M. L., Spin, I., Pisters, M. F., Staal, J. B., Ostelo, R. W., van der Velde, M., & Klock, C. J. (2024). Barriers and facilitators to the implementation of digital health services for people with musculoskeletal conditions in the primary health care setting: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 26, Article e49868. <https://doi.org/10.2196/49868>.
- Venkatesh, V., Thong, J. Y. L., & Xu, X. (2012). Consumer acceptance and use of information technology: Extending the unified theory of acceptance and use of technology. *MIS Quarterly*, 36(1), 157–178. <https://doi.org/10.2307/41410412>.
- Villar, V. C. F. L., Martins, M., & Rabello, E. T.. (2022). Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. *Saúde Em Debate*, 46(135), 1174–1186. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213516>

- Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359(6380), 1146–1151. <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>
- Walle, A. D., Demsash, A. W., Ferede, T. A., & Wubante, S. M. (2023). Healthcare professionals' satisfaction toward the use of district health information system and its associated factors in Southwest Ethiopia: Using the information system success model. *Frontiers in Digital Health*, 5, Article 1140933. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1140933>
- Wand, Y., & Wang, R. Y. (1996). Anchoring data quality dimensions in ontological foundations. *Communications of the ACM*, 39(11), 86–95. <https://doi.org/10.1145/240455.240479>
- Wang, R. Y., & Strong, D. M. (1996). Beyond accuracy: What data quality means to data consumers. *Journal of Management Information Systems*, 12(4), 5–34. <https://doi.org/10.1080/07421222.1996.11518099>.
- Wardle, C., & Derakhshan, H. (2017). Information Disorder: Toward an Interdisciplinary Framework for Research and Policymaking. Council of Europe. <https://rm.coe.int/information-disorder-report-november-2017/1680764666>
- Wathen, C., & Burkell, J. (2002). Believe it or not: Factors influencing credibility on the Web. *J. Assoc. Inf. Sci. Technol.*, 53, 134–144. <https://doi.org/10.1002/asi.10016>.
- Welchen, V., Matte, J., Giacomello, C. P., Dalle Molle, F., & Camargo, M. E. (2022). Usability perception of the health information systems in Brazil: The view of hospital health professionals on the electronic health record. *RAUSP Management Journal*, 57(3), 264–279. <https://doi.org/10.1108/RAUSP-02-2021-0023>
- Wells, S., Mahony, F., Lee, A., McLachlan, A., Dean, J., Clarke, J., & Bycroft, J. (2024). Preferred format and strategies for seeking and trusting online health information: A survey of cardiology outpatient attendees across three New Zealand hospitals. *Journal of Primary Health Care*. <https://doi.org/10.1071/HC23143>
- Wickramasekera, N., Taylor, S. K., Lumley, E., Gray, T., Wilson, E., & Radley, S. (2023). Can electronic assessment tools improve the process of shared decision-making? A systematic review. *Health Information Management Journal*, 52(2), 72–86. <https://doi.org/10.1177/1833358320954385>
- Wiedermann, C. J., Barbieri, V., Lombardo, S., Gärtner, T., Rina, P., Eisendle, K., Piccoliori, G., Engl, A., & Ausserhofer, D. (2025). Health Information Use and Trust: The Role of Health Literacy and Patient Activation in a Multilingual European Region. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(4), 570. <https://doi.org/10.3390/ijerph22040570>.
- Wosny, M., Strasser, L. M., & Hastings, J. (2023). Experience of health care professionals using digital tools in the hospital: Qualitative systematic review. *JMIR Human Factors*, 10(1), Article e50357. <https://doi.org/10.2196/50357>

- Yuan, S., Liu, M., Peng, Y., Hu, J., Li, B., Ding, X., & Xie, L. (2024). “Internet+ nursing service” mobile apps in China app stores: Functionality and quality assessment study. *JMIR mHealth and uHealth*, 12(1), Article e52169. <https://doi.org/10.2196/52169>
- Zhang, Q., Zhang, R., Lu, X., & *et al.* (2023). What drives the adoption of online health communities? An empirical study from a patient-centric perspective. *BMC Health Services Research*, 23, Article 524. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09469-6>
- Zhang, X., & Saltman, R. (2022). Impact of electronic health record interoperability on telehealth service outcomes. *JMIR Medical Informatics*, 10(1), Article e31837. <https://doi.org/10.2196/31837>
- Zmud, R. W. (1978). An empirical investigation of the dimensionality of the concept of information. *Decision Sciences*, 9(2), 187–195. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1978.tb01378.x>.

APÊNDICES

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o/a Senhor/a a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“Rompendo as barreiras da Desinformação: a Ciência Cidadã como aliada na Educação, Informação, Comunicação e na Tradução do Conhecimento à Promoção da Saúde”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça. O projeto propõe-se a investigar *a disseminação de informações sobre saúde tornou-se crucial para a compreensão e adequado enfrentamento de doenças. Junto com a crescente quantidade de conteúdo, associa-se grande volume de informações imprecisas, falsas ou enganosas, que contribuiu para a disseminação da desinformação em saúde.* Na saúde pública, a desinformação pode ter consequências graves, afetando a eficácia das medidas de prevenção e tratamento e a confiança da população nas autoridades de saúde. O objetivo desta pesquisa é analisar características da desinformação em saúde evidenciando possibilidades comunicacionais baseadas na qualidade da informação em saúde em apoio à tomada de decisões sobre os processos de cuidar da saúde-doença de situações agudas ou crônicas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), à prevenção da desinformação e seus reflexos na saúde.

O/a Senhor/a receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo/a. A sua participação será por meio de grupos de diálogo e/ou entrevistas individuais, que podem vir a ser gravadas em áudio e posteriormente transcritas, pode haver ainda registros fotográfico e/ou em vídeo, com tempo estimado para a realização de até 1 hora e 30 minutos.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente, as pessoas participantes podem vir a sentir-se constrangidas por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado. Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que o(a) participante está resguardado/a que suas informações pessoais/identidade não serão reveladas.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados. Portanto, há condições que se referem apenas a possíveis desencontros, remarcações de agendas, dificuldade no acesso físico aos grupos estratégicos ou de comunicação. Há possíveis formas de minimizar esses riscos como agendar as entrevistas nos dias e horários que todos possam estar presentes e garantir a facilidade na acessibilidade ao local da entrevista como acessos por rampas, elevadores e facilidade para estacionar.

Rubrica Participante

Quanto aos benefícios, cabe aos professores pesquisadores, a oportunidade de aproximar-se com as metodologias dialógicas e participativas num encontro intergeracional. Aos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), será permitido a tomada de decisão estratégica baseada em evidências quali/quantitativas, mediante o desenvolvimento do modelo metodológico proposto.

O/a Senhor/a pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o/a senhor/a. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o/a Senhor/a e/ou seu acompanhante, tiver (tiverem) relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Em caso de danos decorrentes da pesquisa o/a Senhor/a terá assistência adequada de forma gratuita, pelo tempo de for necessário sem sobrecarregar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o período pandêmico vivido recentemente no Brasil e no mundo, as entrevistas foram realizadas no formato online por meio de plataformas gratuitas como o *Google Meet* e *Teams*, sem colocar os pesquisadores e participantes em risco, ou presencial com os devidos cuidados necessários. O mesmo recurso pode vir a ser utilizado, se necessário.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o/a Senhor/a deverá buscar ser indenizado/a, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

A pesquisa é de âmbito nacional e será realizada nas cinco regiões do Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato com o Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde - ECoS em horário comercial, ou ainda com a Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça, na Universidade de Brasília - UnB, pelo telefone (61) 3107-1947 ou (61) 98147-4040, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail (valeriamendonca@unb.br). Informamos que o contato com o pesquisador pode ser feito a qualquer hora.

Quanto à possibilidade e indenização ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. A garantia de indenização está prevista também no Artigo 186 do Código Civil e não é dependente de avaliação da fonte financiadora da pesquisa.

Rubrica Participante

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, outras informações podem ser conferidas no site <https://fs.unb.br/comite-de-etica-cep-fs/sobre-cep>. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do/a Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do/a Pesquisador/a Responsável

_____, ____ de _____ de _____.

Apêndice B – QUESTIONÁRIO

Instrumento de Pesquisa

Bloco A - Perfil

1. Vamos começar perguntando se você atua na Atenção Primária a Saúde?

(1) Sim

(2) Não (encerra o formulário)

2. Você utiliza algum e-mail para se comunicar? Pode informar qual é seu e-mail?

E-mail para contato: (Deixe em branco esta entrada e marque a opção "Não tenho / não uso e-mail" abaixo, caso não use e-mail.). Informe que o e-mail informado será utilizado para o envio de lembretes

E- mail:

Não tenho / Não uso e-mail

Não quero informar

3. Qual é a sua idade? _____

4. Qual estado você mora?

● Ao escolher o Estado, encaminhar para o município.

Acre (AC)

Alagoas (AL)

Amapá (AP)

Amazonas (AM)

Bahia (BA)

Ceara (CE)

Distrito Federal (DF)

Espírito Santo (ES)

Goiás (GO)

Maranhão (MA)

Mato Grosso (MT)

Mato Grosso do Sul (MS)

Minas Gerais (MG)

Para (PA)

Paraíba (PB)

Paraná (PR)

Pernambuco (PE)

Piauí (PI)

Rio de Janeiro (RJ)

Rio Grande do Norte (RN)

Rio Grande do Sul (RS)

Rondônia (RO)

Roraima (RR)

Santa Catarina (SC)

São Paulo (SP)

Sergipe (SE)

Tocantins (TO)

5. Como você se reconhece quanto a sua cor, raça ou etnia?

(1) branco

(2) preto

(3) pardo

(4) amarelo

(5) indígena

6. Com qual gênero você se identifica?

(1) Mulher

(2) Mulher Trans

(3) Homem

(4) Homem Trans

(5) Travesti

(6) Não Binário

(7) Outros Citar: _____

7. Você estudou até que série?

Importante você pedir para que o respondente indique até que ano estudou ou quanto tempo estudou para que o entrevistador encontre no formulário a melhor opção de resposta (estão abaixo as alternativas)

ensino fundamental incompleto

ensino fundamental completo

ensino médio incompleto

ensino médio completo

curso técnico e profissionalizante incompleto

curso técnico e profissionalizante completo

ensino superior incompleto

ensino superior completo

pós-graduação - especialização

pós-graduação - mestrado

pós-graduação - doutorado

8. Em qual categoria profissional você atua na APS?

(1) Agente de Combate as Endemias

(2) Agente Comunitário de Saúde

(3) Médico

(4) Enfermeiro

(5) Técnico de Enfermagem

(6) Odontólogo

(7) Nutricionista

(8) Farmacêutico

(9) Psicólogo

(10) Sanitarista

(11) Técnico em Saúde Bucal

(12) Auxiliar em Saúde Bucal

(13) Outra. Citar: _____

9. Tempo de atuação profissional? Registre o tempo de atuação em anos completos (2 dígitos)

10. Qual equipe você está vinculado na Atenção Primária a Saúde (APS)?

(1) Equipe de Saúde da Família (eSF)

(2) Equipe de Atenção Primária (eAP) 20h

(3) Equipe de Atenção Primária (eAP) 30h

(4) Equipe de Saúde Bucal (eSB)

(5) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

(6) Equipe de Consultório na Rua (eCR)

- (7) Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)
- (8) Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família (Emulti)
- (9) Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI)
- (10) Polo Base Tipo II Saúde Indígena
- (11) Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF)
- (12) Equipe Multiprofissional na Atenção Primária a Saúde (eMulti)

Bloco F - Escala de avaliação das Fontes oficiais de informação em saúde e da Qualidade da Informação contida nessas fontes

20. Quais são as fontes oficiais que você consulta quando busca informações sobre saúde?

20.a Ministério da Saúde

20.b Secretarias de Saúde,

20.c Órgãos, institutos ou fundações ligadas a saúde

20.d. Outros. Citar _____.

21. Avalie sua satisfação com as fontes de informações oficiais em saúde consultadas por você:

Responda utilizando a escala: 1 Discordo fortemente; 2 Discordo parcialmente; 3 Indiferente; 4 Concordo parcialmente; 5 Concordo fortemente

21a. Estou satisfeito(a) com a utilização das fontes oficiais de informação em saúde que consulto.

21b. As fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto atendem as minhas expectativas.

21c. Eu tenho tido uma experiência positiva ao utilizar as fontes oficiais de informação em saúde que eu consulto.

22. Avalie a Qualidade da Informação (QI) obtida nessas fontes de informações oficiais em saúde consultadas por você:

Responda utilizando a escala: 1 Discordo fortemente; 2 Discordo parcialmente; 3 Indiferente; 4 Concordo parcialmente; 5 Concordo fortemente

22a. Conteúdo da Informação é verdadeiro.

22b. Conteúdo da Informação tem credibilidade.

22c. Conteúdo da Informação é recuperável.

22d. Conteúdo da Informação é confiável.

22e. A Informação é acessível.

22f. A Informação é facilmente obtida.

22g. A Informação rapidamente acessível quando necessário.

22h. É fácil interpretar o que as informações significam.

22i. É difícil interpretar as informações porque são complexas. (Reversa)

23. Avalie sua satisfação com a Qualidade da Informação obtida por você nas fontes oficiais em saúde:

Responda utilizando a escala: 1 Discordo fortemente; 2 Discordo parcialmente; 3 Indiferente; 4 Concordo parcialmente; 5 Concordo fortemente

23a. Estou satisfeito(a) com a Qualidade da Informação obtida nas fontes oficiais de informação em saúde que consulto.

23b. A Qualidade da Informação em saúde que eu acesso atende as minhas expectativas.

23c. Eu tenho tido uma experiência positiva com a qualidade das informações em saúde que eu obtenho ou consulto.

24. Manifeste nas opções a seguir quanto você estaria disposto a continuar utilizando, as informações obtidas nas fontes oficiais que você assinalou, considerando-se a Qualidade da Informação dessas fontes:

Responda utilizando a escala: 1 Discordo fortemente; 2 Discordo parcialmente; 3 Indiferente; 4 Concordo parcialmente; 5 Concordo fortemente

24a. Pretendo continuar utilizando, no futuro, as informações em saúde que eu consulto nas fontes oficiais.

24b. Em minha vida diária, sempre tentarei utilizar as informações em saúde obtidas nas fontes oficiais.

24c. Pretendo continuar utilizando com frequência as informações que obtenho em fontes oficiais.