26º ENANCIB
Encontro Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação
A Amazônia na sociedade global em rede: assimetrias e potencialidades informacionais, tecnológicas e ambientais
Belém, Pará, 09 a 13 de novembro de 2026
Universidade Federal do Pará

ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
ISSN 2177-3688

GT 11 – Informação & Saúde

O CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE BASEADA NO VÍNCULO: EXPLICITANDO NOVAS DIMENSÕES NA ERA DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

THE CONCEPT OF BOND-BASED HEALTH LITERACY: *ELUCIDATING NEW DIMENSIONS IN THE ERA OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE*

Maria Cristiane Barbosa Galvão – Universidade de São Paulo (USP)

Modalidade: Trabalho Completo

Resumo: Este trabalho objetivou aprofundar novas dimensões do conceito de Literacia em Saúde Baseada no Vínculo (LSBV), proposto como uma reconfiguração da literacia em saúde centrada na interação, na escuta e na presença humana. Desenvolveu-se um estudo qualitativo teórico-conceitual, mediante análise crítica da literatura articulada à sistematização da experiência do Centro Brasileiro de Referência em Informação em Saúde (CBRIS), no período de 2016 a 2026. Na experiência analisada, observou-se que pacientes e cuidadores recorreram às redes sociais após consultas para esclarecer dúvidas, relatar sofrimento e expressar percepções de acolhimento insuficiente durante a assistência em saúde. As demandas informacionais ao longo de múltiplas interações em redes sociais fundamentam a compreensão do vínculo como uma dimensão capaz de favorecer a explicitação das necessidades informacionais e a construção compartilhada de sentidos. O aprofundamento conceitual apresentado explicita as dimensões afetiva, espiritual e existencial contempladas pela LSBV e discute a possibilidade de a palavra operar como unidade informacional mínima situada. A discussão sobre inteligência artificial (IA) destaca os riscos de orientações inadequadas e da população criar expectativas de reconhecimento e continuidade de vínculo que não podem ser sustentadas por plataformas de IA, especialmente entre populações vulneráveis, reforçando a necessidade de supervisão e conexão humana no atendimento a pacientes e cuidadores. Conclui-se que a LSBV contribui para compreender as condições relacionais nas quais a informação é comunicada, interpretada e utilizada nas decisões em saúde, reconhecendo a relevância do acolhimento, da continuidade do diálogo e da responsabilidade humana em contextos mediados por algoritmos.
Palavras-chave: literacia em saúde baseada no vínculo; literacia em saúde; vínculo humano.

Abstract: This study aimed to deepen new dimensions of the concept of Bond-Based Health Literacy (BBHL), proposed as a reconfiguration of health literacy centered on interaction, listening, and human presence. A qualitative theoretical-conceptual study was conducted through a critical analysis of the literature combined with the systematization of the experience of the Brazilian Reference Center for Health Information (CBRIS) from 2016 to 2026. In the experience analyzed, patients and caregivers were observed to turn to social media after healthcare consultations to clarify doubts, report suffering, and express perceptions of insufficient support during healthcare delivery. Informational demands emerging across multiple interactions on social media underpin the understanding of the bond as a dimension capable of fostering the articulation of information needs and the shared construction of meaning. The conceptual development presented here makes explicit the affective, spiritual, and existential dimensions encompassed by BBHL and discusses the possibility of the word functioning as a situated minimal unit of information. The discussion on artificial intelligence (AI) highlights the risks of inappropriate guidance and of people developing expectations of recognition and continuity of relational bonds that AI platforms cannot sustain, particularly among vulnerable populations, reinforcing the need for human supervision and human connection in the care of patients and caregivers. It is concluded that BBHL contributes to understanding the relational conditions under which information is communicated, interpreted, and used in health-related decision-making, recognizing the relevance of supportive care, continuity of dialogue, and human responsibility in algorithm-mediated contexts.
Keywords: bond-based health literacy; health literacy; human bond.

1 INTRODUÇÃO

Desde a origem do termo literacia em saúde (*health literacy*) proposto por Simonds (1974), observa-se que grande parte dos artigos e livros sobre a temática o associa à capacidade que uma pessoa tem de buscar, acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, a fim de tomar decisões conscientes e seguras sobre si ou sobre outras pessoas (Institute of Medicine, 2004; Sørensen, 2019).

Contudo, esta definição não captura os processos subjetivos, sejam informacionais ou mentais, nos quais os pacientes e os cuidadores estão envolvidos. Nem todo paciente está buscando uma informação objetiva, desprovida de emoção para tomar uma decisão. Muitos estão buscando o alívio, a escuta, o conforto, alguém que se importe. Dito de outro modo, um bom cuidado em saúde é aquele que reconhece a complexidade da experiência humana diante do sofrimento, e isso requer mais do que apenas informação objetiva disponibilizada em um folheto, em um website institucional ou governamental para potencial tomada de decisão. Por outro lado, a tomada de decisão com base em apenas informação objetiva parece ser utópica e distanciada de humanidade. A informação em saúde não pode ser compreendida como uma instância separada da assistência integral à saúde, tampouco dos modos de vida,

dos contextos culturais e das relações que envolvem os pacientes, seus cuidadores e as demais pessoas que participam de seu cotidiano.

Não é raro que profissionais de saúde se concentrem inteiramente na objetividade e busquem algum distanciamento do "caso" (paciente) como forma de atenuar seu próprio sofrimento psíquico. Mas quem disse que a objetividade é sempre o melhor caminho? Um bom cuidado em saúde também envolve proximidade com a subjetividade e com aspectos menos visíveis da experiência humana, como a emoção e a espiritualidade. Envolve afeto, empatia, tempo e atenção. Envolve o sorriso, a abertura.

No Centro Brasileiro de Referência em Informação em Saúde (CBRIS) (2016-2026), espaço digital e informacional do campo da saúde, muitas interações começam com um simples "bom dia, como vai?". Escuta-se, primeiramente, a dor do paciente, da população ou do profissional de saúde, antes de oferecer qualquer informação. Porque as pessoas precisam se sentir aceitas antes de estarem abertas para aceitar informação. Em outras palavras, o atendimento de uma necessidade informacional depende de diálogo e, portanto, de comunicação. Não pode ser compreendido como um ato meramente técnico de busca, recuperação e oferta objetiva da informação. O processo informacional é uma troca entre humanos e, portanto, é altamente dependente de uma conexão humana.

Ao se observar que há tanta informação disponível e que tão pouco dela é efetivamente usada, levanta-se a premissa de que nos tornamos objetivos demais e esquecemos que os seres humanos têm coração, precisam de atenção e de afeto, possuem uma dimensão espiritual e transcendente e que, às vezes, o paciente não quer uma cura, mas justamente o fim, a partida.

Também é preciso revisitar o olhar sobre números e estatísticas. Muitas vezes, entende-se que, se o desempenho da assistência em saúde quantitativo foi bom, o resultado também foi. Todos morreremos e todos estaremos nas estatísticas de mortalidade ou morbidade. Mas a pergunta que precisa ser realizada é como vivemos, o que sentimos e como vamos nos desligar? Haverá acolhimento? De que adianta uma grande quantidade de informação objetiva se esta for apenas para informar que uma vida está no fim ou que o remédio não foi eficaz?

Por tudo isto é importante destacar que a vida humana tem algo que nenhum sistema computacional pode simular que é a singularidade da subjetividade e da afetividade. É isso que a literacia em saúde deve proteger em tempos de inteligência artificial (IA): a relação única

entre seres humanos.

Assim, os profissionais de saúde precisam mobilizar escuta, sensibilidade e intuição durante os processos de assistência em saúde. A informação objetiva, em muitos casos, já poderá ser oferecida pela IA. Contudo, a conexão humana, o acolhimento da emoção e o reconhecimento das dimensões subjetivas, espirituais e existenciais da pessoa permanecem próprios das relações humanas.

Tais observações tiveram origem no âmbito do CBRIS, quando se notou que pacientes ou seus cuidadores, após consultas de saúde, recorriam às redes sociais para narrar suas histórias, esclarecer dúvidas, relatar insatisfação com o atendimento e apresentar questões que não haviam sido discutidas com os profissionais de saúde durante a assistência. Essas demandas informacionais frequentemente incluíam e incluem relatos de dor e sofrimento, acompanhados da percepção de que suas experiências não haviam sido suficientemente reconhecidas ou acolhidas durante a consulta. A busca por informação expressava, assim, necessidades de esclarecimento, escuta e reconhecimento que, segundo os próprios pacientes ou cuidadores, permaneciam parcialmente atendidas. Essas observações motivaram a hipótese de que o tempo disponível, as condições de acolhimento e a segurança para expressar dúvidas e preocupações poderiam influenciar tanto a identificação das necessidades informacionais quanto o atendimento delas.

Outro fenômeno observado no CBRIS foi o desenvolvimento da busca informacional pelos pacientes e cuidadores por meio do diálogo e de múltiplas interações nas redes sociais. Ao longo dessas trocas, os pacientes ou seus cuidadores acrescentavam elementos de suas histórias, esclareciam o sentido das perguntas inicialmente apresentadas e manifestavam outras dúvidas e preocupações. A compreensão da demanda, portanto, podia exigir uma sequência de interações, na qual se tornavam conhecidas circunstâncias relevantes para a elaboração das respostas. Esse processo sugeriu que as necessidades informacionais nem sempre estavam plenamente explicitadas no primeiro contato e que sua expressão poderia depender das condições de interlocução construídas ao longo do diálogo.

A articulação dessas observações suscitou a questão que orientou a elaboração do presente estudo: como o vínculo humano participa da expressão e da compreensão das necessidades informacionais e da construção de sentidos em saúde? Assim, o estudo emergiu da percepção de que a análise dos processos informacionais precisava considerar as condições relacionais nas quais os pacientes ou seus cuidadores encontram oportunidade e segurança

para perguntar, narrar experiências e comunicar sofrimento. Nessa perspectiva, este estudo examina o vínculo como uma dimensão que pode favorecer a explicitação dessas necessidades informacionais, a contextualização das respostas e sua interpretação à luz da experiência de quem as recebe. O diálogo, o acolhimento e a possibilidade de continuidade das interações constituem, assim, elementos centrais da investigação sobre como a informação participa das relações de cuidado.

Considerando os pressupostos apresentados, este trabalho integra um projeto de pesquisa em contínuo desenvolvimento e tem por objetivo aprofundar a reconfiguração conceitual da literacia em saúde por meio do conceito de Literacia em Saúde Baseada no Vínculo (LSBV) proposto por Galvão (2026) que desloca o foco da literacia em saúde de uma abordagem funcional, centrada na transmissão de informações em saúde, para uma abordagem vincular, fundamentada na interação, na escuta e na presença humana, mesmo em contextos mediados por algoritmos.

2 METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo qualitativo de natureza teórico-conceitual, por meio de análise crítica do conceito de literacia em saúde e da sistematização da experiência acumulada no Centro Brasileiro de Referência em Informação em Saúde (CBRIS), iniciativa que tem atuado na última década respondendo dúvidas em saúde provenientes de pacientes, profissionais de saúde e população no contexto do Sul Global. Esta iniciativa é relevante porque conta com aproximadamente 1,8 milhão de acessos.

A sistematização de experiências constitui uma abordagem metodológica voltada à produção de conhecimento a partir da reflexão crítica sobre práticas concretas, permitindo explicitar aprendizados, interpretações e significados construídos ao longo da experiência vivida. Diferentemente de relatos meramente descritivos, a sistematização de experiências busca compreender os processos, as relações e os sentidos produzidos em determinada prática social, articulando dimensões objetivas e subjetivas da experiência. Nessa perspectiva, a capacidade de gerar conhecimentos apropriáveis por outros contextos depende da análise crítica realizada pelos próprios sujeitos envolvidos na experiência, que se tornam simultaneamente participantes e intérpretes dos processos vividos. Além disso, a sistematização de experiências contribui para reduzir o distanciamento entre formulação teórica e realidade empírica, favorecendo a construção de conhecimentos compartilháveis e

socialmente relevantes (Herout; Schmid, 2015; Holliday, 2006; Luger; Massing, 2015).

Conforme já mencionado, no presente estudo, a sistematização refere-se à experiência acumulada no CBRIS ao longo de sua atuação na resposta a dúvidas da população sobre temas relacionados à saúde, durante o período de 2016 a 2026, onde foram produzidas cerca de 862 duas respostas para atender dúvidas da saúde provenientes de pacientes ou de seus cuidadores, perfazendo 1,8 milhão de acessos. A reflexão foi construída a partir da observação das interações entre usuários e equipe do projeto, da análise das demandas informacionais apresentadas pelos usuários, das estratégias comunicacionais adotadas para elaboração das respostas e das transformações observadas na relação entre informação, cuidado e tomada de decisão em saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão discutidos em duas partes. Na primeira parte será aprofundado o conceito de Literacia em Saúde Baseada no Vínculo (LSBV) proposto por Galvão (2026). Já, na segunda parte, será discutido porque o conceito de LSBV se torna relevante em contextos de ascensão da IA, com destaque para as populações vulneráveis.

3.1 O CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE BASEADA NO VÍNCULO (LSBV)

O conceito tradicional de literacia em saúde (Institute of Medicine, 2004; Sørensen, 2019), representado, parte da premissa de que a tomada de decisão em saúde depende principalmente da capacidade do indivíduo de lidar adequadamente com informações relacionadas à saúde. Segundo essa perspectiva, o indivíduo deve ser capaz de obter, acessar, compreender, avaliar, utilizar e disseminar informações em saúde. Essas competências permitiriam que a pessoa transformasse informações disponíveis em decisões adequadas para a promoção, prevenção ou recuperação da saúde.

Nesse modelo, a informação em saúde ocupa uma posição central. Pressupõe-se que, quanto maior for a capacidade de uma pessoa para compreender e utilizar informações, melhor será sua capacidade de tomar decisões relacionadas à própria saúde. A literacia em saúde é, portanto, entendida como um conjunto de competências cognitivas e funcionais que permitem ao indivíduo navegar no sistema de saúde e utilizar informações para orientar suas escolhas.

A grande contribuição desse modelo foi demonstrar que a simples disponibilização de

informações não garante sua compreensão ou utilização. Por isso, a literatura passou a enfatizar habilidades como interpretação de textos, compreensão de prescrições médicas, leitura de rótulos, interpretação de gráficos, porcentagens e outros conteúdos relacionados à saúde.

Contudo, esse modelo também apresenta limitações. Embora explique os processos cognitivos envolvidos no uso da informação, ele tende a assumir que as decisões em saúde decorrem predominantemente da análise racional das informações disponíveis. Na prática, entretanto, as decisões humanas são influenciadas por fatores emocionais, culturais, sociais, relacionais e contextuais que não aparecem explicitamente no modelo. Questões como medo, sofrimento, confiança, esperança, crenças, experiências anteriores, vínculos familiares e relações com profissionais de saúde exercem forte influência sobre a forma como as pessoas interpretam e utilizam informações.

Assim, o modelo tradicional de literacia em saúde pode ser compreendido como um modelo centrado na informação e nas competências individuais, no qual a informação é transformada em decisão por meio de processos cognitivos. Sua principal limitação é oferecer pouca explicação sobre os processos subjetivos e relacionais que efetivamente participam da tomada de decisão em situações reais de saúde.

Nesse modelo, a centralidade atribuída à informação também precisa ser compreendida no contexto de uma ampla indústria informacional da saúde. A produção, a certificação, a organização, a tradução e a disseminação de informações envolvem universidades, centros de pesquisa, editoras científicas, bases de dados, instituições de saúde, empresas de tecnologia, mecanismos de busca, plataformas digitais e, mais recentemente, sistemas de inteligência artificial. Nesse ecossistema, a informação em saúde não circula apenas como recurso para a tomada de decisão, mas também como bem científico, institucional, tecnológico e econômico. Isso não significa que os modelos tradicionais de literacia em saúde tenham sido concebidos para sustentar essa indústria, mas que sua ênfase na capacidade individual de acessar, compreender, avaliar e utilizar informações se articula a estruturas que definem quais informações são produzidas, legitimadas, disponibilizadas e consideradas relevantes.

A partir da experiência acumulada no atendimento a dúvidas de pacientes, cuidadores e familiares no âmbito do CBRIS, observa-se que o conceito tradicional de literacia em saúde, embora amplamente difundido, nem sempre é suficiente para explicar a complexidade dos

processos informacionais envolvidos em situações reais de cuidado. Trata-se de um conceito formulado majoritariamente a partir de matrizes epistemológicas do Norte Global, frequentemente centradas em competências individuais, mensuração objetiva e racionalidade informacional. Nessa perspectiva, corre-se o risco de reduzir o sujeito a alguém que deve apenas acessar, compreender e aplicar informações, desconsiderando que, no cotidiano da saúde, há vidas humanas atravessadas por medo, sofrimento, esperança, vínculos, desigualdades e necessidade de atenção. É nesse sentido que o modelo tradicional pode operar como uma categoria colonizadora: ao universalizar uma forma específica de compreender o sujeito, a informação e a decisão em saúde, tende a apagar experiências situadas, subjetivas e relacionais.

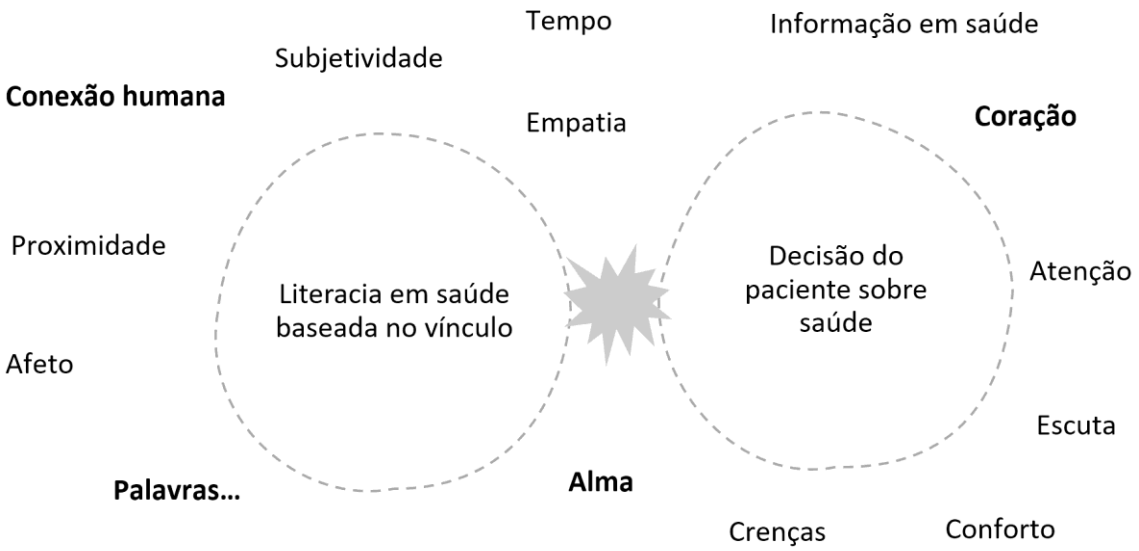
Além disso, o modelo tradicional de literacia em saúde tende a pressupor que a informação relevante é aquela registrada em suportes formais, sejam eles impressos ou digitais. Essa premissa privilegia regimes de conhecimento baseados na escrita, na documentação, na mensuração e na validação técnico-científica, desconsiderando a centralidade das oralidades presentes em culturas tradicionais, ancestrais e comunitárias. Com isso, corre-se o risco de considerar mais "literato em saúde" o sujeito ocidental escolarizado, familiarizado com documentos, plataformas digitais, gráficos, protocolos e prescrições, consumidor de informação em saúde do que, por exemplo, uma mulher indígena que, por meio da memória, da experiência, da observação da natureza, da transmissão oral e do cuidado cotidiano, sustenta práticas complexas de saúde no interior de sua família e de sua comunidade.

Diante das limitações observadas, retoma-se e aprofunda-se a perspectiva anteriormente proposta como *Literacia em Saúde Baseada no Vínculo* (LSBV) (Galvão, 2026) que se refere à capacidade relacional e interpretativa de construir sentido, confiança e cuidado por meio da interação verbal entre seres humanos. Trata-se de um processo comunicativo moldado por múltiplas camadas, cognitivas, afetivas e contextuais, no qual informações relacionadas à saúde são compartilhadas, acolhidas e ressignificadas à luz da experiência subjetiva e da conexão interpessoal.

Em contraste com as abordagens funcionalistas, que se concentram exclusivamente na habilidade de obter, processar e compreender informações e serviços de saúde, a literacia em saúde baseada no vínculo reconhece que a tomada de decisão em saúde ocorre em espaços dialógicos. Nesses espaços, a intersubjetividade, a escuta qualificada e a presença mútua

constituem fundamentos essenciais para decisões mais éticas, situadas e responsivas às realidades vividas pelos sujeitos envolvidos, conforme sistematizado na Figura 1.

Figura 1 - Representação da Literacia em Saúde Baseada no Vínculo (LSBV)



Fonte: baseado em Galvão (2026).

A Figura 1 explicita que a Literacia em Saúde Baseada no Vínculo não se organiza apenas em torno da informação em saúde, mas da relação que permite que essa informação seja escutada, acolhida e ressignificada. Diferentemente do modelo tradicional, no qual a informação tende a ser concebida como conteúdo a ser acessado, compreendido e aplicado, a LSBV desloca o foco para o encontro humano no qual a decisão em saúde é construída.

Nesse modelo, elementos como conexão humana, subjetividade, proximidade, afeto, empatia, tempo, atenção, escuta, conforto, crenças, palavras, alma e coração não são acessórios comunicacionais, mas componentes constitutivos do processo de literacia em saúde. Eles indicam que a informação só ganha sentido quando atravessada pela experiência concreta do sujeito, por sua história, seus vínculos, seus medos, suas expectativas e suas formas próprias de compreender o adoecimento e o cuidado.

A Figura 1 também evidencia que a decisão do paciente sobre saúde não emerge de modo linear a partir da simples exposição à informação. Ao contrário, ela se forma em uma zona de contato entre informação, linguagem, vínculo, confiança e experiência subjetiva. A LSBV, portanto, compreende a tomada de decisão como processo relacional, situado e interpretativo, no qual a qualidade da escuta e da presença humana pode ser tão decisiva

quanto a qualidade técnica da informação compartilhada.

Cabe esclarecer que os termos "*alma*" e "*coração*", presentes na Figura 1, são empregados na LSBV como expressões simbólicas de dimensões da experiência humana que participam da relação com a informação e com o cuidado: "coração" remete à afetividade, enquanto "alma" se refere aos sentidos espirituais e existenciais atribuídos à vida, ao adoecimento e à própria trajetória humana. Essa proposta articula as dimensões física, mental e social da saúde, contempladas pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1948), à dimensão espiritual.

Embora existam dificuldades para definir e delimitar a saúde espiritual, entende-se que a ausência de consenso conceitual exige aprofundamento científico, sem justificar sua negação ou exclusão dos processos informacionais em saúde. Ghaderi *et al.* (2018), por exemplo, identificam dimensões religiosas e existenciais da saúde espiritual, envolvendo relações com uma realidade transcendente, consigo mesmo, com outras pessoas e com a natureza, bem como questões relacionadas ao sentido e ao propósito da vida. Os autores reconhecem que essas relações apresentam sobreposições com a saúde mental e social e que suas definições variam conforme crenças e contextos culturais. Para a LSBV, isso implica reconhecer que uma dúvida em saúde pode envolver, além da necessidade de esclarecimento factual, questões sobre identidade, esperança, pertencimento e significado da experiência vivida. Assim, "alma" e "coração" sinalizam a necessidade de uma interação capaz de acolher essas questões e considerá-las na construção compartilhada de sentidos, respeitando as convicções religiosas ou não religiosas de cada pessoa. Seu emprego no modelo possui, portanto, caráter simbólico e interpretativo, cuja tradução em categorias analíticas e indicadores demanda desenvolvimento teórico e investigação empírica. O Quadro 1 faz uma síntese preliminar sobre a dimensão espiritual.

Quadro 1 - Elementos conceituais da saúde espiritual e suas implicações para a LSBV

Elemento	Síntese fundamentada em Ghaderi *et al.* (2018)	Implicação proposta para a LSBV
Dimensão religiosa	Relação com Deus, uma realidade transcendente ou aquilo que a pessoa considera sagrado.	Reconhecer crenças relevantes para a interpretação da informação e para as decisões em saúde, sem pressupor ou impor adesão religiosa.
Dimensão existencial	Questões relacionadas ao	Considerar os sentidos

	sentido e ao propósito da vida e às relações consigo mesmo, com outras pessoas e com a natureza.	atribuídos ao adoecimento e ao cuidado na identificação de necessidades informacionais.
Relação com outras dimensões da saúde	Componentes da saúde espiritual podem se sobrepor aos da saúde mental e social.	Examinar essas dimensões de maneira articulada, sem estabelecer fronteiras rígidas entre experiências afetivas, sociais e espirituais.
Diversidade de definições	A compreensão da saúde espiritual varia conforme crenças, perspectivas e contextos culturais.	Escutar como cada pessoa compreende e expressa essas experiências, evitando definições impostas pelo profissional de saúde ou profissional da informação
Caráter dinâmico	A saúde espiritual pode se modificar ao longo da vida e das experiências pessoais e coletivas.	Reconhecer que valores, necessidades e sentidos atribuídos à informação podem mudar durante a trajetória do cuidado.

Fonte: elaboração própria (2026) com base em Ghaderi *et al.* (2018).

Outro elemento destacado na Figura 1 é o termo “palavras”. Partindo do recorte tradicional da Ciência da Informação voltado à informação registrada em algum tipo de suporte, a LSBV chama atenção para a extensão e a relevância das unidades informacionais que circulam nas relações de cuidado. Nessa perspectiva, uma informação significativa não exige necessariamente um documento extenso ou um enunciado elaborado: uma única palavra, como “sim” ou “não”, pode comunicar um conteúdo decisivo e constituir uma unidade informacional mínima situada. Por exemplo, diante da questão de um paciente “Esta doença tem cura?”, a resposta “Até o momento, não”, emitida por um profissional de saúde ou profissional da informação, pode alterar a compreensão do paciente sobre sua condição, suas expectativas e suas possibilidades futuras. A relevância informacional desse enunciado decorre, portanto, de sua relação com a experiência e as necessidades informacionais de quem o recebe, não se reduzindo à sua extensão ou ao suporte informacional. Propõe-se, assim, que uma palavra possa funcionar como unidade informacional mínima situada, inclusive em interações orais. A capacidade de palavras comunicarem uma informação decisiva, entretanto, não implica necessariamente suficiência informacional para orientar o paciente, podendo exigir esclarecimentos adicionais, contextualização, continuidade do

diálogo ou uso de outros recursos informacionais. Assim, a LSBV, ao reconhecer a potência informacional da palavra, reforça a responsabilidade de quem comunica e a importância do vínculo na construção de sentidos e no acolhimento informacional em saúde.

Há mais de duas décadas, Bates (1999) reconheceu a centralidade da informação registrada na delimitação do domínio da Ciência da Informação, examinou os pressupostos e modos de pensar que constituem o substrato invisível do campo e identificou três grandes questões para a área: 1) a questão física: quais são as características e leis do universo da informação registrada?; 2) a questão social: como as pessoas se relacionam com a informação, a procuram e a utilizam?; e 3) a questão de projeto: como tornar o acesso à informação registrada mais rápido e eficaz? No diálogo com Bates (1999), o presente aprofundamento da LSBV incorpora as interações em que a informação é comunicada e interpretada sem necessariamente constituir um registro permanente. A Figura 1, ao incluir o termo “palavras”, explicita essa proposição e destaca a relevância informacional dos enunciados produzidos nas relações de cuidado e no processo de uso da informação. Assim, a proposta da LSBV filia-se, especialmente, à segunda grande questão da Ciência da Informação identificada por Bates (1999), ao investigar como o vínculo humano participa da expressão das necessidades informacionais, da interpretação das palavras e do uso da informação nas decisões em saúde.

3.2 A LSBV EM CONTEXTOS DE ASCENSÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

A discussão sobre inteligência artificial (IA) no contexto da Literacia em Saúde Baseada no Vínculo pode ser apoiada por duas investigações desenvolvidas no âmbito do Centro Brasileiro de Referência em Informação em Saúde (CBRIS), nas quais respostas produzidas por seres humanos foram comparadas com respostas geradas pelo *ChatGPT* e pelo *Copilot*. Esses estudos são retomados no presente trabalho como subsídios empíricos para o aprofundamento teórico-conceitual da LSBV.

No primeiro estudo, de caráter qualitativo e exploratório, foram analisados dois conjuntos de questões previamente respondidas pelo CBRIS: cinco relacionadas ao diabetes e cinco ao transtorno do espectro autista. As mesmas perguntas foram submetidas ao *ChatGPT* e ao *Copilot* sem instruções adicionais quanto ao formato, à extensão ou à maneira de responder, buscando-se simular o comportamento de uma pessoa leiga que consulta diretamente uma plataforma de IA para obter informações em saúde. Foram comparadas dez respostas produzidas por humanos, dez pelo *Copilot* e dez pelo *ChatGPT* (Carrapato; Galvão,

2024).

A análise considerou a adequação das respostas quanto ao conteúdo, à linguagem, à presença de referências e à completude. Respostas consideradas adequadas apresentavam o conteúdo esperado, ainda que diferissem na forma de apresentação; inadequações intermediárias incluíam linguagem de difícil compreensão, ausência de conteúdo relevante, escassez de referências ou emprego de termos inadequados; respostas incompletas eram aquelas cuja informação se mostrava insuficiente para responder à questão apresentada (Carrapato; Galvão, 2024).

Os resultados indicaram que as plataformas de IA foram capazes de produzir respostas simples e abrangentes para diferentes questões de saúde e, em alguns casos, utilizar linguagem clara, organizada e sem excesso de termos especializados. Ao mesmo tempo, o estudo destacou a necessidade de atenção às referências científicas utilizadas, à possibilidade de vieses e às particularidades das pessoas que procuram informação em saúde. Concluiu-se que ferramentas como *ChatGPT* e *Copilot* podem apoiar a disseminação de informações, especialmente em questões objetivas, desde que suas respostas sejam verificadas em fontes confiáveis e não sejam utilizadas como substitutas da avaliação de profissionais de saúde ou da informação (Carrapato; Galvão, 2024).

O segundo estudo comparou respostas do CBRIS com aquelas geradas pelo *ChatGPT* e pelo *Copilot* para dez conteúdos informacionais relacionados ao transtorno do espectro autista e à COVID-19. Entre os aspectos observados esteve a linguagem empregada para comunicar informações científicas de maneira acessível, tomando-se como referência respostas produzidas por humanos treinados no âmbito do CBRIS (Daminato Neto; Galvão, 2024).

Um dos exemplos analisados referiu-se à pergunta sobre os níveis do transtorno do espectro autista. A resposta do CBRIS destacou a heterogeneidade do transtorno e evitou categorizar cada indivíduo de maneira rígida. O *Copilot* apresentou os níveis do transtorno e suas descrições, porém não forneceu referências e omitiu a menção ao comportamento repetitivo. O *ChatGPT* apresentou resposta mais completa e fez referência ao DSM-5. Esse exemplo evidencia que diferenças entre respostas humanas e algorítmicas não se restringem à correção factual, podendo envolver seleção de conteúdos, fundamentação das informações e grau de contextualização (Daminato Neto; Galvão, 2024).

Na análise global, o segundo estudo identificou como vantagens potenciais da IA a

facilidade de acesso às respostas e a rapidez na obtenção de informações. Entre as limitações observadas estiveram a utilização de informações cuja procedência científica nem sempre era identificável, a ausência de mecanismos transparentes de controle da qualidade das fontes e diferenças na adequação da linguagem. Em comparação, as respostas do CBRIS apresentaram maior controle sobre as fontes empregadas e atenção deliberada à utilização de linguagem acessível à população (Daminato Neto; Galvão, 2024).

Considerados em conjunto, os dois estudos sugerem que a avaliação da IA como fonte de informação em saúde não pode se limitar à capacidade de produzir respostas linguisticamente fluentes ou rapidamente disponíveis. A qualidade da informação envolve também completude, adequação da linguagem, identificação e qualidade das fontes, contextualização e consideração das particularidades da pessoa que formula a pergunta. Os resultados igualmente indicam que o desempenho das plataformas pode variar conforme a natureza e a complexidade da demanda informacional (Carrapato; Galvão, 2024; Daminato Neto; Galvão, 2024).

Na perspectiva da LSBV, esses achados assumem relevância adicional. Conforme discutido anteriormente neste estudo, as necessidades informacionais nem sempre se encontram plenamente formuladas no primeiro contato e podem tornar-se mais explícitas ao longo de sucessivas interações. Assim, uma resposta tecnicamente correta pode não ser suficiente quando a demanda envolve sofrimento, incerteza, medo, expectativas, crenças ou necessidade de reconhecimento. A adequação informacional passa, portanto, a depender não apenas do conteúdo produzido, mas também das condições relacionais nas quais a pergunta é compreendida, contextualizada e respondida.

De modo geral, os resultados iniciais indicam que a IA pode integrar iniciativas de literacia em saúde, desde que seu uso envolva curadoria, mediação e responsabilidade ético-humana. Pessoas com baixo nível de escolaridade podem ter dificuldades para avaliar, de forma autônoma, a qualidade e os riscos de respostas algorítmicas, o que reforça a necessidade de educação, apoio e supervisão humana. Assim, embora a IA possa contribuir para processos informacionais em saúde, o cuidado permanece fundamentalmente vinculado à relação humana.

Na perspectiva da Literacia em Saúde Baseada no Vínculo (LSBV), a IA pode apoiar a identificação de padrões, a organização de dúvidas, a tradução e simplificação de conteúdos e o acompanhamento de trajetórias informacionais, contribuindo para ampliar o acesso e

liberar tempo para interações humanas mais qualificadas. Contudo, não substitui a escuta, o acolhimento e a responsabilidade ética presentes no vínculo. Além disso, pode gerar respostas incorretas, incompletas ou insuficientemente fundamentadas e simular cuidado sem compreender o sofrimento ou assumir responsabilidade por suas consequências. Seu papel deve, portanto, permanecer instrumental, contextual e submetido à supervisão humana.

Adicionalmente, o uso de IA por populações em situação de vulnerabilidade exige considerar riscos que ultrapassam a incorreção factual das respostas. Galvão (2025), ao formular a Epistemologia da Insurgência com Inteligência Artificial (EIIA), discute situações de reprodução de padrões do Norte Global, desconsideração de singularidades humanas e ruptura da continuidade das interações entre ser humano e IA. Essas contribuições permitem problematizar como respostas algorítmicas podem reproduzir experiências de exclusão, apresentar interpretações inadequadas sobre a pessoa e gerar expectativas de reconhecimento e conexão humana que plataformas de IA não conseguem sustentar. Na perspectiva da LSBV, tais situações constituem riscos particularmente relevantes quando o usuário dispõe de poucas alternativas de apoio humano ou encontra dificuldades para questionar as respostas recebidas. A linguagem aparentemente acolhedora da IA pode favorecer a confiança em orientações inadequadas, enquanto respostas contraditórias e promessas de continuidade não cumpridas podem contribuir para insegurança e sofrimento. Propõe-se, portanto, que o uso de IA nesses contextos seja acompanhado de avaliação das respostas, comunicação acessível de seus limites e avaliação por profissionais da saúde ou da informação envolvidos no cuidado. A proteção de populações vulneráveis requer que a responsabilidade pela identificação e pelo enfrentamento desses riscos seja compartilhada por desenvolvedores, instituições e profissionais, sem ser transferida integralmente ao usuário ou população.

4 CONCLUSÃO

Este estudo aprofundou o conceito de Literacia em Saúde Baseada no Vínculo (LSBV), anteriormente proposto por Galvão (2026), ao examinar as condições relacionais que participam da expressão, compreensão e interpretação das necessidades informacionais em saúde. A articulação entre a literatura e a sistematização da experiência do Centro Brasileiro de Referência em Informação em Saúde (CBRIS) indica que essas necessidades nem sempre se apresentam de forma completa no primeiro contato, podendo tornar-se progressivamente

mais explícitas por meio do diálogo, da escuta, do acolhimento e da continuidade das interações.

Nesse aprofundamento, a LSBV compreende o vínculo como uma dimensão relacional e interpretativa dos processos informacionais em saúde, na qual aspectos cognitivos coexistem com dimensões afetivas, espirituais, existenciais e contextuais. O estudo também propõe que uma palavra possa operar como unidade informacional mínima situada quando, em determinado contexto relacional, adquire significado decisivo para a compreensão da experiência de saúde. Essa proposição amplia a discussão sobre a informação para além de sua extensão ou de seu registro em suportes formais, enfatizando sua relação com o contexto, com a experiência do sujeito e com a construção compartilhada de sentidos.

Em contextos mediados por inteligência artificial, a LSBV adquire relevância adicional. Além dos riscos relacionados à qualidade e à adequação das informações produzidas por sistemas de IA, devem ser considerados os efeitos de interações capazes de gerar expectativas de reconhecimento, acolhimento e continuidade de vínculo que essas plataformas não necessariamente podem sustentar. Particularmente em situações de vulnerabilidade, tais limites reforçam a necessidade de supervisão, conexão e responsabilidade humanas na mediação das informações e das decisões em saúde.

Por se tratar de um estudo teórico-conceitual fundamentado na análise crítica da literatura e na sistematização de uma experiência específica, as proposições apresentadas requerem aprofundamento e investigação empírica em diferentes contextos socioculturais, institucionais e tecnológicos. Estudos futuros poderão avançar na operacionalização da LSBV, na definição de suas dimensões analíticas e no desenvolvimento de estratégias e indicadores que permitam investigar como o vínculo participa concretamente da expressão das necessidades informacionais, da construção de sentidos e do uso da informação nas decisões em saúde.

REFERÊNCIAS

BATES, Marcia J. The invisible substrate of information science. **Journal of the American Society for Information Science**, [*s. l.*], v. 50, n. 12, p. 1043-1050, 1999. Disponível em: https://pages.gseis.ucla.edu/faculty/bates/substrate.html. Acesso em: 12 set. 2026.

CARRAPATO, Victor Villatoro; GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. Inteligências artificiais respondem dúvidas sobre saúde de forma adequada? *In*: SEMINÁRIO INFORMAÇÃO, INOVAÇÃO E SOCIEDADE, 4., 2024, São Carlos. **Anais** [...]. São Carlos: Universidade Federal

de São Carlos, 2024. Disponível em: https://www.telescopium.ufscar.br/index.php/iv-siis/ivsiis/paper/viewFile/532/443. Acesso em: 22 jun. 2026.

CENTRO BRASILEIRO DE REFERÊNCIA EM INFORMAÇÃO EM SAÚDE (CBRIS)**. Centro Brasileiro de Referência em Informação em Saúde**. Ribeirão Preto: FMRP-USP, 2016-2026. Disponível em https://www.cbris.com.br/. Acesso em: 22 jun. 2026.

DAMINATO NETO, Luciano; GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. Inteligência artificial como fonte de informação em saúde: analisando as temáticas autismo e COVID-19. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DA USP, 32., 2024, São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2024.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. Epistemologia da Insurgência com Inteligência Artificial (EIIA): termos, conceitos e instantes singulares. **Logeion**: Filosofia da Informação, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, e-7589, 2025. Disponível em: https://revista.ibict.br/fiinf/article/view/7589. Acesso em: 12 set. 2026.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. Literacia em saúde baseada no vínculo na era da inteligência artificial: uma proposição teórico-conceitual do Brasil para o mundo. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 2, e-145, 2026. Disponível em: https://revistaasklepion.emnuvens.com.br/asklepion/article/view/145. Acesso em: 12 set. 2026.

GHADERI, Ahmad; TABATABAEI, Seyed Mahmoud; NEDJAT, Saharnaz; JAVADI, Mohsen *et al.* Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, [*s. l.*], v. 11, art. 3, 2018. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6150917/. Acesso em: 12 set. 2026.

HEROUT, Petra; SCHMID, Elisabeth. **Case study**: doing, knowing, learning: systematization of experiences based on the knowledge management of HORIZONT3000. **Knowledge Management for Development Journal**, Abingdon, v. 11, n. 1, p. 64-76, 2015. Disponível em: https://km4djournal.org/index.php/km4dj/article/view/253. Acesso em: 22 jun. 2026.

HOLLIDAY, Oscar Jara. **Para sistematizar experiências**. Tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. ed. rev. Brasília: MMA, 2006. (Série Monitoramento e Avaliação, 2).

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Health Literacy. **Health literacy**: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press, 2004.

LUGER, Anton; MASSING, Lilo. **Learning from our experience**: a guide to participative sistematisation. Wien: HORIZONT3000, 2015. 19 p.

SIMONDS, Scott K. Health education as social policy. **Health Education Monographs**, [*s. l.*], v. 2, n. 1, supl. 1, p. 1-10, mar. 1974. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10901981740020S102. Acesso em: 22 jun. 2026.

SØRENSEN, K. Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. *In*: OKAN, O.; BAUER, U.; LEVIN-ZAMIR, D.; PINHEIRO, P.; SØRENSEN, K. (ed.). **International Handbook of Health Literacy**: Research, Practice and Policy across the Life-Span. Bristol: Bristol University Press; 2019. Disponível em: https://doi.org/10.51952/9781447344520.004. Acesso em: 22 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1948. Disponível em: https://www.who.int/about/governance/constitution. Acesso em: 12 set. 2026.

AGRADECIMENTOS

A autora agrade ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Processos 406079/2023-4 (Grupos Emergentes) e 309698/2025-1 (Produtividade em Pesquisa).