



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**Cibercondria: Possível relação com a Literacia Digital em Saúde e
Doença Crónica?**

Margarida Pamplona de Meireles Pacheco Evangelho

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coorientadora de Dissertação:

MESTRE FILIPA PANCADA-FONSECA

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

2024

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Um enorme agradecimento à minha orientadora Prof. Doutora Filipa Pimenta, que desde o primeiro dia me aceitou, motivou e transformou todo o meu percurso e presente trabalho, fazendo-me ir mais além. Obrigada por toda a disponibilidade e energia que ofereceu, orientações que disponibilizou e espírito de equipa que criou.

Um grande obrigada à minha coorientadora Mestre Filipa Pancada-Fonseca pela escuta, apoio, disponibilidade e toda a partilha de conhecimentos, mas sobretudo por me acolher no seu projeto *WWWme*, que conduziu o desenvolvimento do presente estudo.

Não posso deixar de agradecer aos professores do ISPA que me possibilitaram uma melhor educação e formação, não só como profissional mas também como pessoa.

Um agradecimento fundamental à minha família, mãe, pai, irmão e avó, que sempre me incentivaram a construir e seguir o meu caminho e fomentaram todo o meu percurso académico.

Igualmente, não posso deixar de agradecer às minhas amigas e amigos, que me ouviram, apoiaram e ajudaram sempre que precisei.

Finalmente, obrigada a todos os participantes que se disponibilizaram para a presente investigação.

Resumo

Introdução: A cibercondria caracteriza-se por um padrão comportamental de pesquisas online de informações sobre saúde, de caracter repetitivo e excessivo, que escalam um estado de sofrimento e ansiedade no indivíduo. A literacia digital em saúde é a capacidade de compreender e avaliar informações sobre saúde em plataformas online. Este estudo tem por objetivo investigar a possibilidade de uma relação entre estes construtos, analisar se a doença crónica apresenta uma influência no grau de cibercondria e determinar a possível existência de diferenças no nível de literacia digital em saúde entre as amostras com doença crónica e sem doença crónica.

Método: O estudo incluiu uma amostra não probabilística de 302 participantes ($M_{idade}=33,51$; $SD_{idade}=10,78$), recolhida através da internet, dos quais 52,6% são do sexo feminino e 21,2% têm pelo menos uma doença crónica. Os participantes preencheram as escalas eLiteracia em Saúde, Cyberchondria Severity Scale Short-Form (CSS-12) e Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM); os dados referentes à doença crónica foram recolhidos a partir do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica.

Resultados: O modelo proposto apresentou um ajustamento aceitável ($GFI=,825$; $CFI=,886$; $TLI=,877$; $X^2/df=1,906$; $RMSEA=,055$). Os resultados concluíram que adultos com maior nível de literacia digital em saúde ($\beta=,241$; $p=,001$) e maior ansiedade ($\beta=,296$; $p=,001$) apresentavam maior cibercondria. A doença crónica não apresentou uma relação com a cibercondria ($\beta=,017$; $p=,771$). O nível de literacia digital em saúde concluiu-se marginalmente significativo entre as amostras com e sem doença crónica ($p=,071$).

Discussão: Apesar da literacia digital em saúde ser considerada um fator protetor à saúde, uma correlação positiva entre esta e a cibercondria revela que um nível elevado de literacia contribui para o comportamento compulsivo de pesquisas online sobre saúde. Recomenda-se a promoção de uma melhor educação no uso das tecnologias, uma consciencialização sobre a cibercondria e medidas que reduzam a ansiedade relacionada com a saúde. Futuras investigações sobre o construto da cibercondria serão cruciais para um melhor entendimento do mesmo, bem como dos seus fatores de risco e consequências para a saúde dos indivíduos.

Palavras-chave: Cibercondria; e-Literacia em Saúde; Literacia em Saúde; Doença Crónica

Abstract

Introduction: Cyberchondria is characterised by a behavioural pattern of repetitive and excessive online searches for health information, which escalate a state of suffering and anxiety in the individual. Digital health literacy is the ability to understand and evaluate health information on online platforms. This study aims to investigate the possibility of a relationship between these constructs, analyse whether chronic disease has an influence on the degree of cyberchondria and determine the possible existence of differences in the level of digital health literacy between the samples with chronic disease and without chronic disease.

Method: The study included a non-probabilistic sample of 302 participants ($M_{\text{age}}=33.51$; $SD_{\text{age}}=10.78$), collected via internet, of whom 52.6% were female and 21.2% had at least one chronic disease. Participants completed the eHealth Literacy Scale, Cyberchondria Severity Scale Short-Form (CSS-12) and Clinical Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM); data regarding chronic disease was collected from the sociodemographic and clinical characterisation questionnaire.

Results: The proposed model showed an acceptable fit ($GFI=.825$; $CFI=.886$; $TLI=.877$; $X^2/df=1.906$; $RMSEA=.055$). The results concluded that adults with higher digital health literacy ($\beta=.241$; $p=.001$) and higher anxiety ($\beta=.296$; $p=.001$) presented higher cyberchondria. Chronic disease was not related to cyberchondria ($\beta=.017$; $p=.771$). The level of digital health literacy was marginally significant between the samples with and without chronic disease ($p=.071$).

Discussion: Although digital health literacy is considered a protective factor for health, a positive correlation between it and cyberchondria reveals that a high level of literacy contributes to compulsive online health search behaviour. It is recommended to promote better education in the use of technology, raise awareness about cyberchondria and adopt measures to reduce health-related anxiety. Future research into the cyberchondria construct will be crucial for a better understanding of it, as well as its risk factors and consequences for individuals health.

Key-words: Cyberchondria; e-Health Literacy; Health Literacy; Chronic Disease

Índice

Introdução.....	1
Objetivo.....	4
Método.....	4
Delineamento da Investigação.....	4
Participantes.....	4
Instrumentos.....	6
<i>Escala de e-Literacia em Saúde</i>	6
<i>Short-form version of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12)</i>	6
<i>Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)</i>	7
Procedimento.....	7
Resultados.....	9
Análise Descritiva das Variáveis em Estudo.....	9
Propriedades Psicométricas da Escala <i>e-Literacia em Saúde</i>	12
Fiabilidade.....	12
Sensibilidade.....	12
Validade.....	14
Propriedades Psicométricas da Escala <i>CSS-12</i>	15
Fiabilidade.....	15
Sensibilidade.....	15
Validade.....	17
Propriedades Psicométricas da Escala <i>CORE-OM</i>	19
Fiabilidade.....	19

Sensibilidade.....	19
Validade.....	22
Modelo de Equações Estruturais para testar a relação entre a Literacia Digital em Saúde, a Cibercondria e a Doença Crónica.....	25
Comparação Entre Grupos.....	27
Discussão.....	28
Limitações e Estudos Futuros.....	31
Referências.....	33
Anexos.....	41
Anexo A - Enquadramento Teórico.....	42
Anexo B - Consentimento Informado.....	53
Anexo C - Questionário Sociodemográfico e Questionário de Caracterização Clínica.....	54
Anexo D - Tradução do <i>Cyberchondria Severity Scale Short-Form (CSS-12)</i> ...	57
Anexo E - Instrumentos Psicométricos.....	58
Anexo F - Matriz de Componente Rotativa CORE-OM.....	64

Introdução

A *World Health Organization (WHO)* advertiu para o conceito de “infodemia”, a pandemia de informação pela qual a saúde é frequentemente ameaçada (World Health Organization, 2013). A internet tornou-se uma das principais fontes de informação sobre saúde, onde a comunicação e partilha de conteúdo é gerada através de plataformas online e redes sociais, que partilham informação a uma velocidade imediata. Apesar das marcadas vantagens do uso de plataformas online na saúde, são igualmente variadas as desvantagens, principalmente no caso de uma desprovida capacidade de literacia digital em saúde. Isto porque uma má compreensão da informação pode escalar sofrimento, nomeadamente ansiedade, incerteza e *distress*, não só pela grande quantidade de informações disponíveis como pelos frequentes diagnósticos catastróficos realizados pelo próprio utilizador. São diversas as consequências que refletem um baixo grau de literacia em saúde como um maior número de hospitalizações, maior dificuldade em assumir tomadas de decisão, pouca adesão aos tratamentos, pior autogestão da saúde, acesso insuficiente a cuidados de saúde, maior utilização dos serviços de emergência, baixa adoção de medidas preventivas e menor utilização e interação com a *e-saúde* (Heijmans et al. 2015; Miller, 2016; Kim & Xie, 2017).

Segundo Uslu-Sahan & Purtul (2023), a literacia digital em saúde refere-se à “capacidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar informações sobre saúde, a partir de fontes digitais, para identificar ou resolver um problema relacionado com a saúde” (p. 455). A literacia digital em saúde possui um papel mediador, fundamental na comunicação entre o paciente e os profissionais clínicos, na gestão da saúde, na prevenção e controlo de doenças, uma vez que possibilita ao indivíduo identificar sintomas e opções de tratamento (Uslu-Sahan & Purtul, 2023). O conceito de *e-saúde* originou-se pelo facto de os cuidados de saúde prestados à população se terem tornado cada vez mais apoiados pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs), incluindo assim uma comunicação eletrónica entre os profissionais/instituições de saúde e os utentes, registos médicos eletrónicos, registos pessoais de saúde, portais e aplicações para os pacientes, como também por programas de educação para a saúde (Kim & Xie, 2017). Assim sendo, entende-se que a adoção das TICs nos serviços de saúde passa a exigir dos indivíduos um maior empenho a nível dos autocuidados e da autogestão das doenças através da utilização dos meios digitais.

Apesar da e-literacia em saúde estar associada à utilização da tecnologia, alguns estudos têm concluído que a utilização frequente dos meios tecnológicos não equivale a bons níveis de literacia digital em saúde. Segundo afirmam Kim e Xie (2017), os indivíduos com elevados níveis de literacia digital em saúde mantêm uma fraca autoeficácia nas suas habilidades em encontrar informações sobre saúde, como também em compreender a qualidade da informação. Outros estudos (Gray et al., 2005; Ghaddar et al., 2012; Berle, 2013; McMullan et al., 2019) constataram que mesmo os indivíduos que utilizam frequentemente as tecnologias de informação, apresentam dificuldades no envolvimento, utilização e compreensão da *e-saúde*.

Pode definir-se a Cibercondria como um padrão de pesquisas online sobre informações de saúde, de carácter repetitivo e excessivo, que escala uma resposta de sofrimento na pessoa. A cibercondria tem cinco características prevaletentes: a excessividade (natureza repetitiva e crescente das pesquisas), o *distress* (estado emocional negativo e reações fisiológicas associadas às pesquisas), a compulsão (natureza indesejável de pesquisar informações de saúde na internet), a procura pela segurança (procura por aconselhamento médico após as pesquisas na internet) e a desconfiança (conflito sobre se se deve confiar no profissional de saúde ou nos resultados das pesquisas) (Bagarić & Jokić-Begić, 2019; McElroy et al., 2019). A pessoa que realiza pesquisas de forma excessiva tem tendência a sustentar-se em páginas que descrevam doenças raras, graves ou intrigantes, ao invés de em páginas que retratam descrições benignas dos sintomas (Bagarić & Jokić-Begić, 2019). Esta exposição a termos e explicações complexas sobre doenças leva a que os sujeitos estabeleçam autodiagnósticos e “autotratamentos”, levando a uma escalada de sofrimento e ansiedade relativa à saúde, ou seja, à cibercondria.

A pandemia da COVID-19 foi uma época fulcral para o entendimento (e desenvolvimento) da cibercondria (Jokic-Begic et al., 2020; Bagarić & Jokić-Begić, 2022), uma vez que as preocupações com a saúde, a ansiedade e os comportamentos de precaução se tornam mais frequentes e generalizados em períodos de epidemias e pandemias, gerando um impacto psicossocial significativo (Jungmann & Witthöft, 2020; Mestre-Bach & Potenza, 2023). Em consequência, a ansiedade e insegurança sentidas desencadeiam uma procura compulsiva por informações sobre saúde na internet e redes sociais, intensificando estas sensações e acentuando um ciclo vicioso de procura e sofrimento.

Alguns autores (Mathes et al., 2018; Bagarić e Jokić-Begić, 2019; Bagarić e Jokić-Begić, 2022; Starcevic, 2023) destacaram a ansiedade relacionada com a saúde, a sensibilidade à ansiedade, a intolerância face à incerteza e as metacognições (e.g., crenças, preocupação, proteção) como os fatores que explicam o porquê de por vezes as pesquisas levarem a um aumento da ansiedade e outras não. A ansiedade relacionada com a saúde refere-se à preocupação excessiva com a saúde, na ausência de qualquer patologia orgânica, e tem sido a mais significativa vulnerabilidade que desencadeia a cibercondria (Bagarić e Jokić-Begić, 2019). Sujeitos com níveis mais elevados de ansiedade relacionada com a saúde fazem mais pesquisas sobre saúde, durante mais tempo, o que incita a excessividade do comportamento cibercondríaco (Mathes et al., 2018). Subsequentemente, o excesso das pesquisas resulta em maiores níveis de ansiedade e preocupações, levando uma maior frequência de visitas ao médico (Bagarić & Jokić-Begić, 2022). Starcevic et al. (2020) e Starcevic (2023) entendem que a cibercondria traz implicações na procura e receção de cuidados de saúde, já que o sujeito com cibercondria pode consultar profissionais clínicos com maior frequência, ou evitar o contacto com os profissionais por receio, causando consequências no seu estado de saúde. É importante ter igualmente em consideração as influências negativas na relação entre o profissional de saúde e o seu paciente/utente, uma vez que este mantém uma tendência de desafiar ou propor ao clínico determinados diagnósticos, tratamentos ou procedimentos (análises, biópsias, etc.). A cibercondria leva a que os sujeitos negligenciem as suas prioridades, relações sociais, deveres e atividades de casa, contexto académico/laboral, prejudicando assim a sua funcionalidade.

A doença crónica é uma condição de longa duração, que tende a prolongar-se por toda a vida já que tem por base causas irreversíveis, e que importa repercussões na vida da pessoa. A existência de uma doença crónica exige do paciente um ajustamento relativamente aos conhecimentos sobre a sua saúde em geral como também da doença, dos seus sintomas e tratamentos, ou seja, exige uma maior responsabilidade pessoal perante a autogestão da condição, mas igualmente dos comportamentos de saúde autónomos. Assim sendo, entende-se que do doente crónico é exigida uma participação ativa na sua saúde, não apenas pelo controlo da condição crónica mas por uma melhor qualidade de vida (Dunn & Conard, 2018).

Objetivo

A pertinência deste estudo reside nos factos de a) a cibercondria se encontrar numa fase primordial da sua conceção, sendo que adquirir mais conhecimentos sobre este construto, em especial no atual período pós-pandémico, muito trará de relevante para um melhor entendimento sobre a cibercondria; b) uma vez que umas das principais questões do construto da cibercondria é a interação da pessoa com o excesso de informação sobre saúde, torna-se fulcral o entendimento dos níveis de literacia em saúde da população, em concreto da componente digital, incluindo uma análise de possíveis diferenças entre as amostras com doença crónica e sem doença crónica; c) a doença crónica exigir um ajustamento e melhores conhecimentos por parte do paciente relativamente à saúde, especificamente sobre a doença, e por serem poucos os estudos que avaliem a relação da doença crónica com a cibercondria.

Posto isto, o presente estudo tem por fim 1) compreender se existe uma relação entre a literacia digital em saúde e a cibercondria numa amostra da população portuguesa, controlando o bem-estar psicológico dos participantes; 2) compreender se o fator da doença crónica apresenta uma influência no grau de cibercondria; 3) compreender se existem diferenças significativas no nível de literacia digital em saúde entre as amostras com doença crónica e sem doença crónica.

Método

Delineamento da Investigação

O presente estudo segue uma metodologia quantitativa, de desenho observacional-descritivo dado que não apresenta qualquer manipulação das variáveis e procura descrever a amostra em estudo, com comparação entre grupos uma vez que se pretende comparar um grupo da amostra com doença crónica e outro sem doença crónica (Pais-Ribeiro, 2010).

Participantes

A amostragem da presente investigação é não probabilística por conveniência, de tipo bola de neve.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a participação no presente estudo eram os seguintes: 1) idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 65 anos, 2) acesso à

internet e 3) domínio da escrita e leitura da língua portuguesa. A amostra foi obtida através da partilha do questionário por contactos próximos e pelas redes sociais, nomeadamente pelo Facebook, Instagram, WhatsApp e LinkedIn. Dos 306 participantes, 4 não compreendiam as idades de inclusão, perfazendo assim um total de 302 participantes.

Apresenta-se na Tabela 1 a caracterização dos participantes.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra

Características	Amostra	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	159	52,6
Masculino	143	47,4
Nacionalidade		
Portuguesa	300	99,3
Brasileira	1	0,3
Romena	1	0,3
Residência		
Lisboa e Vale do Tejo	145	48,0
Norte	67	22,2
Centro	34	11,3
Região Autónoma dos Açores	32	10,6
Alentejo	10	3,3
Algarve	6	2,0
Irlanda	3	1,0
Região Autónoma da Madeira	2	0,7
Países Baixos	1	0,3
EUA	1	0,3
Suíça	1	0,3
Grau de Instrução		
Licenciatura ou Bacharelato	152	50,3
Mestrado	73	24,2
Ensino Secundário ou equivalente	68	22,5
3º ciclo ou equivalente	3	1,0
Pós-graduação	3	1,0
Doutoramento	1	0,3
2º ciclo	1	0,3
Curso Técnico Superior Profissional	1	0,3
Situação Profissional		

Empregado	245	81,1
Estudante	22	7,3
Trabalhador-estudante	17	5,6
Desempregado	16	5,3
Reformado	2	0,7

Instrumentos

Escala de e-Literacia em Saúde

A *e-Literacia em Saúde* (Tomás et al., 2014) é uma escala unifatorial composta por 8 itens (e.g. “Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet”) que avaliam a percepção individual do sujeito sobre os seus conhecimentos e competências. A escala inclui ainda 2 itens que avaliam o interesse do participante em utilizar a internet como fonte de informação sobre saúde, perfazendo um total de 10 itens. Ao participante é pedido que responda através de uma escala tipo Likert, entre 1 (Discordo totalmente) e 5 (Concordo totalmente), a resposta que melhor reflita a sua opinião e experiência do uso da internet para aceder a informações sobre saúde. A versão original da escala apresenta um *Alfa de Cronbach* de $\alpha = ,88$ (Norman & Skinner, 2006).

Short-form version of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12)

A *CSS-12* é uma versão reduzida da primeira escala multidimensional de cibercondria - *Cyberchondria Severity Scale (CSS)*, desenvolvida por McElroy and Shevlin (2014). É composta por 12 itens que avaliam a cibercondria em quatro dimensões: Excessividade (reflete o carácter repetitivo das pesquisas, e.g. “Pesquisei os mesmos sintomas na internet em mais do que uma ocasião”), Sofrimento (mede a intensificação da ansiedade após as pesquisas, e.g. “Penso que estou bem até ler na internet sobre uma condição médica grave”), Reconfirmação (procura por aconselhamento médico após as pesquisas na internet, e.g. “Sugiro ao meu médico de família/profissional de saúde que posso precisar de fazer um exame diagnóstico sobre o qual li na internet (ex. biópsia, análises específicas)”) e Compulsão (carácter indesejável de pesquisar informações de saúde na internet, e.g. “Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet interfere com a minha vida social offline (ex. reduz o tempo passado com amigos/família)”). É pedido ao participante que indique como é que as afirmações sobre as condições médicas percecionadas se aplicam ao mesmo, através de uma escala de respostas tipo Likert, de 1 (nunca) a 5 (sempre). A *CSS-12* na sua

versão original apresentou características psicométricas adequadas, com uma consistência interna com valores aceitáveis a excelentes (McElroy et al., 2019).

Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

O instrumento *CORE-OM* é composto por 34 itens que avaliam o bem-estar psicológico do sujeito, a partir das seguintes dimensões: Bem-estar subjetivo (e.g., “Tenho-me sentido bem comigo próprio/a”), Queixas e sintomas (e.g., “Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo”) e Funcionamento social e pessoal (e.g., “Tem-me custado muito falar com as outras pessoas”). A escala conta ainda com o domínio de Comportamentos de risco (e.g., “Pensei em fazer mal a mim próprio/a”), que se constitui como um conjunto de alertas clínicos para o enquadramento de intervenção dos profissionais clínicos. Ao participante é pedido que pense quantas vezes se sentiu conforme a descrição do item, durante a última semana, selecionando a opção mais adequada a partir de uma escala de respostas tipo Likert, variando entre 0 (Nunca) e 4 (Sempre ou quase sempre). A versão original da escala apresentou um *Alfa de Cronbach* de $\alpha = ,94$.

Procedimento

Quanto às escalas da *e-Literacia em Saúde* e do *CORE-OM* (Anexo E), as mesmas já se encontravam previamente validadas para uma amostra da população em estudo, sendo pedida a autorização para a utilização de ambas as escalas.

Primeiramente, procedeu-se à tradução e adaptação da versão inglesa para uma amostra da população portuguesa da escala de medição do construto da cibercondria – *Short-form version of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12)* (Anexo D). A tradução do *CSS-12* passou pelo processo de 3 traduções independentes, que procederam à adaptação da língua inglesa para a língua portuguesa e, subsequentemente, foi definido pelas mesmas uma versão final. Posteriormente, a mesma versão foi retrovertida por uma quarta pessoa. No final esta versão foi analisada e comparada com a original de modo a garantir que os itens mantinham o conteúdo da versão original.

O questionário foi aplicado através da plataforma *Google Forms*, cujo preenchimento foi precedido pelo consentimento informado, onde constavam o âmbito da investigação, os critérios de inclusão, o aspeto voluntário da participação, a

possibilidade de desistência a qualquer momento sem consequências para o próprio, a garantia de confidencialidade dos dados, o tempo de preenchimento, o contacto da investigadora e, por fim, o agradecimento pela participação dos questionados. De seguida, o questionário contava com a confirmação de que os participantes teriam lido e aceite as condições do estudo e a participação no mesmo. Posteriormente, os participantes procederam ao preenchimento do questionário (Anexo C). A recolha da amostra realizou-se entre o período de 19 de dezembro de 2023 e 29 de fevereiro de 2024, através da partilha do questionário por contactos próximos e pelas redes sociais (Facebook, LinkedIn, WhatsApp e Instagram).

Uma vez recolhida a amostra, procedeu-se à exportação dos dados para o *Microsoft Excel*, onde se realizou a codificação das respostas e, posteriormente, os dados foram exportados para o software *IBM SPSS Statistics* (v.29), onde se sucedeu a inversão de itens. A análise da estrutura interna dos instrumentos, nomeadamente sensibilidade, fiabilidade e validade foi avaliada através do *IBM SPSS Statistics* (v.29) e *IBM SPSS Amos* (v.29), este também utilizado para analisar a relação entre as variáveis em estudo. Assim sendo, admitiam-se os seguintes valores de referência para a análise da estrutura interna (Kline, 2011; Marôco, 2007; Marôco, 2021):

Fiabilidade (Alfa de Cronbach): $\geq 0,70$

Sensibilidade: Assimetria (≤ 3) e Curtose (≤ 7)

Validade:

Análise Fatorial Confirmatória: χ^2/gl [2;5] ; CFI/GFI/TLI [0,8; 0,9] ; RMSEA]0,05; 0,08]

Fiabilidade individual do item: $\geq 0,5$

Fiabilidade compósita: $\geq 0,7$

Validade convergente (VEM): $\geq 0,5$

Validade discriminante (VEM vs R^2): Valor da variância extraída média de cada fator superior ao quadrado da correlação entre os fatores.

Resultados

Análise Descritiva das Variáveis em Estudo

As características sociodemográficas da amostra encontram-se apresentadas no Tabela 1.

As características clínicas da amostra encontram-se apresentadas no Tabela 2, no qual se observa que os participantes que referem ter doença crónica correspondem a 21,2% da amostra. Das categorias de doenças referentes aos indivíduos com doença crónica, as mais prevalentes foram as doenças autoimunes, doenças do aparelho respiratório / diabetes / doenças cardiovasculares / doença oncológica. O tempo de diagnóstico mais prevalente era igual ou superior a 10 anos, e 73,4% dos participantes toma medicação para a(s) condição(ões) crónica(s). Ainda, quanto à questão se o participante teria estado incapacitado por um determinado período de tempo, a maioria respondeu que sim, na qual a duração mais prevalente foi durante menos de 1 mês. No total, 70,9% dos participantes não detinha familiar de primeiro grau com doença crónica, 27,8% constatou que Mãe/Pai detinham e 1,3% afirmou que Filha/Filho tinham doença crónica. Relativamente à quantidade de vezes que os participantes se tinham deslocado ao serviço de urgência no último ano, 49,3% deslocou-se *entre 1 e 5 vezes* e 46% dos participantes não se deslocou uma única vez.

Quanto à procura sobre informações relacionadas com a saúde, a maioria dos participantes respondeu que procura informações *junto de um profissional de saúde, seguindo-se na internet, e rede de suporte (junto de familiares junto de amigos/colegas)*. Dos participantes que afirmam recorrer à internet, os motivos mais prevalentes foram a *Facilidade de navegação nos websites, a Conveniência e a Utilidade das informações*.

Quanto aos principais motores de busca que os participantes utilizam, a *Google/Safari/Bing/Yahoo* foram os principais, seguindo-se as *redes sociais* e o *Youtube*. No que concerne à frequência das pesquisas, a maioria dos participantes afirma que o realiza *Menos de uma vez por semana, seguindo-se 1 a 2 vezes por semana e depois Todos ou quase todos os dias*.

Tabela 2*Caracterização clínica da amostra*

Características	Amostra	
	<i>n</i>	%
Doença Crónica		
Sim	64	21,2
Não	238	78,8
Categoria da Doença Crónica		
Doenças Autoimunes	22	7,3
Doenças do Aparelho Respiratório	17	5,6
Doenças do Sistema Digestivo	7	2,3
Doenças Neurológicas	6	2
Doenças Musculoesqueléticas	5	1,7
Diabetes	4	1,3
Doenças Cardiovasculares	4	1,3
Doença Oncológica	4	1,3
Doenças Musculoesqueléticas	2	0,7
Ginecológica	2	0,7
Alergologia	2	0,7
Anemia	1	0,3
Doença Mental	1	0,3
Doenças Dermatológica	1	0,3
Diagnóstico da Doença Crónica		
≤1 ano	9	3,0
Entre 1 ano e 2 anos	8	2,6
Entre 2 e 5 anos	16	5,3
Entre 5 e 10 anos	9	3,0
≥10 anos	24	7,9
Toma de medicação para a doença crónica		
Sim	47	72,3
Não	18	27,7
Período de incapacidade devido à doença crónica		
Sim	35	46,7
Não	40	53,3
Tempo que esteve incapacitado devido à doença crónica		
1 mês	18	6,0
Entre 1 mês e 6 meses	11	3,6
Entre 6 meses e 1 ano	3	1,0
Entre 1 ano e 2 anos	1	0,3
Entre 2 e 5 anos	1	0,3
Familiar com Doença Crónica		

Não tenho	214	70,9
Mãe/Pai	84	27,8
Filha/Filho	4	1,3
Deslocação às urgências no último ano		
Entre 1 e 5 vezes	149	49,3
Nenhuma	139	46,0
Entre 6 e 10 vezes	9	3,0
Entre 11 e 15 vezes	3	1,0
Entre 16 e 20 vezes	1	0,3
Mais de 25 vezes	1	0,3
Onde procura informações relacionadas com a saúde		
Junto de um profissional de saúde	250	82,8
Na internet	215	71,2
Junto de familiares	65	21,5
Junto de amigos/colegas	51	16,9
Literatura técnica	3	1,0
Canais televisivos	1	0,3
Farmácia	1	0,3
Sou profissional de saúde	1	0,3
Motivos que levam a fazer pesquisas de informações sobre saúde na internet		
Facilidade de navegação nos websites	147	48,7
Conveniência	111	36,8
Utilidade das informações	76	25,2
Atualidade das informações	67	22,3
Clareza das informações	53	17,5
Confiança nas minhas pesquisas	35	11,6
Credibilidade das informações	26	8,6
Confidencialidade e privacidade das pesquisas	26	8,6
Interatividade online com outros utilizadores	6	2,0
Falta de confiança nos profissionais de saúde	6	2,0
Conhecimento de pormenores/Complemento	4	1,4
Rapidez	2	0,6
Falta de profissionais de saúde	1	0,3
Variedade	1	0,3
Motores de busca utilizados		
Google / Safari / Bing / Yahoo	283	93,7
Redes Sociais (Facebook, Instagram, TikTok, Reddit)	37	12,2

Youtube	22	7,3
Websites Científicos	7	2,3
ChatGPT	2	0,7
Frequência das pesquisas de informações sobre saúde na internet		
Menos de uma vez por semana	251	83,1
1 a 2 vezes por semana	34	11,3
Todos ou quase todos os dias	9	3,0
3 a 4 vezes por semana	7	2,3
Todos os dias, várias vezes ao dia	1	0,3

A média do nível de Literacia Digital em Saúde da amostra apresenta-se na Tabela 3, refletindo um nível médio (Tabela 3).

Tabela 3

Média do nível de e-Literacia em Saúde

Variáveis	Min	Máx	M	SD
Literacia Digital em Saúde	0	32	17,48	7,50

Propriedades Psicométricas da Escala *e-Literacia em Saúde*

Fiabilidade

No presente estudo, a escala de e-Literacia em Saúde apresentou uma boa consistência interna, com um *Alfa de Cronbach* de $\alpha = ,85$.

Sensibilidade

Conforme apresentado na Tabela 4, nenhum dos itens da escala de *e-Literacia em Saúde* apresentou valores absolutos de assimetria e curtose acima de três e sete, respetivamente, isto é, não se observaram violações severas à distribuição normal (Kline, 2011; Marôco, 2007).

Tabela 4*Estatística descritiva e-Literacia em Saúde*

Itens	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
1. Até que ponto considera que a internet é útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde?	2,93	1,008	,120	-,319
2. Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?	3,78	1,065	-,666	-,159
3. Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	1,92	1,420	-,390	-1,476
4. Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	2,21	1,327	-,767	-,892
5. Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	2,28	1,311	-,886	-,695
6. Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	2,28	1,325	-,841	-,753
7. Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	2,29	1,334	-,852	-,753
8. Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	2,26	1,342	-,802	-,840

9. Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.

2,51 1,293 -,998 -,208

10. Sinto-me confiante a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde.

1,73 1,306 -,170 -1,392

Validade

Validade de Construto

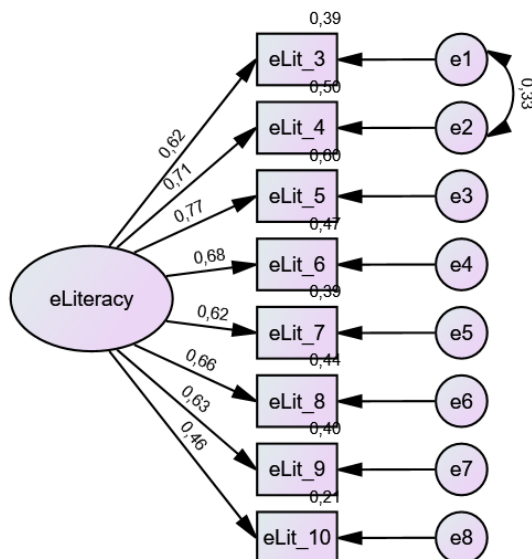
Validade Fatorial

Na Figura 1 está representada a análise fatorial confirmatória da escala *e-Literacia em Saúde*, onde se observam pesos fatoriais estandardizados adequados e boa fiabilidade individual dos itens, à exceção do item 10. Ainda, o modelo apresentou um bom ajustamento à amostra (GFI= ,951; CFI= ,953; TLI= ,931; $X^2/df= 3,102$; RMSEA= ,084), com recurso a uma correlação de erros sugerida pelos índices de modificação entre os itens 3 e 4, de modo a melhorar a qualidade do ajustamento global.

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória da Escala de e-Literacia em Saúde

AFC_eLiteracy
GFI=,951; TLI=,931; CFI=,953; CMINDF=3,102; RMSEA=0.084



Validade Convergente

A escala de *e-Literacia em Saúde* não apresenta uma validade convergente adequada (0,42), dado que o valor da variância média extraída se encontra abaixo de 0,5.

No que concerne à fiabilidade compósita, esta é apropriada (0,85) uma vez que se encontra acima do valor de referência ($\geq 0,7$) (Marôco, 2021).

Propriedades Psicométricas da Escala CSS-12

Fiabilidade

No presente estudo a escala CSS-12 apresentou boas características de fiabilidade interna, com um *Alfa de Cronbach* de $\alpha = ,85$.

Sensibilidade

A CSS-12 apresentou valores absolutos de assimetria e achatamento abaixo de 3 e 7, com exceção do item 10 que revelou um valor de curtose de 8,259, apresentando assim uma leve violação à normalidade (Kline, 2011; Marôco, 2007), demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5

Estatística descritiva da Short-form version of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12)

Itens	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
1. Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, procuro-a na internet.	2,67	1,030	,339	-,225
2. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet, distrai-me da leitura online de notícias/entretenimento/desporto.	1,72	0,822	,931	,109

3. Consulta diferentes websites sobre a mesma condição percebida.	3,01	1,267	-,108	-,985
4. Começo a entrar em pânico quando leio na internet que um sintoma que tenho está presente numa condição médica rara/grave.	1,75	,807	,856	,316
5. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet, leva-me a consultar o meu médico (de família ou outro).	2,46	1,036	,360	-,326
6. Pesquiso os mesmos sintomas na internet em mais do que uma ocasião.	2,16	,907	,548	-,153
7. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet interrompe o meu trabalho (ex.: escrever emails, trabalho num documento de word).	1,40	,658	1,476	1,150
8. Penso que estou bem até ler na internet sobre uma condição médica grave.	1,52	,755	1,578	2,792
9. Sinto-me mais ansioso(a) ou stressado(a) após pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet.	1,88	,918	1,120	1,435

10. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet interfere com a minha vida social offline (ex.: reduz o tempo passado com amigos/família).	1,18	,450	2,709	8,259
11. Sugiro ao meu médico de família/profissional de saúde que posso precisar de fazer um exame diagnóstico sobre o qual li na internet (ex.: biópsia, análises específicas).	1,41	,660	1,610	2,348
12. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet leva-me a consultar outros especialistas de saúde (ex.: técnicos, enfermeiros).	1,87	,909	,853	,272

Validade

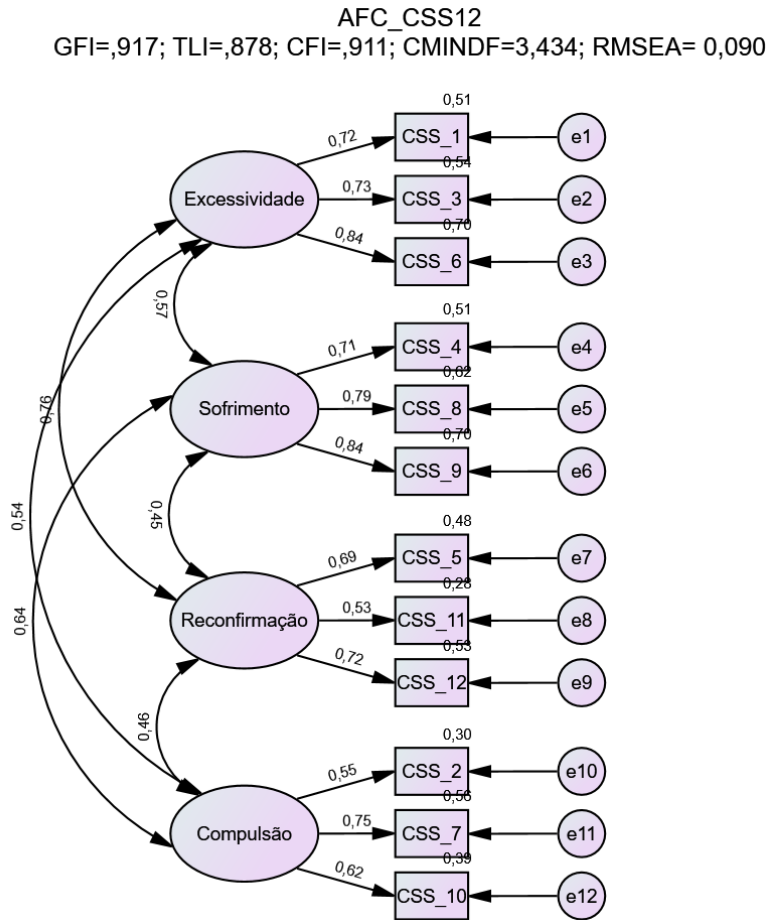
Validade de Construto

Validade Fatorial

Representada na Figura 2 encontra-se a análise fatorial confirmatória do *CSS-12* com pesos fatoriais estandardizados adequados ($\lambda \geq ,53$). O modelo apresentou um ajustamento aceitável à amostra em estudo (GFI= ,917; CFI= ,911; TLI= ,878; $X^2/df= 3,434$; RMSEA= ,090), sem necessidade de recorrer a correções sugeridas pelos índices de modificação para melhoria do ajustamento global.

Figura 2

Análise Fatorial Confirmatória da Escala CSS12



Validade Convergente

A escala do *CSS-12* apresenta validade convergente, com exceção dos fatores *Reconfirmação* e *Compulsão*, que apresentam valores $<0,5$.

Relativamente à fiabilidade compósita, os fatores apresentaram valores apropriados, com exceção da dimensão *Compulsão* que apresentou um valor $<0,7$, indicando assim uma fiabilidade interna mais baixa (Marôco, 2021).

Tabela 8

Variância Extraída da Média (VEM) e Fiabilidade Compósita (FC) dos fatores do CSS-12

Fatores	Amostra	
	VEM	FC
Excessividade	,58	,81
Sofrimento	,60	,83
Reconfirmação	,42	,71
Compulsão	,41	,65

Validade Discriminante

Respetivamente à validade discriminante, verificou-se que a variância média extraída dos fatores foi superior ao quadrado da correlação entre esses mesmos fatores, com exceção da dimensão *Compulsão* (Tabela 6).

Tabela 6

Validade Discriminante dos fatores do CSS-12

Associação entre fatores	Quadrado das correlações	Validade Discriminante
Excessividade ↔ Sofrimento	0,32	Sim
Excessividade ↔ Reconfirmação	0,58	Não
Excessividade ↔ Compulsão	0,29	Sim
Sofrimento ↔ Reconfirmação	0,20	Sim
Sofrimento ↔ Compulsão	0,40	Sim
Reconfirmação ↔ Compulsão	0,21	Sim

Propriedades Psicométricas da Escala *CORE-OM*

Fiabilidade

Na versão adaptada para uma amostra da população portuguesa, a escala apresentou um bom valor de consistência interna (de $\alpha = ,80$), inclusive nas suas subescalas com exceção do conjunto de itens de Comportamentos de Risco ($\alpha = ,46$). No presente estudo a escala apresentou um *Alfa de Cronbach* de $\alpha = ,82$.

Sensibilidade

A Tabela 7 apresenta os valores de assimetria e curtose da escala *CORE-OM*, onde se observam violações severas à normalidade nos itens 6, 9, 16 e 34, referentes às dimensões *ideação suicida* e *agressividade*. Estas violações são entendidas pelo facto de os itens serem representativos de comportamentos de risco que não são retratados na amostra em estudo.

Tabela 7

Estatística descritiva do Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

Itens	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
1. Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a	,78	,919	,820	-,353
2. Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	1,69	1,037	,188	-,382
3. Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	,86	1,013	1,045	,438
4. Tenho-me sentido bem comigo próprio/a	2,80	,894	-,201	-,695
5. Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo	1,61	,977	,325	-,032
6. Fui violento/a fisicamente com outras pessoas	,16	,452	3,024	9,867
7. Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	1,26	,824	,439	,486
8. Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	1,30	,960	,384	-,382

9. Pensei em fazer mal a mim próprio/a	,18	,559	3,581	14,493
10. Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	,85	,967	,895	,025
11. A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	,92	,990	,856	,022
12. Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	1,03	,830	,673	,468
13. Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	,98	,971	,675	-,386
14. Tenho sentido vontade de chorar	1,11	1,071	,673	-,291
15. Senti pânico ou terror	,56	,823	1,466	1,835
16. Fiz planos para acabar com a minha vida	,08	,320	4,787	29,099
17. Senti que os meus problemas são demais para mim	,76	,888	,901	-,011
18. Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	1,52	1,224	,452	-,795
19. Senti que tenho pessoas de quem gosto	,42	,715	1,960	4,598
20. Não consegui pôr os meus problemas de lado	1,50	,970	,241	-,421

21. Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	1,00	,837	,643	,318
22. Ameacei ou fiz alguém sentir medo	,16	,403	2,432	5,393
23. Senti-me desesperado/a ou sem saída	,55	,791	1,403	1,626
24. Pensei que era melhor se eu estivesse morto/a	,28	,703	2,882	8,604
25. Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas	1,07	,940	,613	-,040
26. Senti que não tinha amigos	,62	,916	1,437	1,448
27. Tenho-me sentido triste	1,31	,987	,474	-,273
28. Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter	,86	,950	,865	-,153
29. Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	1,01	,962	,822	,286
30. Tenho-me sentido culpado/a pelos meus problemas	1,23	1,022	,409	-,493
31. Tenho-me sentido otimista em relação ao meu futuro	2,61	,921	-,293	-,160
32. Tenho conseguido as coisas que queria	1,43	,835	,201	-,179

33. Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas	,65	,827	1,204	1,049
34. Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco	,09	,356	3,972	15,940

Validade

Validade de Construto

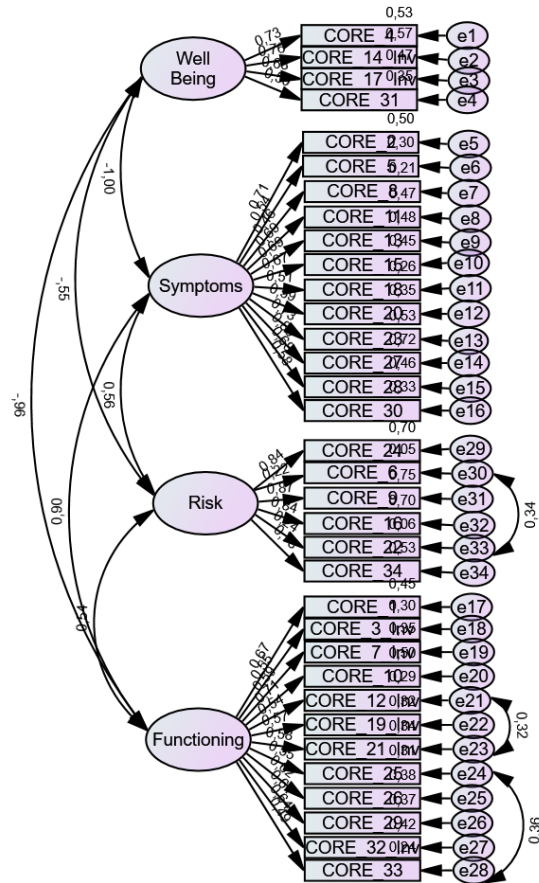
Validade Fatorial

O modelo do *CORE-OM* na sua estrutura original de 4 fatores apresentou um mau ajustamento à amostra em estudo (GFI= ,767; CFI= ,838; TLI= ,825; X^2/df = 2,602; RMSEA= ,073), mesmo com recurso a correlações de erros propostos pelos índices de modificação nos itens 6 e 22, 12 e 21, 25 e 33, de forma a melhorar a qualidade do ajustamento global (Figura 3).

Figura 3

Análise Fatorial Confirmatória da Escala CORE-OM

AFC_CORE
CMINDF=2,602; GFI=,767; TLI=,825; CFI=,838; RMSEA=,073



Uma vez que a análise fatorial confirmatória da estrutura original da escala apresentava um mau ajustamento, não se procedeu à análise da validade convergente, validade discriminante e fiabilidade compósita dos itens com a estrutura original. Foi procedida uma análise fatorial exploratória, que extraiu uma matriz de 6 fatores: *ansiedade, bem-estar, humor deprimido, ideação suicida, falta de suporte social e agressividade* (Anexo F), com uma variância total explicada de 60,61.

Validade Convergente

A escala do *CORE-OM* com matriz de 6 fatores apresentou validade convergente apenas nas dimensões do *bem-estar* e *ideação suicida*, uma vez que os restantes fatores apresentaram valores <0,50.

Quanto à fiabilidade compósita, os fatores apresentaram valores apropriados ($\geq 0,7$), com exceção das dimensões *falta de suporte social* e *agressividade* (Tabela 8).

Tabela 8

Variância Extraída da Média (VEM) e Fiabilidade Compósita (FC) dos fatores do CORE-OM

Fatores	Amostra Total	
	VEM	FC
Ansiedade	0,45	0,92
Bem-estar	0,53	0,87
Humor Deprimido	0,38	0,75
Ideação Suicida	0,66	0,89
Falta suporte social	0,39	0,67
Agressividade	0,38	0,54 ^a

^aValor calculado pelo Alfa de Cronbach, dado que o fator é constituído por dois itens.

Validade Discriminante

Conforme a Tabela 9, observa-se que os fatores apresentaram valores de VEM superiores ao quadrado da correlação entre si, apresentando validade discriminante entre as dimensões, com exceção das *Ansiedade↔Bem-estar*, *Ansiedade↔Humor deprimido*, *Ansiedade↔Falta de suporte social*, *Ansiedade↔Agressividade*, *Bem-estar↔Humor deprimido* e *Humor deprimido↔Falta de suporte social*.

Tabela 9*Validade Discriminante dos fatores do CORE-OM*

Associação entre fatores	Quadrado das correlações	Validade Discriminante
Ansiedade ↔ Bem-estar	0,48	Não
Ansiedade ↔ Humor deprimido	0,77	Não
Ansiedade ↔ Ideação suicida	0,37	Sim
Ansiedade ↔ Falta de suporte social	0,62	Não
Ansiedade ↔ Agressividade	0,11	Não
Bem-estar ↔ Humor deprimido	0,52	Não
Bem-estar ↔ Ideação suicida	0,16	Sim
Bem-estar ↔ Falta de suporte social	0,60	Sim
Bem-estar ↔ Ideação suicida	0,03	Sim
Humor deprimido ↔ Ideação suicida	0,16	Sim
Humor deprimido ↔ Falta de suporte social	0,55	Não
Humor deprimido ↔ Ideação suicida	0,04	Sim
Ideação suicida ↔ Falta de suporte social	0,34	Sim
Ideação suicida ↔ Ideação suicida	0,14	Sim
Falta de suporte social ↔ Ideação suicida	0,04	Sim

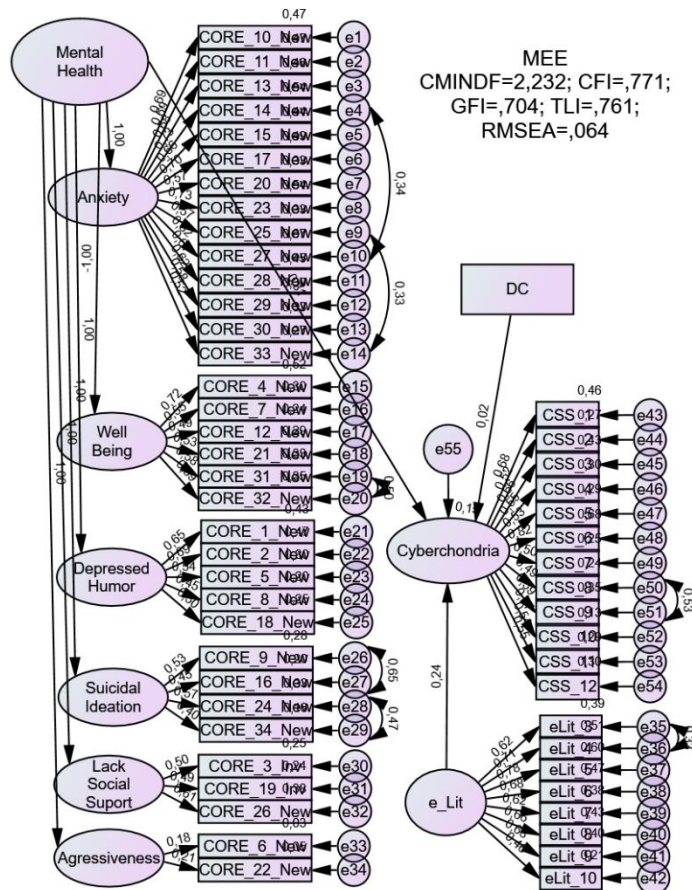
Modelo de Equações Estruturais para testar a relação entre a Literacia Digital em Saúde, a Cibercondria e a Doença Crónica

O modelo preditivo da relação entre Literacia Digital em Saúde, Cibercondria, Doença Crónica e bem-estar psicológico, apresentou um mau ajustamento à amostra em estudo (GFI= ,704; CFI= ,771; TLI= ,761; $X^2/df= 2, 232$; RMSEA= ,064) (Figura 4).

Dado o mau ajustamento foram retiradas as variáveis problemáticas, que seriam os fatores da escala *CORE-OM* – *bem-estar*, *humor deprimido*, *falta de suporte social*, *ideação suicida* e *agressividade*. A exclusão das dimensões *ideação suicida* e *agressividade* foi feita com base nos valores de violação severa à normalidade dos itens; a dimensão da *falta de suporte social* foi excluída por apresentar uma fiabilidade compósita não apropriada; a dimensão do *bem-estar* era formada por itens de sentimentos positivos, em contrário aos restantes itens da escala, o que piorava o ajustamento e por essa razão foi excluída; a dimensão do *humor deprimido* piorava,

igualmente, a qualidade do ajustamento e por esse motivo foi retirado do modelo, perfazendo uma melhoria significativa no mesmo (Figura 5).

Figura 4
Modelo de Equações Estruturais Preditivo



O modelo refinado da relação entre Saúde Mental, Literacia Digital em Saúde e Cibercondria, apresentou um ajustamento aceitável à amostra em estudo (GFI= ,825; CFI= ,886; TLI= ,877; $X^2/df=1,906$; RMSEA= ,055) (Figura 5).

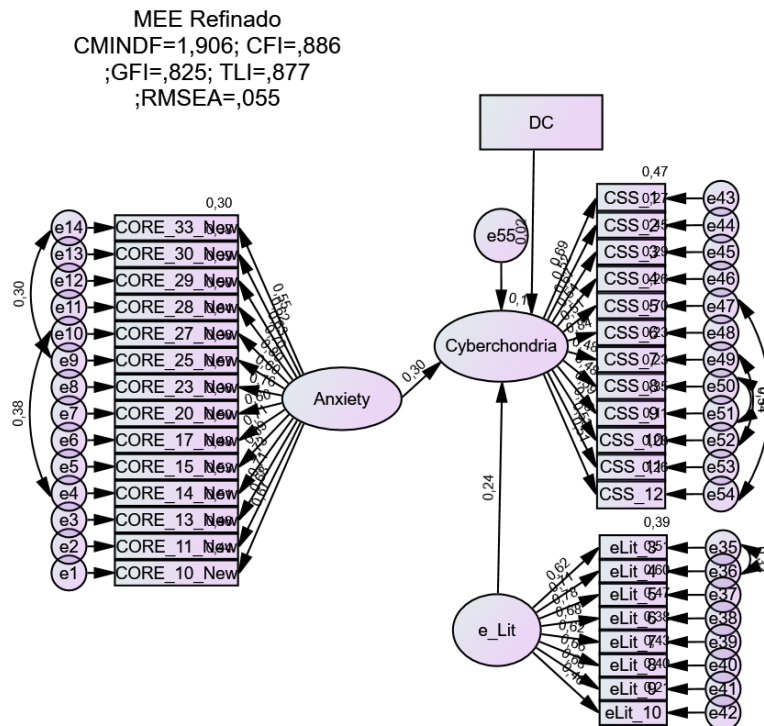
A significância entre a Literacia Digital em Saúde e a Cibercondria apresentou-se significativa, positiva e fraca ($\beta= ,241$; $p <,001$), ou seja, participantes com um maior nível de literacia digital em saúde, apresentam igualmente um maior grau de cibercondria.

A significância da trajetória entre a Ansiedade e a Cibercondria foi igualmente significativa, positiva e fraca ($\beta= ,296$; $p <,001$), sendo que participantes com maior prevalência de sintomas de ansiedade apresentam um maior grau de cibercondria.

A significância da trajetória entre a Doença Crónica e a Cibercondria não se mostrou significativa ($\beta = ,017$; $p = ,771$), o que significa que deter doença crónica não prediz significativamente o grau de cibercondria.

A variância explicada da Cibercondria pelas variáveis do modelo final foi de $r = 14,6\%$.

Figura 5
Modelo de Equações Estruturais Refinado



Comparação Entre Grupos

Para verificação das diferenças do grau de Literacia Digital em Saúde entre a amostra sem doença crónica e a amostra com doença crónica, procedeu-se à realização do teste *t-student* para amostras independentes. Ao comparar o grau de literacia entre as amostras verificou-se que existem diferenças marginalmente significativas entre os grupos [$t(89,55) = 1,349$; $p = ,071$], tendo a amostra com doença crónica um nível de literacia superior (Tabela 10).

Tabela 10*Comparação do grau de Literacia Digital em Saúde entre as amostras*

Variáveis	<i>M (SD)</i>			
			Com doença crónica (<i>n</i> = 64)	Sem doença crónica (<i>n</i> = 238)
	<i>Sig.</i>	<i>p</i>		
Literacia Digital em Saúde	,118	,071	18,70 (8,41)	17,15 (7,22)

Discussão

O presente estudo teve por objetivo 1) determinar a possibilidade de uma relação entre o grau de literacia digital em saúde e de cibercondria numa amostra da população portuguesa, controlando o bem-estar psicológico dos participantes e a presença de doença crónica, 2) averiguar se haveria diferenças significativas entre as amostras com e sem doença crónica e se ter uma doença refletiria um maior grau de cibercondria, e ainda 3) se existem diferenças significativas no nível de literacia digital em saúde entre as amostras com doença crónica e sem doença crónica.

Através do modelo refinado foi possível concluir a existência de uma correlação positiva entre a literacia digital em saúde e a cibercondria ($\beta = ,241$; $p < ,001$), em que um maior grau de literacia digital em saúde se associa a um maior grau de cibercondria. Os resultados obtidos vão ao encontro do apuramento doutros estudos como Uslu-Sahan e Purtul, 2023, Starcevic et al., 2019, Aslantaş e Altuntaş, 2023, Starcevic e Berle, 2013, Kim e Xie, 2017 e McMullan et al., 2019. Estes resultados podem ser entendidos pelo facto de as pessoas com maior grau de literacia em saúde possuírem um maior interesse e envolvimento na saúde (Gochman, 1988; Berkman et al., 2011; Al Sayah et al., 2013; Kim et al., 2013), como também pelo facto de serem indivíduos que utilizam mais a tecnologia em geral, o que gera um melhor desenvolvimento das competências digitais (Norman & Skinner, 2006). No entanto, a literatura reporta também que apesar da utilização recorrente da tecnologia e de um elevado nível de literacia em saúde, a autoeficácia dos indivíduos para encontrar e avaliar a qualidade das informações sobre saúde na internet é fraca (Gray et al., 2005; Kim & Xie, 2017; Ghaddar et al., 2012). Este fenómeno foi visível igualmente no presente estudo, através da caracterização dos motivos de procura por informações sobre saúde na internet. 71,2% dos participantes utiliza a internet como fonte de informação, na qual são afirmados motivos como

atualidade das informações, clareza das informações, confiança nas minhas pesquisas, credibilidade das informações, falta de confiança nos profissionais de saúde, etc. Isto clarifica a ideia de que o saber onde encontrar informação e saber discernir fontes credíveis de não credíveis, não previne a utilização da internet de uma forma disfuncional e com experiência de sofrimento psicológico (caracterizado por excessividade, *distress*, compulsão, procura por segurança e desconfiança). Ou seja, um bom nível de e-literacia em saúde torna-se um facilitador deste conjunto de sintomas – de cibercondria. Simultaneamente, os indivíduos com maior grau de cibercondria tendem a passar mais tempo na internet, reforçando assim a relação entre as variáveis.

É importante ter em consideração que enquanto o sujeito procura um alívio da ansiedade através das pesquisas online, a ansiedade e a incerteza aumentam com o tipo de informação que é encontrada. Assim, entende-se que deter um bom nível de e-literacia em saúde é necessário, contudo não aparenta ser um fator protetor da saúde *per se*, sendo necessária a adoção de medidas protetoras como a promoção de estratégias que mitiguem os sintomas da cibercondria e, em particular da ansiedade, já que este é um dos sintomas mais prevalentes que antecede e precede a procura de informações online (Uslu-Sahan & Purtul, 2023; Bagarić & Jokić-Begić, 2019; Mestre-Bach & Potenza, 2023; Jokic-Begic et al., 2020; Mathes et al., 2018; Aslantaş & Altuntaş, 2023; Yang, Ta & Li, 2022; Jungmann & Witthöft, 2020; Fergus & Russell, 2016; Starcevic et al., 2020; Bagarić & Jokić-Begić, 2022; Starcevic, 2023). Igualmente, limitar a exposição a conteúdos de saúde nas redes sociais poderá ser uma medida fundamental. É importante refletir-se sobre o facto da escala de *Literacia Digital em Saúde* não avaliar o nível concreto de literacia do indivíduo, mas a sua perceção sobre o mesmo, já que isto leva a que a pessoa, ao procurar informações sobre saúde no meio online, possa entender que tem a capacidade de discernir a qualidade da informação encontrada, mas efetivamente não ter.

Constatou-se que uma maior gravidade de sintomas de ansiedade reflete um maior nível de cibercondria, sendo esta correlação concordante com a literatura (Fergus & Russell, 2016; Uslu-Sahan & Purtul, 2023; Starcevic et al., 2019). Segundo McMullan et al. (2019) Bajcar e Babiak (2019), Nadeem et al. (2022) e Gioia e Boursier (2020) a ansiedade relacionada com a saúde é um forte preditor da cibercondria, isto porque as pessoas com maiores níveis de ansiedade relacionada com a saúde recorrem mais a pesquisas de informações sobre saúde comparativamente às pessoas com menores níveis

de ansiedade (Asgher & Saleem, 2021; Özer et al., 2021), podendo assim ser pertinente mais estudos que procurem a relação da ansiedade (geral) com a cibercondria.

Relativamente à questão da doença crónica, a mesma não apresentou uma relação com a cibercondria, não havendo diferenças significativas entre as amostras com e sem doença crónica. Como referido anteriormente, são escassos os estudos que até à data analisaram a correlação entre a doença crónica e a cibercondria, porém, os resultados desta investigação vão ao encontro do estudo de Uslu-Sahan e Purtul (2023). Primeiro, este resultado pode dar-se pela prevalência da doença crónica estar associada a um baixo nível socioeconómico (Dunn & Conard, 2018; Heijmans et al. 2015; Miller, 2016), condição que não se observou na presente investigação uma vez que grande parte da amostra detinha um elevado grau de instrução, residia em zona metropolitana e encontrava-se empregada. Segundo, é igualmente importante ter em conta que a doença crónica é uma condição que surge em indivíduos de maior idade (Ghanem et al., 2023), os quais dão menos utilidade e domínio à tecnologia, e por isso a tendência para procurar informações sobre saúde na internet é menor (Uslu-Sahan & Purtul, 2023).

No que concerne à comparação do nível de literacia digital em saúde entre as amostras com doença crónica e sem doença crónica, o resultado das diferenças estatísticas foi marginalmente significativo ($p=,071$), sendo o nível de literacia superior na amostra com doença crónica. Caso o presente estudo compreendesse uma amostra maior, o nível de significância poderia diminuir, acentuando esta diferença entre as amostras.

O ocorrido no presente estudo pode dar-se pelo facto da amostra conter indivíduos de menor idade com doença crónica, até porque os fatores de risco associados às doenças crónicas (consumo de tabaco, consumo de álcool, regime alimentar menos saudável, inatividade física, obesidade) se tornam cada vez mais prevalentes em adultos (Ghanem et al., 2023). Apesar dos indivíduos com doença crónica recorrerem à internet para pesquisar informações sobre saúde, têm também mais contacto com o sistema de saúde e profissionais clínicos (Griese et al., 2023; Miller, 2016) que, não só viabilizam conhecimento sobre a doença mas, possivelmente, também os capacitam a discernir informação. Uma consideração a ter em conta é o facto de grande parte dos doentes crónicos deterem um diagnóstico num tempo igual ou superior a 10 anos, o que se traduz num maior envolvimento por parte do doente, a nível da adoção comportamentos

de saúde mais positivos para a saúde, como de conhecimentos acerca da doença (sintomas, tratamento, adesão à medicação, etc.) (Miller, 2016).

Limitações e Estudos Futuros

A presente investigação compreende algumas limitações. Primeiramente a escassez de estudos sobre o construto da cibercondria e, conseqüentemente, sobre a junção das variáveis com as quais se pretendia estudar a sua relação (literacia digital em saúde e doença crónica). Por esse motivo foi necessário alargar as pesquisas a nível dos termos utilizados, por exemplo *health anxiety*, *problematic internet use*, *media health literacy* e *online health information*.

É importante mencionar a reduzida dimensão da amostra como uma limitação do presente estudo, que dificultou a análise do modelo estrutural, as comparações entre os grupos e prejudicou a possibilidade de uma análise mais ampla das variáveis recolhidas nos questionários sociodemográfico e clínico.

Uma limitação a ter também em conta é o facto de grande percentagem dos participantes residir nas áreas metropolitanas, o que é determinante uma vez que o acesso à internet se torna mais facilitado. Por essa razão, para estudos futuros propõe-se a inclusão de mais indivíduos residentes em áreas rurais.

Por último, salienta-se o facto da amostra ter sido recolhida online, o que se apresenta como uma limitação já que a observação subjetiva seria importante por se tratar de um tema premente que suscita dúvidas aos participantes.

Concluindo, a correlação positiva entre a literacia digital em saúde e a cibercondria revelou que, embora um elevado nível de literacia digital em saúde seja considerado um fator protetor à saúde, pode igualmente associar-se a uma escalada de preocupação e sofrimento relacionado com a saúde, como a um comportamento compulsivo de pesquisa online, isto é, associa-se à cibercondria. Este é um fenómeno relativamente recente, pelo que, com a disseminação generalizada de (des)informação online – infodemia – e a crescente procura de informação sobre saúde na internet, é importante explorar e compreender melhor os preditores da cibercondria, para uma melhor gestão desta condição clínica. Torna-se também fundamental entender que a literacia digital em

saúde não se demonstrando suficiente para proteger o indivíduo de interpretações erróneas, considera-se a necessidade de haver uma melhor educação sobre o uso das tecnologias (nomeadamente a sua utilização excessiva), bem como a necessidade de promover uma consciencialização sobre a cibercondria e promover medidas que mitiguem a ansiedade relacionada com a saúde, para proteção da saúde dos indivíduos.

Referências

- Ahmadvand, A., Gatchel, R., Brownstein, J., & Nissen, L. (2018). The Biopsychosocial-Digital Approach to Health and Disease: Call for a Paradigm Expansion. *J Med Internet Res*, 20(5), e189. doi: 10.2196/jmir.9732
- Akanuwe, J.N.A., Black, S., Owen, S., (2020). Communicating cancer risk in the primary care consultation when using a cancer risk assessment tool: Qualitative study with service users and practitioners. *Health Expect* 23(2), 509-518. doi: 10.1111/hex.13016
- Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J Gen Intern Med*, 28(3), 444-452. doi: 10.1007/s11606-012-2241-z
- Arriaga, M. T., Santos, B., Costa, A. S., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C. R., Mata, F., Chaves, N., Lopatina, M., Sorensen, K., Dietscher, & Freitas, G. (2021). Níveis de Literacia em Saúde – PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-320-9.
- Arriaga, M. T., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A. L., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico. Direção-Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-343-8
- Asgher, S., & Saleem, N. (2021). Online Health Information and female users; Needs, Usages and Effects. *J Media Commun*, 2(1), 158-171. <http://jmc.ilmauniversity.edu.pk/arc/Vol2/2.2/4.pdf>
- Aslantaş, A. H., & Altuntaş, M. (2023). Cyberchondria's Possible Relationship with Problematic Internet Use and eHealth Literacy. *J Acad Res Med*, 13(2), 63-69. DOI: 10.4274/jarem.galenos.2023.91885
- Bagarić, B., & Jokić-Begić, N. (2019). Cyberchondria – Health Anxiety Related to Internet Searching. *Soc. Psihijat*, 47(1), 28-50. <https://orcid.org/0000-0002-1786-0993>
- Bagarić, B., & Jokić-Begić, N. (2022). Online research on COVID-19—The role of

- content ranking and COVID-19 fear. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 16(5), Article 2. <https://doi.org/10.5817/CP2022-5-2>
- Bajcar, B., & Babiak, J. (2019). Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive–compulsive symptoms in a community sample. *Curr Psychol*, 40, 2820-2831. DOI: 10.1007/s12144-019-00216-x
- Baskerville, N.B., Azagba, S., Norman, C., McKeown, K., & Brown, K.S. (2016). Effect of a Digital Social Media Campaign on Young Adult Smoking Cessation. *Nicotine Tob Res* (3), 351-360. doi: 10.1093/ntr/ntv119
- Benetoli, A., Chen, T.F., & Aslani, P. (2015). The use of social media in pharmacy practice and education. *Res Social Adm Pharm* (1), 1-46. doi: 10.1016/j.sapharm.2014.04.002
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*, 155(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Chang, T., Chopra, V., Zhang, C., & Woolford, S.J. (2013). The role of social media in online weight management: systematic review. *J Med Internet Res* 15(11), e262. doi: 10.2196/jmir.2852
- Dewalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., & Pignone, M.P. (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 19(12), 1228-1239. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- Dunn, P., & Conard, S. (2018). Improving health literacy in patients with chronic conditions: A call to action. *International Journal of Cardiology* (273), 249-251. doi:10.1016/j.ijcard.2018.08.090
- Escoffery, C., Miner, K.R., Adame, D.D., Butler, S., McCormick, L., & Mendell, E. (2005). Internet Use for Health Information Among College Students. *Journal of American College Health*, 53(4), 183-188. DOI: 10.3200/JACH.53.4.183-188.
- Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of

- structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders* (28), 504-510. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.006>
- Fergus, T.A., & Russell, L.H. (2016). Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive–compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *J Anxiety Disord*, 38, 88–94. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.01.009
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating SEM with Unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* (18), 39-50.
- Froze, S., Arif, M.T., & Saimon, R. (2019). Determinants of health literacy and healthy lifestyle against metabolic syndrome among major ethnic groups of Sarawak, Malaysia: A multi-group path analysis. *Open Public Health J* (12), 172-183. DOI: 10.2174/1874944501912010172
- Garcia-Retamero, R., & Cokely, E. T. (2017). Designing Visual Aids That Promote Risk Literacy: A Systematic Review of Health Research and Evidence-Based Design Heuristics. *Human Factors*, 59(4), 582-627. <https://doi.org/10.1177/0018720817690634>
- Ghaddar, S.F., Valerio, M.A., Garcia, C.M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: The importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health* (82), 28-36. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00664.x>
- Ghanem, A.S., Nguyen, C.M., Mansour, Y., Fábíán, G., Rusinné Fedor, A., Nagy, A., & Móre, M. (2023). Investigating the Association between Sociodemographic Factors and Chronic Disease Risk in Adults Aged 50 and above in the Hungarian Population. *Healthcare (Basel)* 11(13), 1940. doi: 10.3390/healthcare11131940.
- Gioia, F., & Boursier, V. (2020). What does predict cyberchondria? Evidence from a sample of women. *J Psychol*, 7(69), 1047-2313. DOI: 10.12974/2313-1047.2020.07.6
- Gray, N.J., Klein, J.D., Noyce, P.R., Sesselberg, T.S., & Cantrill, J.A. (2005). The

- Internet: a window on adolescent health literacy. *J Adolesc Health*, 37(3), 243.e1-243.e7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.023
- Griese, L., Schaeffer, D., & Berens, E. (2023). Navigational health literacy among people with chronic illness. *Chronic Illness* 19(1), 172-183. DOI: 10.1177/17423953211073368
- Hasannejadasl, H., Roumen, C., Smit, Y., Dekker, A., & Fijten, R. (2022). Health Literacy and eHealth: Challenges and Strategies. *JCO Clin Cancer Inform.* 6(e2200005). doi: 10.1200/CCI.22.00005
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Van Der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling* (98), 41-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>
- Jokić-Begić, N., Korajlija, A. L., & Mikac, U. (2020). Cyberchondria in the age of COVID-19. *PLOS ONE*, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243704>
- Jokić-Begić, N., Mikac, U., Čuržik, D., & Jokić, C. S. (2019). The Development and Validation of the Short Cyberchondria Scale (SCS). *J Psychopathol Behav Assess* (41), 662-676. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09744-z>
- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 73(102239). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239>
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., & Tsouros, A.D. (2013). Health Literacy: The solid facts. *World Health Organization*. ISBN: 978 92 890 00154
- Kim, H., & Xie, B. (2017). Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling* 100(6), 1073-1082. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.015>
- Kim, K., Shin, S., Kim, S., & Lee, E. (2023). The Relation Between eHealth Literacy

- and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 25(e40778). doi: 10.2196/40778
- Kim, S., Oh, J., & Lee, Y. (2013). Health Literacy: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 19(4), 558-570. doi: 10.5977/jkasne.2013.19.4.558
- Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling. 3ª Edição. Guilford Press. ISBN: 978 1 60623 876 9
- Leal, I., & Pais-Ribeiro, J. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. 1ª Edição. Pactor. ISBN: 9789896931056.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1643). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15081643>
- Lewis, T. (2006). Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria?. *Media, Culture & Society*, 28(4), 521-39. doi.org/10.1177/0163443706065027
- Marôco, J. (2007). Análise estatística com utilização do SPSS (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978 972 618 452 2.
- Marôco, J. (2021). Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações. (3ª ed.). Lisboa: Pêro Pinheiro. ISBN: 978 989 96763 6 7. Edições Sílabo. ISBN: 978 972 618 452 2.
- Mathes, B.M., Norr, A.M., Allan, N.P., Albanese, B.J., & Schmidt, N.B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research* (261), 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.002>
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders* (28), 259-265. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>

- McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019). The CSS-12: Development and validation of a short-form version of the cyberchondria severity scale. DOI: 10.1089/CYBER.2018.0624
- McMullan, R.D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 245, 270-278. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.037
- Mestre-Bach, G., & Potenza, M. N. (2023). Cyberchondria: a Growing Concern During the COVID-19 Pandemic and a Possible Addictive Disorder?. *Current Addiction Reports* (10), 77-96. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00462-3>
- Miller, T. A. (2016). Health Literacy and Adherence to Medical Treatment in Chronic and Acute Illness: A Meta-Analysis. *Patient Educ Couns* 99(7), 1079-1086. doi:10.1016/j.pec.2016.01.020
- Nadeem, F., Malik, N.I., Atta, M., Ullah, I., Martinotti, G., Pettorruso, M., Vellante, F., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2022). Relationship between health-anxiety and cyberchondria: Role of metacognitive beliefs. *J Clin Med*, 11(9), 2590-2608. DOI: 10.3390/jcm11092590
- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006). eHEALS : The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research* 8(4), e27. doi: 10.2196/jmir.8.4.e27
- Özer, Ö., Özmen, S., & Özkan, O. (2021). Investigation of the effect of cyberchondria behavior on e-health literacy in healthcare workers. *Hosp Top*, 1-9. DOI: 10.1080/00185868.2021.1969873
- Özkan, O., Sungur, C., & Özer, Ö. (2022). Investigation of cyberchondria level and digital literacy on women in Turkey. *J Hum Behav Soc Environ*, 32(6), 768-780. DOI: 10.1080/10911359.2021.1962776
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2a Ed.). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Roberts, J. (2015). Improving health literacy to reduce health inequalities. *Public Health*

- England. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/local-action-on-health-inequalities-health-literacy-to-reduce-health-inequalities>.
- Sales, C.M.D., Moleiro, C.M.M., Evans, C., & Alves, P.C.G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista Psiquiatria Clínica* 39(2), 54-9.
<http://doi.org/10.1590/s0101-60832012000200003>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., & Broucke, S. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
- Starcevic, V. (2023). Keeping Dr. Google under control: how to prevent and manage cyberchondria. *World Psychiatry* (22:2), 233-234. DOI:10.1002/wps.21076
- Starcevic, V., Baggio, S., Berle, D., Khazaal, Y., & Viswasam, K. (2019). Cyberchondria and its relationships with related constructs: A network analysis. *Psychiatr Q*, 90, 491-505. DOI: 10.1007/s11126-019-09640-5
- Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020). Recent Insights Into Cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22(56). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01179-8>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*, 13(2), 205-213. DOI: 10.1586/ern.12.162
- Thomas, S. P., (2023). Addressing Gaps in Knowledge about Cyberchondria. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(7), 583-584. DOI: 10.1080/01612840.2023.2229718
- Tomás, C.C., Queirós, P.J.P., & Ferreira, T.J.R. (2014). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência* IV(2), 19-28.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14004>
- Uslu-Sahan, F., & Purtul, S. (2023). Health Anxiety and eHealth Literacy as Predictors

of Cyberchondria in Women. *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.*, 14(3), 454-461. <https://doi.org/10.31067/acusaglik.1285876>

Warwick, H.M., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behav Res Ther*, 28(2), 105-117. doi: 10.1016/0005-7967(90)90023-c

Yang, Y., Ta, N. & Li, Z. (2022). Investigating the Obsessive and Compulsive Features of Cyberchondria: A Holistic Review. *Front. Psychol*, 13(897426). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.897426>

ANEXOS

Anexo A

Enquadramento Teórico

Literacia (Digital) em Saúde

A literacia em saúde define-se pela capacidade do indivíduo em adquirir, processar, compreender, avaliar e aplicar a informação de modo a tomar ativamente decisões na promoção da saúde e na prevenção da doença (Norman & Skinner, 2006; Heijmans et al., 2015; Kim & Xie, 2017; Direção-Geral da Saúde, 2021; Levin-Zamir & Bertschi, 2018; Hasannejadasl et al., 2022). Por sua vez, a literacia digital em saúde refere-se à “capacidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar informações sobre saúde, a partir de fontes digitais, para identificar ou resolver um problema relacionado com a saúde” (Uslu-Sahan & Purtul, 2023). Esta consiste na capacidade do indivíduo em aceder e utilizar informações obtidas no meio online, de explorar várias fontes e deter a habilidade de refletir criticamente sobre as informações encontradas. A literacia digital em saúde possui um papel mediador e fundamental na comunicação entre os profissionais clínicos e os doentes, na gestão da saúde e na prevenção e controlo de doenças, uma vez que possibilita à pessoa identificar sintomas e opções de tratamento, tornando assim a literacia em saúde numa prioridade da saúde pública (Uslu-Sahan & Purtul, 2023). Como referido no relatório da DGS (2021) sobre os níveis de literacia em saúde, “A literacia em saúde pode também ser entendida como determinante, mediador e moderador da saúde, constituindo uma das portas de entrada da população no acesso à melhoria da saúde” (p. 7).

Segundo a avaliação da literacia em saúde (DGS, 2021) realizada a 2019 em Portugal, aferida através do inquérito HLS19, os níveis de literacia foram atribuídos com base nos 4 níveis estipulados no Estudo Europeu sobre Literacia em Saúde (2009-2012), sendo considerados níveis baixos de literacia em saúde “inadequado” e “problemático”, e níveis altos “adequado” e “excelente”. Segundo o relatório, a população registou 5% de literacia excelente, 65% suficiente, 22% problemático e 8% inadequada. As dimensões da literacia em saúde contavam com as componentes da *promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde*. Segundo os resultados obtidos, e em concordância com a literatura, observam-se maiores níveis na componente da promoção da saúde, seguida dos cuidados de saúde, e menores níveis na prevenção da doença.

As características da população com menores níveis de literacia em saúde refletem-se em indivíduos de idade avançada, com baixo estatuto socioeconómico, baixos níveis de educação, grupos minoritários, em indivíduos com doença crónica e pessoas com incapacidade física e mental (Dewalt et al., 2004; Garcia-Retamero & Cokely, 2017; Public Health England, 2015; Heijmans et al., 2015).

Baixos níveis de literacia em saúde traduzem-se numa degradação da saúde geral, mais hospitalizações, maior mortalidade, acesso insuficiente a cuidados de saúde, maior utilização dos cuidados de emergência, maior dificuldade em assumir tomadas de decisão, pior adesão a tratamentos e numa pior autogestão da saúde. Um baixo grau de literacia em saúde acarreta ainda desigualdades no acesso aos recursos de saúde (Heijmans et al. 2015; Kim & Xie, 2017), provoca baixa adoção às medidas preventivas por parte dos indivíduos e uma menor utilização e interação dos meios digitais na saúde, que se associam a piores resultados de saúde. Segundo Kim & Xie (2017), mesmo os indivíduos com elevados níveis de literacia digital em saúde mostraram uma pobre autoeficácia nas suas habilidades em, não só encontrar informações de saúde, mas igualmente em perceber a qualidade da informação. Ainda, no estudo de Ghaddar e colegas (2012) sobre os desafios enfrentados pelos adolescentes aquando da utilização da internet para obtenção de informações sobre saúde, foi constatado que mesmo utilizando frequentemente as tecnologias de informação, os sujeitos apresentavam dificuldades no envolvimento com a *e-saúde*, como também em compreender e utilizar as informações online.

Os cuidados de saúde prestados aos doentes, como também à população em geral, têm sido cada vez mais apoiados pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs), que incluem a comunicação eletrónica entre os profissionais e os pacientes, registos pessoais de saúde, registos médicos eletrónicos, portais e aplicações para os pacientes e programas de educação para a saúde (Kim & Xie, 2017), o que deu origem ao novo conceito *e-saúde*. Esta crescente adoção das TICs nos serviços de saúde exige dos indivíduos um maior empenho a nível dos autocuidados e da autogestão das doenças através da *e-saúde*. Assim sendo, a literacia digital em saúde empreende-se como agente moderador e mediador (Uslu-Sahan & Purtul, 2023) já que pode ser utilizada em diversos métodos, nomeadamente como uma principal fonte em projetos de saúde pública (Baskerville et al., 2016; Benetoli et al., 2015; Chang et al., 2013). Para que tal se processe de forma adequada, é fundamental que a população detenha de níveis suficientes de literacia em saúde, em especial no contexto da saúde digital.

Influência da Literacia em Saúde nos Comportamentos de Saúde

A literacia em saúde é um dos principais fatores fortemente associados aos comportamentos de saúde, à gestão da doença e à qualidade de vida (Berkman et al., 2011; Al Sayah et al., 2013; Kim et al., 2013). Gochman (1988, citado por Kim et al., 2023) define comportamentos de saúde como padrões comportamentais, hábitos e ações que se relacionam com a manutenção, recuperação e melhoria da saúde, o que inclui a utilização dos serviços de cuidados de saúde, o cumprimento dos tratamentos e comportamentos de saúde autónomos.

Apesar da reconhecida influência da literacia em saúde nos comportamentos de saúde, pouco se conhece sobre a associação entre os comportamentos de saúde e a *e-literacia* em saúde. No estudo de Kim et al. (2023), os autores procuraram entender se a *e-literacia* em saúde poderia agir como variável mediadora entre a modificação dos comportamentos relacionados com a saúde e a obtenção de informações online, em que, segundo os mesmos, os resultados apontaram para uma associação *significativa positiva* entre a literacia digital em saúde e os comportamentos relacionados com a saúde, tais como autogestão, gestão da doença, adesão à medicação e ações preventivas, constatando a mudança comportamental.

Cibercondria

A Cibercondria é caracterizada pela procura online repetitiva e excessiva de informações sobre saúde, que resulta numa intensificação de sofrimento e ansiedade relacionada com a saúde, conjugando assim um padrão comportamental com um estado emocional subsequente. A cibercondria possui quatro características predominantes, sendo estas 1) a excessividade (natureza repetitiva e crescente das pesquisas), 2) a compulsão (interferência com a vida on/offline do sujeito devido às pesquisas online), 3) o *distress* (reação emocional negativa) e 4) a segurança (procura por aconselhamento médico profissional após as pesquisas na internet) (McElroy et al., 2019). A procura pela informação persiste mesmo quando existe uma interferência com o normal funcionamento da pessoa e das consequências negativas resultantes das pesquisas, como as perturbações na relação com os profissionais e cuidados de saúde (Starcevic et al., 2020; Starcevic, 2023; MestreBach & Potenza, 2023). Segundo Bagarić e Jokić-Begić (2019), estes sujeitos têm a tendência de se apoiar em páginas que descrevam doenças graves, raras ou intrigantes, ao invés daquelas que possuem descrições benignas dos

sintomas. A exposição destes indivíduos a termos e explicações complexas sobre doenças leva a uma maior probabilidade tanto de autodiagnóstico, como de “autotratamento”, que desenvolve uma escalada de ansiedade relativa à saúde ou, por outras palavras, à Cibercondria.

O conceito de Cibercondria regista os seus inícios no jornalismo, em 1999, ao referirem a face negativa da revolução da internet, o novo grande meio de comunicação e informação que viria a originar histórias de adição à mesma. Contudo, os artigos detinham um carácter sensacionalista, o que fez com que o termo não ganhasse preocupação pelos profissionais da área clínica, até uma década depois. Em 2009 investigadores da Microsoft concluem um estudo que determinava os fatores que levavam à crescente preocupação por questões de saúde ao longo das pesquisas online de informações relacionadas com a saúde (Starcevic et al., 2020).

Apesar de não existir uma classificação e etiologia precisas partilhadas entre os investigadores, a Cibercondria detém duas características consensuais: (1) a ansiedade relacionada com a saúde e (2) o padrão repetitivo/excessivo da procura online de informações sobre a saúde. A imprecisão da sua definição reside também no facto de não haver uma perspetiva teórica que responda às questões sobre se este novo construto é uma perturbação psicológica contemporânea, uma manifestação moderna da hipocondria, um comportamento de adição, ou um fator de risco para o desenvolvimento de uma psicopatologia, como a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (Mestre-Bach & Potenza, 2023; Bagarić & Jokić-Begić, 2019).

A COVID-19 tornou-se um fator fulcral no entendimento (ou até mesmo no desenvolvimento) da Cibercondria. Sabe-se, através de estudos sobre pandemias e epidemias passadas (ex.: Ébola 2014/2016, H1N1 2009/2010, Avian Influenza 2006, SARS 2003) que durante os surtos de vírus as preocupações com a saúde, a ansiedade e os comportamentos de precaução se tornam frequentes e generalizados, trazendo um impacto psicossocial significativo. Segundo Jokić-Begić et al. (2020), na vivência de crises de saúde a exposição aos meios de comunicação acerca da crise comunitária pode levar a um aumento da ansiedade e a um agravamento das respostas de stress, que têm um efeito prejudicial à saúde do indivíduo, ou seja, a inundação de informações ambíguas nos meios de comunicação ao longo de uma situação pandémica torna-se uma grande fonte causadora de ansiedade. Consequentemente, a insegurança e ansiedade podem desencadear uma procura compulsiva de informações na internet e redes sociais, o que intensifica estas sensações, abrindo-se assim um ciclo vicioso.

As investigações de Jungmann & Witthöft (2020), Jokić-Begić et al. (2020) e Mestre-Bach & Potenza (2023) sugerem uma correlação *positiva* entre o *distress* relacionado com a COVID-19 e a Cibercondria e, posteriormente, Bagarić e Jokić-Begić (2022) indicaram dois fatores significativos do contexto da COVID-19 na Cibercondria: (1) as características da internet (classificação da informação, tipo de conteúdo, quantidade e qualidade da informação) que provocam a ascensão para um diagnóstico mais grave; (2) a vulnerabilidade do sujeito (medo do vírus, ansiedade geral de saúde, intolerância face à incerteza). Estes fatores apresentam entre si um carácter interativo contínuo, uma vez que é o próprio indivíduo que seleciona a pesquisa e o conteúdo a consultar, e a informação que o utilizador absorve afetará as suas crenças sobre os sintomas, conhecimentos de saúde e reação emocional.

Principais Perspetivas Teóricas

Bagarić e Jokić-Begić (2019) apontam três perspetivas teóricas da Cibercondria: Modelo Biopsicossocial, Modelo Cognitivo-Comportamental e o Modelo da Cibercondria.

O Modelo Biopsicossocial é focado na interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no entendimento das causas e resultados da doença e da saúde. Dadas as mudanças decorrentes no mundo e nas sociedades, alguns autores sugerem a expansão do fator digital ao modelo, que tem vindo a ser percecionado como uma grande influência na vida dos indivíduos (Ahmadvand et al., 2018). Os meios digitais influenciam o fator psicológico no sentido em que a informação sobre a saúde pode tanto reduzir a ansiedade, como aumentá-la no caso de inexistência de uma doença somática, como se sucede no âmbito da Cibercondria. A componente social envolve-se na Cibercondria no caso do acesso às informações online, de modo em que os conteúdos podem ser criados pelos próprios doentes, sobre as suas experiências subjetivas e a forma como lidam com a doença (Lewis, 2006). Quando o indivíduo, que já se encontra alarmado com a sua saúde acede a estes conteúdos, acaba a cair na tendência de acreditar que possui as mesmas condições lidas ou experienciadas por outros. Outra questão a ter em consideração é que após realizar uma determinada pesquisa, o sujeito será exposto aos conteúdos mais selecionados por outros utilizadores, já que os algoritmos dos motores de busca se baseiam na afluência de visitas aos websites. Igualmente, a vida online transmite a representação de que o sujeito deve ser o principal responsável pela sua saúde, promovendo assim a auto-observação de sintomas. Posto

isto, entende-se a influência negativa das componentes social e psicológica, que contribuem para a Cibercondria em pessoas que possuem fatores de vulnerabilidade.

Segundo o Modelo Cognitivo-Comportamental, a origem do desenvolvimento da ansiedade em relação à saúde assenta nas crenças disfuncionais sobre a saúde, os comportamentos de saúde e a doença. Estas crenças são adquiridas na experiência subjetiva com doenças e profissionais de saúde, no historial familiar e nas informações encontradas nos meios de comunicação social. As crenças podem ser ativadas por estímulos internos ou externos, levando à estimulação de pensamentos automáticos negativos. A tentativa de controlar a ansiedade sentida é feita de várias formas, podendo intensificar mais a ansiedade ou manter a mesma a longo prazo. Deste modo, são ativados comportamentos de procura de segurança, que resultam numa redução temporária da ansiedade, mas que a longo prazo mantém a preocupação pelo corpo ou pela doença (Warwick & Salkovskis, 1990). A pesquisa por informações sobre saúde pode apresentar-se como um gatilho para a escalada da ansiedade, mas também pode ter um carácter de comportamento seguro. Contudo, a internet não é propriamente uma fonte significativamente segura de busca.

O Modelo da Cibercondria foi proposto por Starcevic e Berle, e explica que a pesquisa de informações sobre saúde na internet conduz a um dos dois resultados: (1) temporária diminuição da ansiedade, por haver a conclusão de que os sintomas são benignos; (2) aumento da ansiedade, dada a informação alarmante encontrada na internet.

São apontadas quatro razões para a explicação sobre o que leva os indivíduos a continuar a pesquisar informações sobre saúde, mesmo com o aumento da ansiedade. A primeira concerne à questão da intolerância à incerteza, no sentido em que quando a informação é complexa, gera-se o sentimento de incerteza e, uma vez que existe a dificuldade em lidar com a dúvida, dá-se continuidade às pesquisas de forma a diminuir o desconforto. Em segundo lugar, pode dar-se a necessidade do sujeito precisar de encontrar a explicação exata para os seus sintomas, o que requer a pesquisa de uma grande quantidade de informação (sendo este um dos pontos da teoria que conecta a cibercondria a características obsessivo-compulsivas). Em terceiro, uma vez encontrado um diagnóstico grave, as pesquisas continuam com o intuito de conduzir a uma explicação menos preocupante dos sintomas, podendo a ansiedade diminuir. Por último, os autores sugerem que o indivíduo pode ter dificuldades em apurar a veracidade da fonte da internet, o que o leva a continuar a pesquisa.

Fatores de Vulnerabilidade

Diversos estudos (Mathes et al., 2018; Bagarić & Jokić-Begić, 2019; Bagarić & Jokić-Begić, 2022; Starcevic, 2023) destacaram fatores que constituem um entender do porquê que por vezes as pesquisas levam a um aumento da ansiedade, enquanto que outras vezes não, sendo estes a ansiedade relacionada com a saúde, a sensibilidade à ansiedade, a intolerância face à incerteza e as metacognições.

A ansiedade relacionada com a saúde tem sido a mais significativa vulnerabilidade para o desencadear da cibercondria. Antes de mais, é necessário entender que a ansiedade relacionada com a saúde é uma condição psicológica caracterizada pela preocupação excessiva com a saúde física, na ausência de qualquer patologia orgânica. Indivíduos que apresentam altos níveis desta condição fazem mais pesquisas sobre saúde, com uma duração mais prolongada, favorecendo assim a excessividade do comportamento de cibercondria. Segundo Bagarić e Jokić-Begić (2022) as pesquisas excessivas resultam em níveis mais elevados de ansiedade e preocupações, que incentivam uma maior frequência de visitas ao médico, com base nas informações da internet.

A sensibilidade à ansiedade caracteriza-se pelo medo de sensações de ansiedade, que surge de crenças de que essas mesmas sensações terão consequências, sendo que estas podem ser a nível das esferas somáticas (ataque cardíaco), psicológicas (perder a sanidade) ou sociais (vergonha) (Taylor, 1999).

A procura pela diminuição da incerteza é um dos principais objetivos das pesquisas online sobre informações de saúde. Ao contrário das visitas ao médico, a internet oferece diversas respostas imediatas sobre qualquer sintoma, mesmo que pouco significativo, o que permite aos sujeitos não terem de lidar com a incerteza durante determinado período de tempo. Contudo, oferecendo esta grande quantidade de informação, muitas vezes contraditória, as pesquisas podem acabar por gerar um aumento da incerteza, havendo por vezes uma tendência para avaliar de forma catastrófica as informações ambíguas obtidas.

As metacognições dizem respeito à consciência que o indivíduo tem sobre as suas mesmas cognições. As crenças positivas sobre a preocupação, no sentido em que esta pode proteger o próprio de desenvolver alguma patologia, leva-o a manter o carácter disfuncional das pesquisas, que são feitas com o intuito de reduzir a ansiedade que advém da preocupação pela saúde. Todavia, a informação excessiva pode apenas

aumentar a ansiedade, reforçando a crença de que os pensamentos sobre determinada doença são incontroláveis.

Avaliação da Cibercondria

Como o próprio construto em si, os instrumentos de avaliação da Cibercondria encontram-se numa fase inicial de desenvolvimento. A primeira escala foi desenvolvida por McElroy e Shelvin, em 2014, denominada de *Cyberchondria Severity Scale (CSS)*, composta por 33 itens e com uma estrutura de cinco fatores: compulsividade, distração, excessividade, pedido de reconfirmação e falta de confiança nos profissionais de saúde. Este último fator tem sido polémico, uma vez que em nenhum outro estudo foi demonstrado o mesmo peso fatorial, deduzindo assim que o fator não é um construto integral da Cibercondria. Mais tarde, foi então criada a versão reduzida da escala original, sem o último fator controverso. A *Short-Form Version of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12)* é constituída por 12 itens e compreende quatro subescalas (excesso, *distress*, segurança/tranquilidade e compulsão). Posteriormente, foi desenvolvida a *The Short Cyberchondria Scale (SCS)*, na Croácia, uma escala composta por apenas 4 itens, que apesar de curta tem demonstrado ser uma ferramenta válida, de fácil implementação e uso intercultural, dado que é referente a elementos centrais da Cibercondria (Bagarić & Jokić-Begić, 2019), não obstante a questões culturais.

Prevenção e Tratamento da Cibercondria

Segundo Starcevic et al. (2020) e Starcevic (2023) a prevenção da Cibercondria deve passar pelos elementos que provocam um maior risco para o construto, nomeadamente a incerteza e desconhecimento quanto à credibilidade da informação encontrada, as expectativas erradas face à internet e a fraca capacidade para lidar com o excesso de informação. Uma vez que a literacia em saúde tem vindo a ser associada à Cibercondria (Starcevic, 2023; Bagarić & Jokić-Begić, 2019; Aslantaş & Altuntaş, 2023; Uslu-Sahan & Purtul, 2023; Starcevic et al., 2020; McElroy & Shevlin, 2014), entende-se que a sua prevenção deve passar pela promoção da literacia em saúde na população. Isto pode capacitar os indivíduos a avaliar a veracidade das informações encontradas e a reduzir a probabilidade do aumento da ansiedade, como também de educar os utilizadores a encontrar a informação pretendida na internet sem se sentirem assoberbados pela sua quantidade.

Até à data, foram sugeridas algumas intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas, contudo não existem abordagens especificamente adequadas para o tratamento da Cibercondria. Quanto à farmacologia, foram propostos inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ex.: paroxetina e fluoxetina), mas segundo Mestre-Bach & Potenza (2023) a investigação propõe que a terapia cognitivo-comportamental poderá ter mais eficácia do que os agentes farmacológicos. Alguns autores (Bagarić & Jokić-Begić, 2019; Starcevic et al., 2020; Mestre-Bach & Potenza, 2023; Starcevic, 2023; Tyrer, 2023) referem que a utilização da abordagem cognitivo-comportamental pode ser benéfica, nomeadamente para o tratamento da ansiedade relacionada com a saúde. O tratamento deve incidir nos fatores de vulnerabilidade, como a intolerância à incerteza, as metacognições sobre a saúde, a sensibilidade à ansiedade (Bagarić & Jokić-Begić, 2019), tendências perfeccionistas e na má utilização da internet. Devem ser tidas em consideração três hipóteses aquando da psicoterapia: (1) Se a cibercondria surge associada ou subjacente a uma psicopatologia (ex.: POC), propondo que será necessário o tratamento da psicopatologia envolvida para que haja o alívio dos sintomas da cibercondria; (2) No caso da cibercondria aparecer em simultâneo com outra psicopatologia, deve seguir-se o tratamento de ambas as condições; (3) Se a cibercondria ocorre sem outras comorbilidades, o tratamento deve ser inteiramente focado nesta condição.

Implicações no Sistema Público de Saúde

O conceito ambíguo da Cibercondria faz com que a mesma não seja ainda uma condição reconhecida, levando a que os indivíduos se apresentem nos serviços clínicos com perturbações de ansiedade, hipocondria ou até com dependência da internet (Starcevic et al., 2020). Todavia, a Cibercondria leva os sujeitos a negligenciarem as suas prioridades, como as relações sociais, deveres e atividades de casa ou do trabalho/meio académico, afetando assim a sua funcionalidade. Segundo a investigação de Mathes et al. (2018), constatou-se uma associação entre a Cibercondria e a incapacidade funcional, mesmo quando é controlado o efeito da ansiedade relacionada com a saúde. Contudo, mais estudos serão necessários para uma melhor compreensão do impacto deste construto nos vários domínios do funcionamento. Starcevic et al. (2020) e Starcevic (2023), estimam que a Cibercondria tenha implicações tanto na procura como na receção dos cuidados de saúde. Isto porque, o sujeito pode procurar consultar profissionais médicos com maior frequência do que a necessária ou, como

forma de lidar com a ansiedade induzida pelo excesso da procura online de informações, evitar o contacto com os profissionais clínicos, trazendo assim consequências negativas adicionais ao seu estado de saúde. Ainda, outra questão a considerar quanto ao impacto da Cibercondria nos serviços de saúde, foca-se na relação entre o profissional de saúde e o paciente (Starcevic et al., 2020; Starcevic, 2023), já que este possui uma tendência de propor ou desafiar diagnósticos, tratamentos e procedimentos médicos (como análises, biópsias, etc.) ao profissional clínico. Porém, ainda são desconhecidos os danos da Cibercondria, a qualidade da adesão ao tratamento por parte do paciente e custos económicos associados.

Posto isto, e uma vez que se estima que a Cibercondria afete consideravelmente os cuidados de saúde (Mathes et al., 2018; Yang, Ta & Li, 2022), entende-se que este construto se trata de um problema de saúde pública, ao qual deve ser atribuído o devido reconhecimento, devendo ser desenvolvida uma gestão desta condição.

Doença Crónica

A doença crónica caracteriza-se por uma doença de longa duração, que surge devido a causas irreversíveis, que tende a prolongar-se por toda a vida, que provoca invalidez (em diferentes graus), demanda uma reeducação, requer o seguimento de determinadas prescrições terapêuticas, necessita de um controlo periódico (de observação ou tratamento) e exige a adoção de prudências no estilo de vida (Giovanninni et al., 1986). As doenças crónicas são, por isso, condições exigentes e complexas que exigem conhecimento, competência e uma participação ativa por parte do doente, essenciais para um adequado controlo da condição crónica, assim como para a obtenção de uma melhor qualidade de vida. Contudo, o progresso clínico do indivíduo está dependente do seu nível de literacia em saúde (Griese et al., 2023; Miller, 2016; Dunn & Conard, 2018). Segundo a literatura, determinados subgrupos de doentes crónicos (baixos rendimentos, menos escolaridade, comorbilidades, etc) apresentam menores níveis de literacia em saúde, refletindo uma menor capacidade na tomada das mais corretas decisões para saúde, bem como uma menor competência de autogestão da sua condição crónica (Heijmans et al., 2015).

Níveis desadequados de literacia em saúde afetam não só os aspetos gerais e básicos da vida da pessoa, mas principalmente do doente crónico, uma vez que exige do mesmo a necessidade de identificar sintomas, de realizar o diagnóstico precocemente, de avaliar

as opções de tratamento e de estar consciente dos efeitos secundários, tanto da doença como do método terapêutico (Hasannejadasl et al., 2022).

Anexo B

Consentimento Informado

O presente estudo é da responsabilidade da mestranda Margarida Evangelho, sob a orientação da Prof. Doutora Filipa Pimenta e coorientação da Mestre Filipa Pancada-Fonseca, no âmbito do Seminário de Dissertação, do Mestrado de Psicologia da Saúde.

Esta investigação tem por objetivo compreender a influência da literacia digital em saúde no comportamento de pesquisas online, em pessoas com e sem doença crónica. Podem participar nesta investigação todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham acesso à internet e dominem a fala, escrita e leitura da língua portuguesa.

A sua participação é muito importante para podermos conhecer de forma mais objetiva e abrangente como é que jovens adultos e adultos utilizam a internet como forma de pesquisar assuntos relacionados com a saúde geral e qual a importância da literacia digital em saúde.

A sua participação é totalmente voluntária e pode desistir de participar a qualquer momento, sem que isso tenha quaisquer consequências para si. Os dados recolhidos serão confidenciais e analisados apenas em termos gerais para fins académicos.

Convidamo-lo(a) a participar nesta investigação através do preenchimento do questionário que se segue, o qual terá uma duração aproximada de 10-15 minutos. A sua participação é de extrema importância. No final do estudo, caso pretenda ter acesso aos resultados do mesmo, poderá preencher o campo específico que se encontra no final do questionário.

Agradecemos a sua participação!

Margarida Evangelho

Email: margaridaevangelho2@gmail.com

Confirmo que li as condições do presente estudo e aceito participar no mesmo.

ISPA – Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700

Anexo C

Questionário Sociodemográfico e Questionário de Caracterização Clínica

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: _____
2. Sexo (biológico)
 - a. Feminino
 - b. Masculino
 - c. Outro: _____
3. Nacionalidade
 - a. Portuguesa
 - b. Brasileira
 - c. Outra: _____
4. Local de residência
 - a. Norte
 - b. Centro
 - c. Lisboa e Vale do Tejo
 - d. Alentejo
 - e. Algarve
 - f. Região Autónoma dos Açores
 - g. Região Autónoma da Madeira
 - h. Outro: _____
5. Grau de instrução adquirido
 - a. 1º ciclo
 - b. 2º ciclo
 - c. 3º ciclo ou equivalente
 - d. Ensino Secundário ou equivalente
 - e. Licenciatura ou Bacharelato
 - f. Mestrado
 - g. Doutoramento
 - h. Outro: _____
6. Situação profissional
 - a. Empregado
 - b. Desempregado
 - c. Reformado
 - d. Estudante
 - e. Trabalhador-Estudante
 - f. Outro: _____

Questionário Caracterização Clínica

7. Tem alguma doença crónica? (Caso responda “Não”, selecione a resposta “Não aplicável” nas próximas cinco questões)

- a. Sim
- b. Não

7.1. A qual das categorias pertence a sua doença crónica? Caso tenha mais do que uma categoria, selecione as opções a que se aplicam

- a. Não aplicável
- b. Doença Oncológica
- c. Doenças Cardiovasculares
- d. Doenças do Aparelho Respiratório
- e. Diabetes
- f. Doenças Musculoesqueléticas
- g. Doenças do Sistema Digestivo
- h. Doenças Neurológicas
- i. Doenças Autoimunes
- j. Outra categoria de doença: _____

7.2. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico? (Considere o diagnóstico mais recente)

- a. Não aplicável
- b. ≤ 1 ano
- c. Entre 1 ano e 2 anos
- d. Entre 2 e 5 anos
- e. Entre 5 e 10 anos
- f. ≥ 10 anos

7.3. Toma medicação para a sua condição?

- a. Não aplicável
- b. Sim
- c. Não

7.4. Alguma vez esteve incapacitado(a) por um determinado período de tempo, para os contextos de trabalho, escola/faculdade, ou para cuidar de outras responsabilidades por razões relacionadas com a sua doença?

- a. Não aplicável
- b. Sim
- c. Não

7.4.1. Se sim, ao longo de quanto tempo esteve incapacitado?

- a. Não aplicável
- b. < 1 mês
- c. Entre 1 mês e 6 meses
- d. Entre 6 meses e 1 ano
- e. Entre 1 ano e 2 anos
- f. Entre 2 e 5 anos
- g. Entre 5 e 10 anos
- h. ≥ 10 anos

8. Tem algum familiar de primeiro grau com doença crónica?

- a. Filha/Filho

- b. Mãe/Pai
 - c. Não tenho
- 9. No último ano, quantas vezes se deslocou ao serviço de urgência de uma instituição clínica (pública ou privada)?**
- a. Nenhuma
 - b. Entre 1 e 5 vezes
 - c. Entre 6 e 10 vezes
 - d. Entre 11 e 15 vezes
 - e. Entre 16 e 20 vezes
 - f. Entre 21 e 25 vezes
 - g. Mais de 25 vezes
- 10. Onde costuma procurar informações relacionadas com a saúde?**
- a. Na internet
 - b. Junto de um profissional de saúde
 - c. Junto de familiares
 - d. Junto de amigos/colegas
 - e. Outro: _____
- 10.1. Se respondeu “Na internet”, que motivos o(a) levam a pesquisar informações sobre saúde nesta plataforma?**
- a. Não faço pesquisas na internet
 - b. Clareza das informações
 - c. Utilidade das informações
 - d. Credibilidade das informações
 - e. Atualidade das informações
 - f. Confidencialidade e privacidade das pesquisas
 - g. Facilidade de navegação nos websites
 - h. Interatividade online com outros utilizadores
 - i. Conveniência
 - j. Falta de confiança nos profissionais de saúde
 - l. Confiança nas minhas pesquisas
 - m. Outro: _____
- 11. Quais os principais motores de busca ou aplicações que utiliza para procurar informação sobre saúde?**
- a. Google / Safari / Bing / Yahoo
 - b. Youtube
 - c. Instagram
 - d. Tik-Tok
 - e. Reddit
 - f. Outro: _____
- 12. Com que frequência pesquisa informações sobre saúde na internet?**
- a. Menos de uma vez por semana
 - b. 1 a 2 vezes por semana
 - c. 3 a 4 vezes por semana
 - d. Todos ou quase todos os dias

- e. Todos os dias, várias vezes ao dia

Anexo D

Tradução do *Cyberchondria Severity Scale Short-Form (CSS-12)*

Versão original	Versão Final Adaptada
1. If I notice an unexplained bodily sensation I will search for it on the internet.	1. Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, procuro-a na internet.
2. Researching symptoms or perceived medical conditions online distracts me from reading news/sports/entertainment articles online.	2. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet, distrai-me da leitura online de notícias/entretenimento/ desporto.
3. I read different web pages about the same perceived condition.	3. Consulto diferentes websites sobre a mesma condição percebida.
4. I start to panic when I read online that a symptom I have is found in a rare/serious condition.	4. Começo a entrar em pânico quando leio na internet que um sintoma que tenho está presente numa condição médica rara/grave.
5. Researching symptoms or perceived medical conditions online leads me to consult with my GP.	5. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet, leva-me a consultar o meu médico (de família ou outro).
6. I enter the same symptoms into a web search on more than one occasion.	6. Pesquiso os mesmos sintomas na internet em mais do que uma ocasião.
7. Researching symptoms or perceived medical conditions online interrupts my work (e.g. writing emails, working on word documents or spreadsheets).	7. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet interrompe o meu trabalho (ex.: escrever emails, trabalho num documento de word).
8. I think I am fine until I read about a serious condition online.	8. Penso que estou bem até ler na internet sobre uma condição médica grave.
9. I feel more anxious or distressed after researching symptoms or	9. Sinto-me mais ansioso(a) ou stressado(a) após pesquisar

perceived medical conditions online.

sintomas ou condições médicas percebidas na internet.

10. Researching symptoms or perceived medical conditions online interrupts my offline social activities (e.g. reduces time spent with friends/family).

10. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet interfere com a minha vida social offline (ex.: reduz o tempo passado com amigos/família).

11. I suggest to my GP/medical professional that I may need a diagnostic procedure that I read about online (e.g. a biopsy/ a specific blood test).

11. Sugiro ao meu médico de família/profissional de saúde que posso precisar de fazer um exame diagnóstico sobre o qual li na internet (ex.: biópsia, análises específicas).

12. Researching symptoms or perceived medical conditions online leads me to consult with other medical specialists (e.g. consultants).

12. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet leva-me a consultar outros especialistas de saúde (ex.: técnicos, enfermeiros).

Anexo E

Instrumentos Psicométricos

Escala de e-Literacia em Saúde

Gostaríamos de conhecer a sua opinião e experiência no uso da internet para aceder a informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflete a sua opinião e experiência *neste momento*.

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

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

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

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

3. Sei **quais** são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.
- 1)Discordo totalmente
 - 2)Discordo
 - 3)Indeciso
 - 4)Concordo
 - 5)Concordo totalmente
4. Sei **onde encontrar** recursos úteis sobre saúde na internet
- 1)Discordo totalmente
 - 2)Discordo
 - 3)Indeciso
 - 4)Concordo
 - 5)Concordo totalmente
5. Sei **como** encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.
- 1)Discordo totalmente
 - 2)Discordo
 - 3)Indeciso
 - 4)Concordo
 - 5)Concordo totalmente
6. Sei **como usar** a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.
- 1)Discordo totalmente
 - 2)Discordo
 - 3)Indeciso
 - 4)Concordo
 - 5)Concordo totalmente
7. Sei como usar a **informação sobre saúde** que encontro na internet para me ajudar.
- 1)Discordo totalmente
 - 2)Discordo
 - 3)Indeciso
 - 4)Concordo
 - 5)Concordo totalmente
8. Consigo **avaliar** os recursos sobre saúde que encontro na internet
- 1)Discordo totalmente
 - 2)Discordo
 - 3)Indeciso
 - 4)Concordo
 - 5)Concordo totalmente
9. Sei distinguir os recursos de **elevada qualidade** dos de **fraca qualidade** entre os

recursos sobre saúde da internet.

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

10.Sinto-me **confiante** a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde.

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

Escala Short-form version of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12)

Por favor, leia as seguintes informações e indique como se aplicam geralmente a si, assinalando com um círculo a pontuação adequada. Por favor, tenha em consideração que o presente questionário diz respeito às condições de saúde percebidas (ex.: condições que pensa que tem), e não condições que tenham sido diagnosticadas por um profissional de saúde.

Itens	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Se eu notar uma sensação corporal inexplicável, procuro-a na internet.	1	2	3	4	5
2. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet, distrai-me da leitura online de notícias/entretenimento/ desporto	1	2	3	4	5
3. Consulta diferentes websites sobre a mesma condição percebida.	1	2	3	4	5
4. Começo a entrar em pânico quando leio na internet que um sintoma que tenho está presente numa condição médica rara/grave.	1	2	3	4	5
5. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet, leva-me a consultar o meu médico (de família ou outro).	1	2	3	4	5
6. Pesquiso os mesmos sintomas na internet em mais do que uma ocasião.	1	2	3	4	5
7. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet interrompe o meu trabalho (ex.: escrever emails, trabalho num documento de word).	1	2	3	4	5
8. Penso que estou bem até ler na internet sobre uma condição médica grave.	1	2	3	4	5
9. Sinto-me mais ansioso(a) ou stressado(a) após pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet.	1	2	3	4	5
10. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet interfere com a minha vida social offline (ex.: reduz o tempo passado com amigos/família).	1	2	3	4	5

11. Sugiro ao meu médico de família/profissional de saúde que posso precisar de fazer um exame diagnóstico sobre o qual li na internet (ex.: biópsia, análises específicas).	1	2	3	4	5
12. Pesquisar sintomas ou condições médicas percebidas na internet leva-me a consultar outros especialistas de saúde (ex.: técnicos, enfermeiros).	1	2	3	4	5

Escala do Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

Este questionário tem 34 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana. Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

Itens	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre
1. Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a	0	1	2	3	4
2. Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	0	1	2	3	4
3. Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	0	1	2	3	4
4. Tenho-me sentido bem comigo próprio/a	0	1	2	3	4
5. Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo	0	1	2	3	4
6. Fui violento/a fisicamente com outras pessoas	0	1	2	3	4
7. Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	0	1	2	3	4
8. Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	0	1	2	3	4
9. Pensei em fazer mal a mim próprio/a	0	1	2	3	4
10. Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	0	1	2	3	4
11. A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	0	1	2	3	4

12. Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	0	1	2	3	4
13. Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	0	1	2	3	4
14. Tenho sentido vontade de chorar	0	1	2	3	4
15. Senti pânico ou terror	0	1	2	3	4
16. Fiz planos para acabar com a minha vida	0	1	2	3	4
17. Senti que os meus problemas são demais para mim	0	1	2	3	4
18. Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	0	1	2	3	4
19. Senti que tenho pessoas de quem gosto	0	1	2	3	4
20. Não consegui pôr os meus problemas de lado	0	1	2	3	4
21. Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	0	1	2	3	4
22. Ameacei ou fiz alguém sentir medo	0	1	2	3	4
23. Senti-me desesperado/a ou sem saída	0	1	2	3	4
24. Pensei que era melhor se eu estivesse morto/a	0	1	2	3	4
25. Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas	0	1	2	3	4
26. Senti que não tinha amigos	0	1	2	3	4
27. Tenho-me sentido triste	0	1	2	3	4
28. Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter	0	1	2	3	4
29. Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	0	1	2	3	4
30. Tenho-me sentido culpado/a pelos meus problemas	0	1	2	3	4
31. Tenho-me sentido otimista em relação ao meu futuro	0	1	2	3	4

32. Tenho conseguido as coisas que queria	0	1	2	3	4
33. Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas	0	1	2	3	4
34. Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco	0	1	2	3	4

Anexo F

Matriz de Componente Rotativa CORE-OM

Itens	Fatores					
	Anxiety	Well-Being	Depressed Mood	Suicidal Ideation	Lack Social Support	Agressiveness
CORE_1	,334	,301	,432	,018	,391	-,002
CORE_2	,363	,295	,668	,037	,029	-,014
CORE_3	,027	,322	,287	,135	,644	-,010
(Inv)						
CORE_4	-,281	-,577	-,419	-,129	-,195	,047
CORE_5	,109	,313	,632	,147	,009	,043
CORE_6	,058	,017	,102	,114	-,035	,796
CORE_7	-,204	-,649	-,228	-,039	-,043	-,109
CORE_8	,154	-,044	,678	,089	,143	,097
CORE_9	,205	,129	,161	,828	,079	,111
CORE_10	,496	,329	,220	,118	,324	,108
CORE_11	,496	,326	,417	,133	-,032	,116
CORE_12	-,108	-,766	-,045	-,050	-,152	-,043
CORE_13	,661	,236	,236	,225	-,051	-,045
CORE_14	,543	,208	,521	,112	,160	-,043
CORE_15	,527	,058	,353	,385	,153	-,026
CORE_16	,181	,106	,061	,861	,046	,041
CORE_17	,559	,240	,315	,348	-,018	-,022
CORE_18	,194	,147	,545	,100	,178	-,015
CORE_19	,142	,574	-,061	,167	,498	-,009
(Inv)						

CORE_20	,545	,201	,331	,068	-,101	,151
CORE_21	-,172	-,745	-,134	-,050	-,056	-,132
CORE_22	,121	,076	-,027	,136	,067	,757
CORE_23	,664	,305	,156	,309	,049	,076
CORE_24	,296	,189	,068	,779	,170	,041
CORE_25	,533	-,005	,176	,153	,452	,163
CORE_26	,401	,134	,207	,257	,537	-,021
CORE_27	,583	,335	,466	,112	,220	-,011
CORE_28	,630	,117	,177	,256	,291	-,039
CORE_29	,421	,179	,401	,085	,225	,258
CORE_30	,681	,191	,049	,033	,132	,115
CORE_31	-,199	-,742	-,187	-,144	-,036	,061
CORE_32	-,169	-,754	-,172	-,160	-,100	,022
CORE_33	,543	,025	,069	,176	,368	,192
CORE_34	,102	,054	,104	,766	,134	,201
