



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

**O YOUTUBE E A LITERACIA EM SAÚDE: O CASO
DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Comunicação

Por
Mélanie Marques Fernandes

Faculdade de Ciências Humanas



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

**O YOUTUBE E A LITERACIA EM SAÚDE: O CASO
DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Comunicação

Por

Mélanie Marques Fernandes

Sob orientação da Professora Doutora Cátia Ferreira

Faculdade de Ciências Humanas

Aos meus pais.

Por todas as oportunidades que me proporcionaram na vida

Por acreditarem em mim.

Por todo o apoio.

Por tudo.

Agradecimentos

A caminhada que me trouxe ao fim desta estrada foi desafiante. Agradeço a todas as pessoas que me levaram a continuar, que acreditaram em mim e que fizeram com que a viagem não fosse feita a solo.

Não podia chegar ao fim do percurso sem agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Cátia Ferreira, que acreditou nas minhas capacidades e a cada conversa me deu ânimo e confiança para continuar.

Expresso ainda o meu agradecimento a todos os Professores que ao longo deste dois anos me ensinaram, motivaram a aprender e guiaram neste curso.

Quero dirigir ainda um agradecimento às minhas amigas, que tanto carinho me deram ao longo deste processo, que tantas vezes viram os nossos planos adiados, que foram pacientes e que nunca deixaram de acreditar no meu sucesso.

Obrigada ao meu namorado, que ouviu os meus desabafos, que passou dias ao meu lado a fazer-me companhia a trabalhar e que teve paciência e compreendeu a minha indisponibilidade.

Agradeço à minha irmã, por ser companheira de vida e a amiga com quem posso sempre contar.

Aos meus pais, dirijo o meu maior agradecimento. Obrigada por sempre confiarem nas minhas decisões e me darem todo o vosso apoio. Obrigada pelas oportunidades que me proporcionaram e por me permitirem seguir os meus sonhos. Obrigada por serem o meu maior suporte.

Por fim, agradeço a todos aqueles, que de alguma forma me ajudaram a chegar aqui: obrigada!

Resumo

O presente estudo analisa o conteúdo de vídeos presentes no YouTube sobre distúrbios alimentares, visando compreender de que forma estes contribuem para a literacia em saúde de quem os visiona, bem como aferir a qualidade da informação sobre saúde presente nos mesmos. Pretende ainda explorar de que forma a autoria de um vídeo está relacionada com a qualidade do mesmo e se a qualidade tem efeitos na sua popularidade.

De forma a entender estas questões, desenvolveu-se uma metodologia de investigação mista, baseada numa primeira fase numa análise de conteúdo quantitativa de 30 vídeos acerca de distúrbios alimentares no YouTube, procurando analisar o seu conteúdo através critérios de medição de qualidade e confiabilidade, de modo a compreender o valor desta plataforma digital para a literacia em saúde. Numa segunda fase, procedeu-se a uma análise de conteúdo qualitativa dos quatro vídeos que melhor pontuaram no índice de qualidade através de uma análise categorial.

Os resultados desta análise permitem concluir que existe potencial para o YouTube ser uma ferramenta de qualidade para a promoção de informações de saúde, no entanto, a maioria dos vídeos analisados revelaram um baixa qualidade das informações, pelo que ainda há melhorias a fazer antes de se poder considerar este medium social um bom aliado para a promoção da literacia em saúde.

Palavras-chave: YouTube, literacia em saúde, redes sociais digitais, distúrbios alimentares.

Abstract

This study analyzes the content of videos uploaded on YouTube about eating disorders, aiming to understand the way it contributes to the health literacy of the viewers, as well as the quality of the health information of the videos. It also explores how the authorship of a video relates to its quality, and if the quality has effects on the video's popularity.

To understand these questions, a mixed investigation methodology was developed to analyze, in a first instance, the content of 30 videos about eating disorders on the YouTube platform, in order to analyze the content through criteria to measure the quality and trustworthiness, to understand the value of this digital platform for health literacy. On a second instance, the content of the four best qualified videos was also studied through a categorical analysis.

The results of this analysis allowed the conclusion that there is potential for YouTube to be a quality tool for promoting health information, however, most of the analyzed videos revealed a low quality of information, so there are still improvements to be made before we can consider this social medium a good ally for health literacy.

Keywords: YouTube, health literacy, digital social media, eating disorders.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1. A Internet enquanto canal de informação de saúde	4
1.1. As informações de saúde na Internet	5
1.2. As redes sociais digitais como canais de informação de saúde	9
1.2.1. As redes sociais digitais	9
1.2.2. As redes sociais digitais e as informações de saúde	11
Capítulo 2. O YouTube	15
2.1. Breve história do YouTube	15
2.2. O YouTube enquanto plataforma de informação para a saúde	20
2.3. O YouTube e a disseminação de informações sobre distúrbios alimentares	25
2.3.1. Painéis de Informação para conteúdos de saúde no YouTube	27
Capítulo 3. A Literacia em saúde	29
3.1. Contextualização de Literacia, Literacia Mediática e Literacia em Saúde	29
3.2. A importância da literacia em saúde	36
3.3. eLiteracia em Saúde e Literacia Mediática em Saúde	40
Capítulo 4. Metodologia	43
4.1. Problemática, objetivos e relevância da Investigação	43
4.2. Métodos	44
4.3. Pesquisa da palavra-chave e seleção de vídeos	45
4.4. Avaliação da qualidade dos vídeos GQS, JAMA, mDISCERN	45
4.5. Conteúdo	48
4.6. Autoria	49
4.7. Popularidade	49
Capítulo 5. Apresentação e discussão dos resultados	50
5.1. Construção da amostra	50
5.2. Público-alvo e conteúdos	50

5.3. Autoria	51
5.4. Popularidade	51
5.5. GQS (<i>Global Quality Scale</i>)	55
5.6. JAMA (<i>The Journal of the American Medical association benchmark criteria</i>)	57
5.7. Modified Discern (mDiscern)	59
5.8. Qualidade dos vídeos	60
5.9. Índice de Popularidade por categoria de autoria	63
5.10.1 Análise de conteúdo por categoria e discussão de resultados	66
5.10.2 Categoria: Definição	68
5.10.3 Categoria: Comportamentos	69
5.10.4 Categoria: Sintomas	73
5.10.5 Categoria: Causas	75
5.10.6 Categoria: Consequências	76
5.10.7 Categoria: Equívocos	77
5.10.8 Categoria: Tratamento	78
5.10.9 Categoria: Propósito	78
5.10.10 Categoria: Registo	80
5.10.11 Categoria: Aspetos Técnicos	81
Conclusões finais	88
Referências Bibliográficas	91

Índice de Figuras

Figura 1 - Pontos de Intervenção na Literacia em Saúde segundo Kindig et al. (2004)	39
Figura 2 - Modelo Lily para a eLiteracia em Saúde (Levin-Zamir et al., 2011)	41
Figura 3 - <i>My eating disorder story</i> de Sydney Serena	52
Figura 4 - <i>My eating disorder</i> de storybooth	53
Figura 5 - <i>A day in the life of Anorexia Nervosa</i> de Demystifyng Medicine McMaster	58
Figura 6 - <i>Why are eating disorders so hard to treat?</i> - Anees Bahji de TED-Ed	61
Figura 7 - Animação V1	82
Figura 8 - Frame do V2 em que se pode ver a perspetiva POV	83
Figura 9 - Animação V3	84
Figura 10 - Animação V4	85
Figura 11 - Apresentador V4 "Hank"	85

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Ferramentas para avaliação da qualidade e confiabilidade de um vídeo	47
Tabela 2 - Conteúdo dos vídeos analisados	51
Tabela 3 - Visualizações e likes por categoria de autoria	55
Tabela 4 - Número de vídeos de cada categoria de autoria por pontuação de GQS	56
Tabela 5 - Número de vídeos de cada categoria de autoria por pontuação de JAMA	59
Tabela 6 - Número de vídeos de cada categoria de autoria por pontuação mDISCERN	60
Tabela 7 - Índice de Popularidade	63
Tabela 8 – Categorias	67
Tabela 9 - Legenda para designação dos vídeos	67

Introdução

A rede social digital YouTube é uma das mais visitadas em todo o mundo. Com o crescimento da quantidade de informação de saúde partilhada na internet, nomeadamente nas redes sociais digitais, é cada vez mais importante estudar a forma como as informações de saúde partilhadas no YouTube podem contribuir para a literacia em saúde de quem as consulta.

Com a internet, a informação de saúde passou a ser partilhada em maior escala, mais rapidamente e a estar disponível para acesso por qualquer pessoa. As redes sociais digitais também constituem um espaço onde as pessoas podem livremente partilhar e aceder a informações sobre a saúde, desde dados baseados em evidências produzidos por profissionais de saúde, até informações com base em opiniões de pessoas que experienciaram a doença em primeira mão (Samy et al. 2020).

O YouTube, enquanto rede social digital gratuita e de acesso aberto, torna-se aberta para uma multitude de informações, perspetivas e opiniões (Devendorf et al. 2020). Embora o YouTube seja primariamente procurado para fins de entretenimento, atualmente já se podem encontrar os mais variados conteúdos na plataforma, incluindo canais e vídeos dedicados à saúde.

Os distúrbios alimentares surgem também como tópico de inúmeros vídeos nesta plataforma social. Segundo o website da Associação Americana de Psiquiatras (2021), um distúrbio alimentar é uma condição comportamental que se caracteriza pela perturbação persistente e severa das condutas alimentares em associação com pensamentos e emoções angustiantes. Uma pessoa que sofre de um distúrbio alimentar pode ser afetada a nível físico, psicológico e social.

Alguns dos tipos mais comuns de distúrbios alimentares são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, o distúrbio de compulsão alimentar, transtorno de ingestão alimentar restritiva evitativa, outro transtorno alimentar e alimentar especificado, pica e transtorno de ruminação (Guarda, 2021). Ainda segundo a mesma fonte, este tipo de doença afeta 5% da população, maioritariamente adolescentes e jovens adultos.

É por isto importante tentar perceber de que forma é que a informação de saúde presente na plataforma YouTube em formato de vídeo pode contribuir com informação de qualidade

sobre os distúrbios alimentares e, conseqüentemente, contribuir para a promoção da literacia de saúde dos visualizadores.

O presente estudo tem como objetivo compreender de que forma a rede social digital YouTube pode ser uma ferramenta para consultar informação de qualidade acerca dos distúrbios alimentares, de forma a contribuir positivamente para a literacia em saúde.

Neste estudo utilizou-se uma metodologia mista, fazendo-se numa primeira fase a análise quantitativa da qualidade dos vídeos com base em três escalas de medição: The Global Quality Scale (GQS), o critério de *benchmark* do *Journal of the American Medical Association* e o mDISCERN. Após esta primeira análise, recorreu-se à análise qualitativa categorial para explorar os quatro vídeos que obtiveram um índice de qualidade superior a 10.

Analisando os vídeos publicados na plataforma YouTube sobre distúrbios alimentares, pretende-se obter uma visão mais clara do tipo de conteúdos publicados na plataforma, e se estes têm ou não informação de qualidade acerca destas doenças. Pretende-se também perceber se a autoria dos vídeos tem relação com a qualidade dos mesmos e se uma maior qualidade de informações reflete um maior índice de popularidade.

As questões às quais se pretende dar resposta são as seguintes: Pode o YouTube ser uma fonte de informações de qualidade acerca dos distúrbios alimentares? Está a autoria de um vídeo relacionada com a qualidade da informação presente no mesmo? A maior qualidade de informação num vídeo tem relação com o maior índice de popularidade do mesmo? E qual o contributo da rede social digital YouTube, para a promoção da literacia da saúde relativamente a distúrbios alimentares?

Esta investigação visa contribuir para aumentar o conhecimento acerca do potencial das redes sociais digitais para a literacia em saúde, pretendendo aumentar os estudos realizados nesta área, visto que ainda existe alguma escassez de estudos acerca deste tema, não só acerca do contributo do YouTube para a literacia em saúde de forma geral, como também para a literacia em saúde acerca dos distúrbios alimentares em particular.

No que diz respeito à estrutura da investigação, o primeiro capítulo explora a internet e as redes sociais digitais enquanto canais de informação de saúde, analisando o papel destes canais na partilha de informações de saúde. Neste capítulo investiga-se ainda os benefícios e os riscos e preocupações associados à procura e consulta de informações de saúde online.

No capítulo 2 introduz-se a rede social digital YouTube, abordando brevemente a história desta plataforma. Estuda-se a forma como as informações de saúde são partilhadas e quais as razões que motivam estas partilhas. Analisa-se o YouTube enquanto elemento da cultura de participação. São descritas as regras e critérios da plataforma para a disseminação das informações de saúde por parte dos utilizadores da plataforma. Por fim, explora-se a partilha de conteúdos sobre distúrbios alimentares no YouTube.

No capítulo 3 explora-se as origens do conceito de literacia e o seu papel na sociedade, introduzindo-se ainda o conceito de literacia mediática. São ainda abordados os conceitos de literacia em saúde e literacia em saúde mental, e estuda-se a importância para indivíduos e sistemas de saúde. Neste capítulo aborda-se ainda a eLiteracia em Saúde e a Literacia Mediática em Saúde.

No quarto capítulo é apresentada a metodologia, a forma como foi selecionada a amostra e recolhidos e analisados os dados.

O quinto, e último, capítulo analisa e discute os resultados, descrevendo-se os dados obtidos da análise dos vídeos, relacionando-os com a revisão da literatura.

Capítulo 1. A Internet enquanto canal de informação de saúde

O surgimento da internet veio disromper a forma como se transmite e recebe informações. Os meios de comunicação mantinham-se estáveis e inalterados há várias décadas, até que apareceu este novo meio, que veio mudar completamente o ecossistema mediático (Canavilhas, 2011). Como diz Van Dijk (2006), esta forma mediática veio preencher a literatura contemporânea com expressões como “mundo conectado”, “era conectada”, “rede humana” e “sociedade em rede” e veio trazer à sociedade uma maior individualização, independência e liberdade.

A forma como nos relacionamos com os meios de comunicação mudou (Canavilhas, 2011). Até ao surgimento da internet, os meios de comunicação não permitiam uma participação tão ativa por parte de pessoas comuns. Passámos de uma comunicação centrada nos media, para uma comunicação centrada no “eu”. Como refere Cardoso (2009), esta nova forma de media veio reorganizar o sistema dos media, fazendo-o depender da forma como os utilizadores se apropriam socialmente dos media e não apenas da forma como as empresas que os detém e o Estado organizam a comunicação.

Van Dijk (2006) refere-se ao século XXI como a era das redes. Acrescenta que as redes estão a tornar-se no sistema nervoso da sociedade. Cardoso (2009) partilha desta ideia, caracterizando este novo modelo de sistema de media como uma organização em rede do sistema mediático. O mesmo autor acredita que esta organização ocorre em vários níveis: tecnologicamente, economicamente e ao nível da apropriação social.

De uma comunicação em massa, feita por organizações de distribuição de conteúdo de massas, caminhamos em direção a um mundo mais virado para a forma como a sociedade trabalha em rede, com diferentes tecnologias, combinando diferentes mecanismos interpessoais de mediação, com mecanismos de media de massas e oferecendo aos utilizadores novas mediações e novos papéis (Van Dijk, 2006; Cardoso, 2009).

A forma como se faz entretenimento consequentemente também mudou. Há uma grande disponibilidade de conteúdos gerados pelo utilizador (*user-generated content*) e os formatos de conteúdos também mudaram, refletindo-se na forma como se contam as histórias (Cardoso, 2009).

Posto isto, o intuito deste capítulo pressupõe a exploração da temática das informações de saúde na Internet e nas redes sociais digitais, esclarecendo o papel da internet e das redes sociais digitais na partilha de informações de saúde e na literacia em saúde. Aborda-se ainda os benefícios e riscos da procura de informação de saúde online.

1.1. As informações de saúde na Internet

Nas últimas décadas os meios de comunicação de massa (imprensa, rádio, televisão) e os meios de comunicação digitais (internet) estabeleceram-se como importantes para a transmissão de informações e conteúdos de saúde, permitindo que estes chegassem a um grande número de pessoas, num curto espaço de tempo (Cardoso et al., 2021). A internet veio permitir que qualquer pessoa, independentemente da sua língua ou condição de vida, tivesse acesso a uma fonte de informações de saúde (Nangsangna & Vroom, 2019).

O crescimento da internet tem sido, segundo Cardoso et al. (2021) responsável pelo fluxo de informação cada vez mais rápido e com maior alcance, o que permite que a comunicação de saúde esteja mais acessível aos cidadãos, através de uma maior diversidade de canais na internet. O rápido desenvolvimento da internet e das informações que lá podem ser encontradas, tornam-na para Park et al. (2009) num canal dominante para a procura de informações de saúde. Em 2009 estes autores previam que a mesma iria ter um futuro promissor enquanto canal de disseminação de informações de saúde, melhoria de comunicação e facilitação da interatividade eficiente entre pacientes, profissionais de saúde e provedores de saúde.

As previsões de Park et al. em 2009 revelaram-se certas, pois a internet tem hoje um papel importante na promoção da literacia em saúde, tratando-se de uma das ferramentas mais utilizadas para a pesquisa de informações relacionadas com saúde. O *The Pew Research Internet Project* reportou que informações sobre a saúde foram um dos principais temas de pesquisa na Internet em 2015 (Smith, 2015).

Alguns estudos têm revelado que em Portugal, a internet é uma das ferramentas preferidas para procura e obtenção de informações de saúde. Num estudo realizado em Portugal sobre literacia digital em saúde pela Comissão de Tecnologias de Informação em Saúde, 88% dos participantes revelaram usar frequentemente a internet para procurar informação de saúde (Comissão de Tecnologias de Informação em Saúde, 2017).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), três em quatro pessoas utilizam a internet em Portugal. 75% dos residentes em Portugal com idades compreendidas entre os 16 e os 74 anos dizem ter utilizado a internet nos 12 meses antes da realização do inquérito. No início da década de 2010, este número era de 52% (INE, 2018), o que mostra a tendência crescente do uso da internet com esta finalidade. Em dados de 2020, o *European Questionnaire on Information and Communication Technologies*, o número de portugueses que utilizava a Internet para procurar informações médicas e sobre saúde era de 49% (Statista Research Department, 2020). Segundo dados do mesmo estudo, os utilizadores da internet em Portugal tendem a recorrer à internet para obter informações médicas em menor escala comparado a outros países europeus, ficando abaixo da percentagem europeia de 56%, em 2020.

Em 2021, a percentagem de internautas que procura informação de saúde online em Portugal aumentou 4% desde 2020 (Statista Research Department, 2022). A percentagem de pessoas que procura informação de saúde online é de 53% e atingiu assim o seu valor mais elevado no período observado (período entre 2010 e 2021). O número de pessoas que procura informações de saúde online tem, com exceção de 2018, aumentando continuamente nos últimos anos (Statista Research Department, 2022).

A forma como as pessoas consomem informações em saúde na internet também mudou. Atualmente as pessoas acedem à internet de qualquer lugar e têm mais opções de equipamento para o fazer. 81% dos utilizadores de internet portugueses acedem à internet em mobilidade, ou seja, fora de casa, num equipamento portátil, o que equivale ao dobro do número registado em 2013 (INE, 2018). O uso da internet para pesquisas de informações de saúde pode advir de benefícios tais como aqueles que Peterson & Merino (2003) apontam: a quantidade e qualidade de informação individualmente customizada que a internet pode fornecer, os custos e esforços mínimos que as mesmas implicam, e a facilitação da melhor tomada de decisão e consequente eficiência do processo de tomada de decisão.

Além disso, a internet também beneficia a conexão com a saúde distribuindo a informação através de todos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento (Garcia, 2020). A internet também é considerada um recurso importante para a saúde pública, por exemplo, através do acesso a um grande número de informações que podem trazer benefícios como a educação pública e o empoderamento através da tomada de decisão consciente e informada (Kelly, Ziebland, & Jenkinson, 2015). Outro aspeto positivo da disponibilidade de informações

de saúde na internet apontado é que as pessoas revelaram ter mais confiança no diagnóstico dado pelo seu médico após discutirem as suas descobertas online (Garcia, 2020).

Rodrigues et al. (2018) atribuem também pontos positivos devido à grande interatividade e variedade de informações presentes na internet, o que possibilita uma maior atenção à saúde por parte dos indivíduos e uma comunicação mais direta com o profissional de saúde, permitindo um cuidado mais centrado no paciente, eficiente e célere. Os mesmos autores consideram esse mesmo cuidado essencial para uma assistência médica de elevada qualidade, e que é através do mesmo que o paciente e o médico tomam decisões em saúde.

Apesar dos benefícios que a internet pode trazer, ela também traz possíveis riscos e preocupações, nomeadamente sobre o impacto que a informação de saúde online pode ter no paciente e na relação do paciente com o seu profissional de saúde (Garcia, 2020), pois a informação que encontramos online é muitas vezes pouco precisa e de difícil interpretação (Diviani et al., 2016). Possíveis efeitos negativos do comportamento de busca de informações online sobre os resultados do paciente incluem solicitações inadequadas de intervenções clínicas, maior ansiedade e maiores taxas de não adesão (Linn et al., 2019).

Apesar da grande quantidade de informação que pode ser encontrada na internet, é difícil filtrar os conteúdos confiáveis, pois qualquer pessoa pode criar conteúdos e publicá-los online. Segundo Oliveira et al. (2013), os conteúdos apresentados em portais focados para o público, particularmente na área da saúde, nem sempre são produzidos por pessoas especializadas, e geralmente baseiam-se em experiências próprias, sem apoio científico. Oliveira et al. (2013) consideram preocupante a quantidade de portais onde podem ser encontradas informações erradas ou prejudiciais. A preocupação é partilhada por Rodrigues et al. (2018), devido à falta de confiabilidade das informações cedidas em websites, páginas de grupos, blogs e comunidades online.

Um estudo de James & Harville (2016) examinou a relação entre eLiteracia em saúde (literacia em saúde aplicada aos meios eletrónicos) e comportamentos de procura de informação e participação em pesquisas em dispositivos móveis em jovens Afro Americanos e concluiu que a maioria dos participantes, apesar de ter uma boa eLiteracia em saúde, não possuía a habilidade para distinguir entre fontes de informação de alta e baixa qualidade na internet, nem a capacidade de utilizar as informações encontradas na internet para tomar decisões de saúde.

Os autores Aspden e Katz, no seu inquérito publicado em 2001 ressaltam que uma grande parte dos utilizadores de internet acredita no valor da informação, considerando-a “altamente valiosa”. Parte dos utilizadores apresentam desconfiança em algumas informações, no entanto grande parte tende a confiar nos conteúdos que encontram na internet. Aspden e Katz (2001) evidenciam que os utilizadores que já leram informações enganosas tendem a ser mais críticos. Moretti e Silva (2012) destacam que dados como estes podem ser preocupantes quando se verifica que muitas informações encontradas na internet são de má qualidade, equivocadas ou com conflito de interesse, e que o mau uso desse conteúdo, em saúde, pode gerar consequências letais para os utilizadores.

Embora a internet seja uma ferramenta importante para difundir conhecimentos na área da saúde, ainda é grande o número de websites que não consideram os critérios de qualidade para a divulgação das informações (Oliveira et al., 2013).

As pessoas podem recorrer à internet para aceder a informações de saúde das mais diversas formas e à medida que a internet é inundada com uma grande quantidade de informações de saúde online que carecem de regulamentações sobre seu conteúdo, surgem preocupações sobre a integridade, precisão e credibilidade dessas informações (Yan, 2010).

Existem iniciativas que têm vindo a promover mecanismos com vista a garantir o uso responsável e criterioso da internet enquanto fonte de informação de saúde. Exemplo disso é a HON (*Health On the Net*) que criou o HONCode, um código de conduta que define normas éticas para as informações de saúde na internet, de forma a proteger os cidadãos de informações falsas ou enganosas (*Health On the Net*, 2020).

O HONCode visa garantir a qualidade e confiabilidade das informações de saúde humana na internet, através de regras que garantem que os responsáveis pelos websites com esse tipo de informações seguem padrões éticos básicos para a apresentação da informação e ajuda a que os leitores saibam a fontes e o propósito dos dados que estão a consultar (*Health On the Net (HON): Health On the Net Code of Conduct (HONcode)*, 2019).

As diretrizes da HON para os websites são:

1. Autoridade - o website deve detalhar a equipa editorial e os responsáveis pelo website;
2. Complementaridade - menção dos limites do website e que este não substitui a

- relação paciente - profissional de saúde;
3. Confidencialidade - declaração explicando os requisitos legais relativos à confidencialidade dos dados pessoais;
 4. Atribuição - o website e as suas páginas médicas e jurídicas contém a sua data de última atualização e as fontes do conteúdo são explicitadas;
 5. Justificabilidade - a informação em saúde é completa e prestada de forma objetiva, equilibrada e transparente;
 6. Transparência - o website é fácil de usar, a sua missão é clara e a equipa é facilmente acessível;
 7. Divulgação Financeira - todas as fontes de financiamento estão identificadas e transparentes;
 8. Política de Publicidade - todos os anúncios e publicidades devem estar identificados como tal e devem estar diferenciados do restante conteúdo”.

(Website Certification Guidelines, 2020)

A internet veio permitir que qualquer pessoa tivesse acesso a uma fonte de informações de saúde. É hoje uma ferramenta importante para a promoção da literacia em saúde, sendo uma das ferramentas mais utilizadas para pesquisa de informações relacionadas com saúde. Apesar da quantidade de informação que pode ser encontrada na internet, é difícil filtrar os conteúdos e determinar a sua qualidade, pois qualquer pessoa pode criar conteúdos e publicá-los online.

1.2. As redes sociais digitais como canais de informação de saúde

1.2.1. As redes sociais digitais

A internet e a sua arquitetura permitiram que se desenvolvessem plataformas desenhadas para apoiar as interações sociais e elevar-se a uma complexa ação combinada entre comunicação, práticas sociais e tecnologias de infraestrutura (del Fresno García et al., 2016).

As redes sociais digitais são plataformas de tecnologia online, sem precedentes na história da humanidade, que se focam na interação humana síncrona e assíncrona, de forma local e global (del Fresno García et al., 2016). Howard & Parks (2012) consideram-nas como uma conjugação de três elementos: infraestruturas de informação e ferramentas usadas para distribuir conteúdo, o conteúdo que leva a versão digital das mensagens pessoais, notícias,

ideias e produtos culturais, e, por fim, as pessoas, organizações e indústrias que produzem e consomem conteúdo digital.

As redes sociais digitais são espaços virtuais que se focam na comunicação, interação, partilha de conteúdos e colaboração. Através delas as pessoas podem comunicar e interagir com familiares, amigos e diversas outras comunidades digitais. As redes sociais digitais podem também ser usadas por negócios e organizações, de forma a promover serviços ou produtos, ou interagir com o seu público-alvo (Lutkevich, 2021).

Carr e Hayes (2015) propuseram aquilo que consideram uma definição “nova, mais abrangente, precisa e atemporal” para redes sociais digitais:

“As redes sociais são canais baseados na internet que permitem aos utilizadores oportunisticamente interagir e seletivamente autoapresentar-se, quer em tempo real ou de forma assíncrona, tanto com audiências amplas ou pequenas, que derivam valor de conteúdo gerado por utilizadores e a perceção de interagir com outros.” (p.49)

Os autores del Fresno García et al. (2016) chamam-lhes um *continuum* social que se reflete num “labirinto complexo” de redes de comunicação que ligam as pessoas que partilham informação, ideias, perceções, crenças, mitos, rumores etc., em tempo real, num imenso sistema interconectado de comunicação. Isto resulta em que tudo esteja conectado: as pessoas, a informação, os dados, os eventos, os lugares, todas com múltiplas relações interdependentes que formam um vasto agregado de cadeias sociais (del Fresno García et al., 2016).

Ao serem plataformas que fazem uma interligação social, enfatizam o conteúdo gerado por utilizadores (*user-generated content*). Estas plataformas online de socialização oferecem aos seus utilizadores a oportunidade de gerarem o seu próprio conteúdo, partilhar, receber e comentar os conteúdos partilhados por outros utilizadores através de uma comunicação participativa (Kaplan & Haenlein, 2010).

Embora o termos “redes sociais digitais” (*social networks*) e “media sociais” (*social media*) sejam muitos vezes utilizados como termos sinónimos, Moorhead et al. (2013) distinguem-nos, referindo que as primeiras são um canal de comunicação que transportam e entregam uma mensagem e que envolvem uma pergunta, enquanto as segundas são canais bidirecionais de comunicação direta que envolvem partilha de informação entre duas partes.

Os media sociais, que englobam as redes sociais digitais, podem ser classificados de diversas formas para refletir a grande panóplia de plataformas existentes, tais como projetos colaborativos (ex: Wikipedia), comunidades de conteúdo (ex: YouTube), websites de socialização (ex: Facebook) e jogos virtuais e mundos sociais (Ex: Second Life) (Kaplan & Haenlein, 2010).

As redes sociais digitais são então websites e aplicações digitais com foco na comunicação, interação, partilha de conteúdos e colaboração, que enfatizam o conteúdo gerado por utilizadores, ou *user-generated content*, tornando-as ferramentas propícias para a partilha e disseminação de conteúdos de saúde, como iremos ver no próximo subcapítulo.

1.2.2. As redes sociais digitais e as informações de saúde

As redes sociais digitais também têm um papel importante para a obtenção e disseminação de informações de saúde. Segundo Roberts (2017), estas podem ser ferramentas relevantes quando são usadas para disseminar rapidamente, e em grande escala, informações sobre saúde.

Mais de 60% dos utilizadores de *smartphones* utilizam o seu telemóvel para obter informações sobre um problema de saúde, o que torna estas plataformas em fontes importantes para comunicações sobre saúde, promoção de saúde e intervenções sobre literacia em saúde (Smith, 2015).

As redes sociais digitais são um canal informal no qual se pode partilhar experiências com determinadas doenças. Elas podem ter um papel importante em conectar pacientes de todo o mundo que partilham a mesma condição de saúde, permitindo-lhe partilhar preocupações e soluções (Song et al, 2016). Estas plataformas digitais constituem um espaço onde as pessoas podem livremente partilhar e aceder a informações de saúde, nomeadamente a dados com base científica produzidos por profissionais de saúde, ou informações com base em opiniões de pessoas que experienciaram a doença em primeira mão (Samy et al. 2020).

Saini (2020) aponta como benefícios das redes sociais digitais nos cuidados de saúde a sensibilização para problemas de saúde; a vigilância sanitária, pois providenciam informações complementares àquelas dadas pelas autoridades de saúde; o conhecimento e o acesso a

informações de saúde, onde organizações de saúde podem facilmente falar acerca de assuntos de saúde e gerar sensibilização pública para determinadas doenças; o apoio dos pares, pois se são meios de conectar pessoas, isto também é verdade na saúde e, para além disto, promove o diálogo aberto acerca de saúde.

As informações de saúde nas redes sociais digitais são produzidas e partilhadas por indivíduos comuns, profissionais de saúde, centros de doenças e outros corpos de regulação de saúde (Afful-Dadzie et al., 2021). Estas informações de saúde são oriundas de diversas fontes e canais, incluindo plataformas de informação generalista, utilizadores leigos, profissionais de saúde e instituições (Crook et al., 2016; Sahin et al. 2019). Lau et al. (2011) acrescentam que são muitas as entidades de saúde que têm vindo a recorrer às redes sociais digitais para publicar conteúdos de saúde.

As redes sociais digitais têm vindo a ganhar terreno enquanto meio de procura de informações de saúde. Em 2019, um estudo publicado no *Saudi Medical Journal*, conduzido em 374 pacientes e seus acompanhantes, num hospital de cuidados de saúde terciários em Riade, na Arábia Saudita, revelou que 85% dos participantes procuram informação de saúde nas redes sociais digitais. Desses 85%, 78,3% usa o Whatsapp, 63,4% o YouTube e 12,3% o Facebook (Sumayyia et al., 2019). Estes números refletem a amplitude do uso destas plataformas devido ao seu fácil acesso e disponibilidade e o seu uso potencial para intervenções de promoção de saúde pública.

São várias as razões apontadas para o recurso às redes sociais digitais para obter informações de saúde. A maioria dos participantes utilizou estas plataformas para encontrar informação relacionada com as suas doenças, e aproximadamente um terço dos participantes usou a internet para obter consultas online (Sumayyia et al., 2019). Os participantes do estudo acreditam que as informações de saúde presentes nas redes sociais digitais melhoraram o seu conhecimento sobre os seus próprios problemas de saúde (Sumayyia et al., 2019).

Um estudo de 2013, que inquiriu utilizadores das redes sociais, encontrou quatro razões primárias para a utilização das redes sociais digitais para questões relacionadas com a saúde. Foram elas: (1) adquirir conhecimento acerca de uma doença diagnosticada; (2) obter aconselhamento de outros pacientes com a mesma patologia; (3) receber apoio social; e (4) comunicar com um profissional de saúde (Antheunis et al., 2013).

Uma revisão sistemática de 2021 de Chen & Wang investigou as utilizações das redes sociais digitais para fins de saúde que tenham sido identificados em estudos realizados no passado. Os investigadores procuraram artigos de revistas, revistos por pares, publicados entre 2006 e 2020 em 12 bancos de dados que abrangem medicina, saúde pública e ciências sociais. A revisão mostra que as instituições de saúde utilizam principalmente estas plataformas para infovigilância (a aplicação da infodemiologia com o objetivo principal de vigilância), divulgação de informações em saúde e combate à desinformação, intervenção em saúde e mobilização social (Hen & Wang, 2021). O estudo observou que os investigadores de saúde utilizavam as redes sociais digitais para apoiar pesquisas relacionadas com a saúde offline, para desenvolvimento profissional e para serviços de comunicação médico-paciente (Hen & Wang, 2021).

A revisão mostrou que o público (que incluiu pessoas saudáveis e com problemas de saúde, incluindo pacientes com diagnósticos conhecidos) usa as redes sociais digitais para procurar e partilhar informações relacionadas com saúde, obter e oferecer apoio social em comunidades online e acompanhar e partilhar *status* ou atividades de saúde (Hen & Wang, 2021).

A natureza casual e desregulada das informações de saúde nas redes sociais digitais representa riscos, especialmente aos utilizadores que são muitas vezes, segundo Lin et al. (2018) novatos e ansiosos por respostas.

O estudo de Antheunis et al. (2013) reportou obstáculos para o uso das redes sociais digitais para assuntos relacionados com saúde pela população em geral, tais como preocupações acerca da privacidade, informação não confiável, ineficiência e baixa necessidade aparente de procura de ajuda (Antheunis et al., 2013). Ao contrário das informações de saúde obtidas através dos meios tradicionais, como livros ou revistas de saúde, que são produzidas e reconhecidas por instituições e indivíduos e vêm com avisos legais, informações sobre o autor, ano de publicação, editora e público-alvo, as informações obtidas através das redes sociais digitais são produções informais, de autores que não são profissionais de saúde, e por isso levantam questões de qualidade (Lin et al. 2016).

Para além disto, e de acordo com Lin et al. (2016), quando os indivíduos revelam as suas informações médicas nas redes sociais digitais, isto cria uma tendência recíproca por parte dos recipientes para também partilharem as suas informações de saúde ou partilhar outras

informações relacionadas na sua rede de amigos. Se as informações compartilhadas forem falsas ou desinformadas, isto cria um ciclo de partilha de desinformação dentro dos grupos (Lin et al., 2016).

As redes sociais digitais vieram conectar a sociedade e alterar a forma como se transmite e recebe informações de saúde, permitindo a participação ativa de utilizadores. São hoje em dia das plataformas mais utilizadas para a consulta deste tipo de informação. Através destas, as informações de saúde podem chegar a mais pessoas, de forma mais rápida e com uma distribuição massiva de forma global. Por meio das redes sociais digitais, os pacientes, profissionais de saúde, organizações de saúde ou outras podem partilhar experiências, informações ou receber aconselhamento de forma síncrona, assíncrona, local ou global. No entanto, a sua natureza desregulada e casual ainda levanta algumas questões em relação ao impacto que as informações de saúde online podem ter para a literacia em saúde de quem as consulta.

Capítulo 2. O YouTube

Neste capítulo resume-se a história da plataforma digital YouTube. Aborda-se a forma como as informações de saúde são partilhadas e quais as motivações por detrás desta partilha. Analisa-se o YouTube enquanto elemento relevante no âmbito da cultura de participação. Explora-se ainda as regras e os critérios da plataforma para a disseminação das informações de saúde por parte dos criadores de conteúdo e utilizadores. Por fim, aborda-se a partilha de conteúdos sobre distúrbios alimentares nesta rede social digital.

2.1. Breve história do YouTube

Quando falamos em redes sociais digitais, é importante falarmos do YouTube, pois trata-se de uma das mais visitadas em todo o mundo. Em 2022, a plataforma encontrava-se em segundo lugar no ranking de websites mais visitados globalmente, sendo apenas ultrapassada pelo Google (Semrush, 2022). Em 2021, estimava-se que o YouTube tinha cerca de 2.24 mil milhões de utilizadores mundialmente. A rede social digital conta com 2.56 mil milhões de utilizadores ativos, sendo apenas ultrapassada pelo Facebook, com 2.91 mil milhões de utilizadores ativos (Shopify, 2022).

O YouTube é uma plataforma digital privada sediada em San Bruno, no estado da Califórnia, nos Estados Unidos da América, que permite partilhar, encontrar, visualizar e publicar vídeos, entre outros conteúdos, criados por utilizadores (Hosch, 2022). Snickars & Vonderau (2009) descrevem o YouTube como uma plataforma, um arquivo, uma biblioteca, um laboratório, uma base de dados e um médium, em simultâneo.

Inicialmente o YouTube permitia apenas partilhar vídeos, mas, mais tarde, adotou características de rede social digital, permitindo outro tipo de conteúdos como imagens e texto (Soukoup, 2014). A plataforma possibilita que os utilizadores interajam com os conteúdos partilhados, colocando *like* (gosto) ou *dislike* (não gosto), comentando ou partilhando os mesmos com os seus próprios subscritores (Youtube.com, 2022).

O YouTube foi registado a 14 de fevereiro de 2005 e oficialmente lançado a 15 de dezembro do mesmo ano. Foi fundado por Steve Chen, Chad Hurley e Jawed Karim, três ex-funcionários do PayPal. O objetivo principal dos seus criadores era remover as barreiras técnicas que surgiam às pessoas comuns que queriam partilhar os seus vídeos caseiros na internet (Hosch, 2022; Burgess & Green, 2018). Segundo Hosch (2022), aquando do seu

lançamento, a plataforma já contava com mais de 2 milhões de visualizações de vídeo por dia. Em janeiro do ano seguinte este número aumentou para 25 milhões, e no verão do mesmo ano os vídeos no YouTube obtinham 100 milhões de visionamentos por dia. Em outubro de 2006, a Google adquiriu o YouTube por 1.65 mil milhões de dólares americanos e em novembro de 2007 já era o website de entretenimento mais popular na Grã-Bretanha (Burgess & Green, 2018).

O primeiro vídeo alguma vez publicado na plataforma tem o título *Me at the zoo* (traduz-se como “Eu no zoo”) e foi publicado a 23 de abril de 2005. O vídeo de dezoito segundos tem a autoria de “Jawed” (Jawed Karim, um dos criadores da plataforma), e mostra-o no jardim zoológico (Jawed, 2005).

Nos seus primeiros tempos de existência, segundo Burgess & Green (2018), podia-se ler na página *About Us* (Sobre Nós) do YouTube possíveis usos que os utilizadores poderiam dar à plataforma, entre eles: “Mostra os teus vídeos favoritos ao mundo”, “Faz vídeos dos teus cães, gatos e outros animais de estimação”, “Faz Blog dos vídeos que tiras com a tua câmara digital ou telemóvel”, “Mostra os teus vídeos aos teus amigos e familiares à volta do mundo de forma segura e privada” e “...e muito, muito mais!”.

Atualmente a missão do YouTube é “dar a todos uma voz e mostrar-lhes o mundo” (YouTube, 2022). O YouTube acredita que “toda a gente merece ter uma voz e que o mundo é um lugar melhor quando ouvimos, partilhamos e construímos uma comunidade através das nossas histórias” (YouTube, 2022).

Os usos que se dá à plataforma estenderam-se, e o facto de se tratar de um website gratuito, torna-o aberto para uma multitude de informações, perspetivas e opiniões (Devendorf et al. 2020). Desde que foi fundada, a plataforma acolhe todo o tipo conteúdos, desde tutoriais de beleza, a vídeos de opinião ou de *gaming* (Mohsin 2022). No YouTube pode-se encontrar desde vídeos caseiros de baixa qualidade até vídeos profissionais feitos por produtoras de cinema ou canais de televisão (Ha, 2018).

Para além do acesso por computador, a plataforma também permite o acesso através da sua aplicação móvel. Mais de 70% dos utilizadores do YouTube acedem a vídeos online através da aplicação móvel (*YouTube Statistics 2022 [Users by Country + Demographics]*, 2022). A aplicação móvel, segundo Osman et al. (2022) veio tornar a experiência de vídeo no YouTube muito mais agradável e melhorar a disponibilidade desta plataforma, sendo possível aceder à

mesma *on-demand*, onde e quando os utilizadores quiserem.

O YouTube é considerado uma alternativa à televisão tradicional (Ha, 2018). O grande número e ampla variedade de conteúdos é, segundo Ha (2018), o que torna esta plataforma atraente para a geração *millennial*, pois os mesmos autores acreditam que a televisão tradicional não reflete a visão nem apela à generalidade das audiências de massas. A plataforma tem maior popularidade entre os jovens (*YouTube Statistics 2022 [Users by Country + Demographics]*, 2022), sendo a maioria dos utilizadores homens com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos (Ceci, 2022).

O YouTube é diferente dos serviços online de subscrição como Netflix, Hulu, Amazon Prime (Ha, 2018) ou HBO. Estes serviços selecionam apenas programas de televisão e filmes populares e produzem alguns programas próprios. São, como dizem Ha (2018), “televisão em esteróides” e disponível a qualquer momento e de forma fácil, o que permite que se faça “maratonas” de séries como alternativa mais barata à TV por cabo e satélite. Para além disto, e ao contrário da televisão e das plataformas de streaming, o YouTube é uma cocriação do YouTube Inc., agora propriedade do Google, dos utilizadores que partilham o seu conteúdo no website e da audiência que visualiza e se interessa por esse conteúdo (Burgess & Green, 2009). Ou seja, não são apenas os poderes empresariais que detém o controlo total sobre a plataforma, como é o caso, por exemplo, da Netflix ou da televisão tradicional.

Quando a audiência visualiza e contribui para o YouTube, ela está a participar numa forma “antiga de poder representacional”, o poder de contar a sua própria história, diz Strangelove (2019). O mesmo autor acredita que o YouTube representa uma transformação na estrutura da nossa cultura saturada com media. Strangelove (2019) acredita que esta transformação aparentemente simples tem consequências profundas. A participação de massas na criação de vídeos amadores acrescenta outra dimensão “sedutora” à cultura dos media, ou “cultura de ecrãs” (Strangelove, 2010).

Os utilizadores que fazem upload dos seus vídeos ou “colaboradores” ou “participantes” como lhes chamam Burgess & Green (2009) constituem um grupo diversificado: desde detentores de canais de televisão ou produtores de media, empresas pequenas, médias ou grande que procuram distribuir os seus conteúdos, instituições culturais, artistas, ou simplesmente “leigos” e produtores de conteúdo amadores (Burgess & Green, 2009).

A grande popularidade atual do YouTube pode ser justificada com o facto dos utilizadores com conexão à internet poderem facilmente aceder ao YouTube através de um computador fixo ou portátil, tablet ou telemóvel (Osman et al., 2022).

Uma das razões que motivam os utilizadores a criar conteúdo para o YouTube é o facto da plataforma partilhar com eles os lucros publicitários (Osman et al., 2022). Burgess & Green (2009), por sua vez, acreditam que o público gostou da plataforma pela grande popularidade de vídeos criados por utilizadores e a distribuição do conteúdo das empresas de media através do YouTube.

Esta combinação de fatores (a criação de vídeos por utilizadores e distribuição de conteúdo de empresas de media) também foi a responsável pelo posicionamento do YouTube como foco central da cultura participativa (Burgess & Green, 2009). Segundo os mesmos autores, o YouTube é um site de cultura participativa: os participantes chegam ao YouTube com um propósito e objetivo e constroem-no coletivamente num sistema cultural dinâmico.

O termo cultura de participação foi usado por Henry Jenkins (2006) para descrever a cultura em que os fãs e outros utilizadores participam ativamente na criação e partilha de conteúdo. Permite a expressão livre e partilha de criações com os outros, num processo em que todos são *producers* (*producer and user*, ou seja, produtor e utilizador). Os utilizadores estabelecem conexões sociais uns com os outros ao partilharem conteúdos. Estabelece-se uma ligação entre tecnologias digitais, conteúdo gerado por utilizadores e alterações nas relações de poder entre o mercado dos media e os seus consumidores (Burgess & Green, 2009).

Chau (2011) estabelece cinco características que definem a cultura de participação. A primeira são as barreiras relativamente baixas para a expressão artística e participação cívica. Podemos observar isto no YouTube. A entrada na comunidade é relativamente fácil. Desde o momento da criação do canal, que se trata de uma tarefa simples, que qualquer pessoa pode fazer, passando pelo visionamento de vídeos, interação com os mesmos através de gostos ou comentários até à partilha. A segunda característica é a grande motivação para criar conteúdos e partilhar os projetos de outra pessoa. O YouTube, que é um website que permite uma grande partilha de conteúdos. Facilmente qualquer pessoa cria e partilha vídeos. Os membros podem partilhar através de links automaticamente gerados e a página de vídeos recomendados apresenta conteúdos populares para que os membros se mantenham informados dos tópicos em tendência (Chau, 2011). A terceira característica é a mentoria informal. Isto é evidente nos inúmeros vídeos de *how to* (Como fazer) e tutoriais presentes na plataforma. Este tipo de

mentoria não é regulada pelo YouTube mas permite à comunidade aprender (Chau, 2011). A quarta característica é a crença de que as contribuições têm valor. Chau (2011) diz que qualquer nível de participação, desde o visionamento de vídeos até à criação de vídeos de resposta, os utilizadores contribuem muito para a comunidade. O feedback aos vídeos é dados através dos comentários, vídeos com reações (*reacts*) e/ou gostos. Esta resposta ao conteúdo é feita para encorajar ou desencorajar o criador do mesmo. Por fim, a quinta característica é a do sentido de conexão social (Chau, 2011). No YouTube este sentido de conexão pode ser percebido nas comunidades que se forma entre os subscritores de um *Youtuber*, em que a comunidade cria ligações nos comentários por exemplo. Pode também ser visto através das colaborações que se fazem entre os criadores de conteúdo (*collabs*).

Ha (2018) também distingue quatro características geralmente atribuídas a esta cultura de participação no YouTube: (1) os vídeos são recomendados através de outros vídeos relacionados; (2) existem links de vídeo para facilitar a partilha de vídeos do YouTube; (3) os comentários e outras funcionalidades de rede social e (4) a possibilidade de leitores de vídeo *embedded* (leitores de vídeos que podem ser embutidos em plataformas como blogs ou websites).

Um estudo realizado por Ha & Yun (2014) sobre a divisão digital e comportamento de *prosumption* (uma contração entre as palavras *production* e *consumption*, ou seja, produção e consumo) por parte das audiências que criam e consomem conteúdos de media mostrou que as audiências online são na maioria utilizadores passivos, ao invés de participantes ativos. Uma razão apontada é a divisão entre capacidades de produção de vídeo e os recursos das pessoas. A maioria das pessoas não participa na produção nem partilha de conteúdo com outros. Neste estudo os dados mostraram que a maior parte das pessoas não estão a participar nos vídeos online, limitando-se a ver os vídeos sem fazer nada com eles. O pequeno grupo de *prosumers* que produzem e consomem de forma extensiva vídeos online agem como agentes de mudança e líderes de opinião no ecossistema online (Ha & Yun, 2014). Por esta razão, Hun (2018) concetualiza a audiência do YouTube como *prosumers* ativos que produzem e vêem vídeos, visualizadores leais passivos, que apenas visionam os canais aos quais estão subscritos e visualizadores *ad hoc*, que apenas vêem o que precisam naquele momento e nunca subscrevem a nenhum canal no YouTube.

Segundo Hun (2018), é a combinação de todas estas audiências que cria a ecologia sucesso do YouTube: os *prosumers*, que fornecem conteúdo *user-generated* diverso no YouTube, os comendadores ativos que expressam a sua visão nos vídeos que visionam e influenciam a percepção sobre o vídeo de outras pessoas, os partilhadores, que ajudam a promover e espalhar o vídeo, e os visualizadores passivos, que apoiam os YouTubers com as suas visualizações regulares e os visualizadores *ad hoc* que escalam as visualizações de certos vídeos a um patamar novo, ajudando esses nichos a ter mais visualizações. Para além disto, Hun (2018) acrescenta ao ecossistema as empresas profissionais de media e os *marketers* que também utilizam as plataformas para aumentarem o seu alcance.

Em suma, o YouTube é uma rede social digital que permite partilhar, encontrar, visualizar e publicar vídeos, entre outros conteúdos, criados por utilizadores, admitindo a expressão livre e partilha de conteúdo, num processo em que todos são *producer*.

2.2. O YouTube enquanto plataforma de informação para a saúde

Como visto no subcapítulo anterior, o YouTube permite que qualquer pessoa, profissional ou amadora, de qualquer área, divulgue os seus conteúdos em vídeo. Não necessita de equipamentos especiais, não precisa de licenças nem qualificações de nenhum tipo para que possa espalhar a sua mensagem. Se alguém quiser partilhar informações sobre alguma área de conhecimento, pode fazê-lo apenas criando uma conta/canal no YouTube e publicando conteúdo.

O número elevado de utilizadores do YouTube e a facilidade de acesso à informação pode ser importante para que mais pessoas estejam informadas em relação aos mais diversos tópicos de saúde e possam fazer as suas pesquisas de forma rápida e manter-se informadas. O acesso aberto do YouTube, aliado à grande diversidade de conteúdos nele presente, faz dele uma rede social com as mais diversas informações, perspectivas e opiniões em relação a assuntos de saúde.

No YouTube podem ser vistos conteúdos das mais diversas temáticas. Esta ferramenta é usada para fins de entretenimento, mas também para fins educativos e informativos, sendo produzidos, publicados e consumidos vídeos dedicados a temas de saúde. Um estudo de Li et al. (2020) mostrou que aproximadamente 8 em 10 pessoas já usaram o YouTube para pesquisas relacionadas com saúde.

Dentro da temática da saúde, podemos encontrar no YouTube desde vídeos amadores produzidos para partilhar e expressar opiniões pessoais e experiências de pessoas comuns ou que foram diagnosticadas com determinadas patologias, até vídeos criados por entidades de saúde e profissionais de saúde com propósitos educativos e informativos (Pant et al., 2012).

A dificuldade de compreensão e a necessidade de elevadas capacidades de leitura para obtenção de informações de saúde através de textos de saúde e ciência na internet são potenciais causas que levam os cidadãos e pacientes a procurar informação científica e de saúde em plataformas de vídeos como o YouTube (Allgaier, 2020).

As motivações para a publicação de vídeos de saúde podem ser várias. Segundo Syed-Abdul et al. (2013), os consumidores de saúde publicam vídeos acerca das suas doenças no YouTube enquanto que os profissionais de saúde colaboram para melhorar as informações presentes na Internet. Lau et al (2011) dizem que os portais de saúde tradicionais como o NHS Choices, Mayo Clinic e PubMed usam as redes sociais digitais como o YouTube para distribuírem o seu conteúdo.

Enquanto o número de pessoas que recorre ao online para procurar este tipo de informações aumenta, também aumenta o número de pessoas que cria e publica este tipo de conteúdos (Pant et al, 2012).

Alguns autores apontam alguns problemas ao uso do YouTube como fonte de informações de saúde. Duas das razões mais importantes são que a informação publicada muitas vezes não tem base científica ou factual, é suportada pela experiência das pessoas que publicam os vídeos e há falta de regulamentações e guias para filtrar o conteúdo publicado na plataforma (Madathil et al., 2014).

Quando se faz uso de um website como o YouTube para procura de informações de saúde, tem de ser ter em mente que é uma plataforma social, em que não há uma seleção editorial, nem uma avaliação prévia ao carregamento do vídeo, podendo estar a ser publicadas e disseminadas informações prejudiciais e falsas (Allgaier, 2020). Allgaier (2013, 2016) demonstrou que os vídeos sobre ciência e medicina no YouTube não são da autoria exclusiva de organizações científicas e médicas. Também ativistas de pseudociência e anti-ciência, teóricos da conspiração, “curandeiros” ou praticantes de medicinas alternativas adotaram o YouTube como canal para difundir as suas perspetivas e para “atacar” a ciência (Allgaier, 2013, 2016).

Segundo Harley (2012), não há certezas sobre o tipo de conteúdo presente no YouTube

e acerca da qualidade da sua informação. Mesmo quando alguém procura por termos médicos, os vídeos que surgem na pesquisa podem ser “paródias” ou videoclipes, publicidade, mas também conteúdos acadêmicos, reportagens e vídeos de canais televisivos (Harley, 2012).

Outro problema apontado é que os resultados de pesquisa do YouTube baseiam-se na popularidade, relevância e histórico de visualizações, e não na qualidade do conteúdo (Osman et al., 2022). Isto cria um problema para os utilizadores informais que querem aprender, mas não têm guias e por isso estão expostos a conteúdo não verificado, e parcialmente errôneo, que poderá promover hábitos e atividades não saudáveis (Nour et al. 2017) É por isso, segundo Pant et al. (2012), essencial avaliar a veracidade dos conteúdos publicados.

O problema que Allgaier (2020) encontra é a questão da procura de informação em determinados motores de pesquisa, que guardam as preferências de cada utilizadores e personalizam as respostas às suas pesquisas. Motores de pesquisa como o Google podem privilegiar certas informações em detrimento de outras, de forma a ir ao encontro dos interesses do utilizador e individualizar a sua pesquisa, escondendo outros resultados e tornando mais difícil encontrar certos tipos de conteúdo, o que resulta em que se encontre sempre o mesmo tipo de conteúdos (Allgaier, 2020).

Esta personalização da pesquisa, que baseia o resultado das pesquisas no histórico de procura de cada utilizador, faz com que dois utilizadores diferentes do YouTube que procurem pelo mesmo termo possam obter resultados com vídeos diferentes, com base no histórico das suas pesquisas anteriores (Allgaier, 2020). O mesmo autor considera que também não é claro de que forma os utilizadores chegam aos vídeos que veem no YouTube. Isto é, não é necessário fazer-se uma pesquisa no YouTube para visualizar vídeos na plataforma. Podemos aceder aos mesmos através de notícias, e-mails ou se um vídeo for embutido (*embedded*) num blog, num post do Facebook ou num *Tweet*. Segundo o autor, isto revela-se um grande desafio para o estudo da ciência e medicina no YouTube.

Allgaier (2020) aponta ainda outro aspeto a ser considerado: a importância do estudo da produção do conteúdo do YouTube e as intenções e ideias dos autores dos mesmos. Considera que se deve fazer a distinção entre produtores de media profissionais e utilizadores da internet amadores (Allgaier, 2020), apesar de, como já vimos, a linha que separa produtor e utilizador estar-se a tornar cada vez mais ténue. Isto tem levantado questões sobre a fiabilidade da fonte de informação e sobre o risco de propagação de informações enganosas (Madathil et al., 2014). Pessoas que procuram informações de saúde no YouTube muitas vezes não sabem

quem publicou o conteúdo, quando o material foi publicado nem a veracidade da informação (Pant et al., 2012).

O estudo de Osman et al. (2022) que analisou 202 artigos publicados sobre o YouTube enquanto fonte de informação para a saúde publicados até agosto de 2020 conclui que este não é uma fonte confiável para obter informações médicas e de saúde. O mesmo estudo revelou que as métricas baseadas na popularidade dos vídeos tais como o número de visualizações e “gostos” não devem ser consideradas como indicadores de qualidade (Osman et al., 2022).

Kocyigit & Akaltun (2019) reviram 53 vídeos no YouTube sobre *secukinumab* e usaram a *Global Quality Scale* para avaliar a qualidade educacional destes vídeos. Os autores descobriram que apenas 18 (34%) dos vídeos eram de elevada qualidade. 17 (32%) dos vídeos foram classificados como de qualidade intermediária e 18 (34%) foram considerados de baixa qualidade. O mesmo estudo não notou diferenças significativas no número de visualizações, *likes*, *dislikes* nem comentários por dia, apesar da diferença de qualidade dos vídeos (Kocyigit & Akaltun, 2019).

Steinberg et al. (2010) conduziram um estudo acerca do YouTube enquanto fonte para informações acerca de cancro da próstata, em que dois médicos visualizaram um total de 51 vídeos e classificaram o conteúdo como excelente, bom ou pobre e determinaram que, apesar de alguns vídeos serem fontes “robustas” de informação, o YouTube é uma fonte inadequada de informação acerca de cancro da próstata para pacientes, devido a informações desequilibradas nos vídeos avaliados.

Um estudo de Keelan et al. (2007) analisou vídeos de vacinação e imunização e descobriu que menos da metade dos vídeos analisados tinham uma perspectiva positiva em relação à vacinação e imunização. Os autores consideraram um vídeo como positivo se a mensagem central apoiava a imunização, apresentando-a de forma positiva (por exemplo: descrevendo os seus benefícios ou encorajando as pessoas a imunizar-se). No entanto, no mesmo estudo os vídeos que criticavam a vacinação tiveram uma melhor classificação e mais visualizações (Keelan et al., 2007). A informação destes vídeos muitas vezes era contraditória à referência padrão dos médicos. Os mesmos autores aconselham a comunidade médica a estar atenta a este tipo de vídeos para que possam responder a pacientes que obtenham informações de baixa qualidade no YouTube (Keelan et al., 2007).

Briones et al. (2012) fizeram uma análise de conteúdo de 172 vídeos no YouTube em

relação à vacinação para o Vírus do Papiloma Humano (VPH). A maioria dos vídeos analisados eram conteúdos gerados por utilizadores e tinham um tom negativo e desaprovador em relação à vacina para este vírus. Os vídeos negativos tinham mais *likes* do que os vídeos positivos ou neutros. Os autores também observaram que muitos dos vídeos eram teorias da conspiração e sugeriram ir contra liberdades civis (Briones et al., 2012).

No entanto, um estudo conduzido por Pandey et al. em 2010 acerca da Pandemia H1N1 (Pandemia da Gripe A) revelou dados ligeiramente mais positivos. 61,3% dos vídeos encontrados no YouTube continham informações úteis e 23% eram enganadores.

De forma semelhante, também o estudo de Sood et al. (2011) obteve resultados positivos para o YouTube enquanto fonte de informações para a doença das pedras nos rins. Mais da metade (58,3%) dos vídeos analisados continham informações úteis e 18,1% continham informações enganosas. Quanto à popularidade, o estudo revelou que os vídeos úteis tinham mais visualizações do que os com informações enganadoras. Os vídeos publicados por canais de universidades tinham as melhores e mais fidedignas informações (Sood et al., 2011). Os autores Sood et al. (2011) concluíram que plataformas de conteúdo gerado por utilizadores como o YouTube têm um potencial significativo para influenciar as atitudes dos indivíduos, quer a favor, quer contra a “escolha certa”. Aconselham a que sejam publicados vídeos de autoridade por fontes confiáveis para que se disseminem informações de confiança (Sood et al., 2011).

Murugiah et al. (2011) estudaram vídeos no YouTube acerca da ressuscitação cardiopulmonar, uma técnica que é crítica para a sobrevivência em caso de paragem cardíaca súbita. Os autores descobriram que 69% dos vídeos mostravam o ratio correto de compressão-ventilação, enquanto que 19% dos vídeos continham informações incorretas na recomendação de verificar se existia pulsação. Neste estudo verificou-se que os vídeos com informações médicas mais corretas não foram aqueles mais visualizados (Murugiah et al., 2011).

Tal como podemos constatar através dos dados apresentados nas investigações acima mencionadas, os estudos que têm sido feitos acerca deste tema revelam informações contraditórias no que toca às métricas baseadas na popularidade dos vídeos tais como o número de visualizações e *likes*. Alguns estudos não notaram diferenças significativas no número de visualizações, *likes*, *dislikes* ou comentários por dia, apesar da diferença de qualidade dos vídeos (Kocuyigit & Akaltun, 2019), outros revelaram que os vídeos considerados de baixa qualidade tiveram uma melhor classificação e/ou mais visualizações (Keelan et al., 2007;

Briones et al., 2012; Murugiah et al., 2011), outros estudos concluíram que os vídeos úteis tinham mais visualizações do que os com informações enganadoras (Sood et al., 2011). Com base nisto, não é possível chegar a uma conclusão clara. Osman et al. (2022) defendem que não é possível considerar as métricas de popularidade como indicadores de qualidade.

Podemos encontrar no YouTube desde vídeos de saúde produzidos por amadores para partilhar e expressar opiniões pessoais e experiências de pessoas comuns ou que foram diagnosticadas com determinadas patologias, até vídeos criados por entidades de saúde e profissionais de saúde com propósitos educativos e informativos, o que levanta questões sobre a utilidade e qualidade das informações disponíveis na plataforma. As conclusões relativamente à qualidade e utilidade dos conteúdos varia, sendo que alguns autores defendem que o YouTube não é uma fonte confiável para obter informações médicas e de saúde (Osman et al., 2022; Kocyigit & Akaltun, 2019; Steinberg et al., 2010; Keelan et al., 2007; Briones et al. (2012) e outros consideram que há potencial nesta plataforma para moldar perspetivas e aprender (Sood et al., 2011; Murugiah et al., 2011).

2.3. O YouTube e a disseminação de informações sobre distúrbios alimentares

Há várias décadas que a internet tem sido usada para criar comunidades de pessoas que sofrem com este tipo de distúrbios e em que elas detalham as suas experiências. Exemplo disso são os blogs e outros websites de *Thinspiration* (em que pacientes de anorexia se motivam a emagrecer entre outras coisas) e pro-Ana (Anorexia) bem como Mia (bulimia).

No entanto, o YouTube tem implementado políticas para prevenir e impedir a partilha de conteúdos perigosos para os utilizadores. Na página das “Harmful or dangerous content policies” pode-se ler que o YouTube não permite conteúdo que encoraje atividades ilegais ou perigosas que possam levar a riscos sérios para a saúde, ou morte. Na mesma página pode ler-se que este tipo de conteúdos deve ser reportado pelos utilizadores. Na mesma página referem-se alguns dos tipos de conteúdos que se inserem nesta categoria, nomeadamente, os distúrbios alimentares. É sublinhado que não se deve publicar conteúdos que “glorifiquem ou encorajem os visualizadores a imitar a anorexia ou outros distúrbios alimentares”. (*Harmful or dangerous content policies*, 2022)

A partilha de vídeos sobre distúrbios alimentares é frequentemente utilizada como forma de pessoas com a mesma doença se encontrarem e partilharem o seu testemunho,

experiência e procurarem apoio (Pereira et al, 2016). Utilizadores do YouTube partilham vídeos em que falam sobre as suas experiências com doenças mentais tais como os distúrbios alimentares.

Segundo Pereira et al. (2016), o YouTube vem sendo usado para as pessoas com este tipo de doenças criarem um recurso valioso para si mesmas, criando uma forma de “terapia de grupo”, onde podem ler comentários de outros utilizadores e responder-lhes, que pode constituir uma ferramenta útil de auto-exploração, construção de relações e redução de sintomas, como acontecia com os blogs. Os autores acrescentam que idealmente, isto poderá promover os utilizadores a procurar ajuda e motivarem-se a procurar ajuda profissional para a sua doença. Pereira et al. concluíram no seu estudo de 2016 sobre testemunhos em vídeo no YouTube, que a internet é um bom meio para a auto-expressão e que oferece suporte e segurança para aqueles que querem expressar-se sobre a sua doença, sem o medo de julgamento e rejeição. Além disso, segundo os mesmos autores, ler comentários positivos pode ter um impacto positivo no paciente.

Para além de vídeos de experiências em primeira mão, uma pesquisa no YouTube revela-nos que os conteúdos sobre distúrbios alimentares variam desde *Ted Talks* a animações explicativas ou mesmo entrevistas a celebridades.

Syed-Abdul. et al. (2013) conduziram um estudo com o objetivo de investigar a desinformação acerca da anorexia disseminada através de vídeos no YouTube. Foram selecionados 140 vídeos por 3 médicos que os classificaram como informativos, pró-anorexia ou outros. Os vídeos informativos foram considerados aqueles cujo conteúdo descreve as consequências da anorexia nervosa para saúde e conselhos para recuperação. Consideraram-se pró-anorexia os vídeos que promoviam a doença como uma moda e fonte de beleza e que partilhavam truques e métodos para se tornar e permanecer anorético. O estudo revelou que 29,3% dos vídeos continham informações pró-anorexia. Estes vídeos foram menos comuns do que os vídeos informativos mas em termos de proporção, os conteúdos pró-anorexia eram preferidos e mais classificados pelos visualizadores (Syed-Abdul et al, 2013).

A disponibilização de informações numa rede social digital que está presente no dia a dia das pessoas abre o acesso a informações de saúde, no entanto, levantam-se questões em relação à qualidade das mesmas. A falta de curadoria prévia à publicação dos vídeos e a facilidade em publicar vídeos, por qualquer pessoa, com ou sem qualificações, coloca interrogações sobre a confiabilidade das informações.

2.3.1. Painéis de Informação para conteúdos de saúde no YouTube

Os vídeos sobre saúde publicados no YouTube podem ter as mais diversas fontes. De forma a identificar e designar fontes de saúde fiáveis, a plataforma adotou práticas e implementou funcionalidades (YouTube, 2023).

O YouTube tem mecanismos que têm como objetivo dar mais contexto aos conteúdos de saúde que podemos encontrar na plataforma. Pode ler-se na página “Obtenha informações acerca de conteúdo relacionado com saúde” do “YouTube Ajuda”:

No YouTube, estamos empenhados em estabelecer uma ligação entre si e o conteúdo de saúde proveniente de fontes fiáveis para que se mantenha a par de tudo e viva uma vida mais saudável. Desenvolvemos várias funcionalidades para lhe fornecer mais contexto sobre o conteúdo de saúde que encontra no YouTube.

São disponibilizados painéis de informação que dão contexto sobre as fontes de saúde, isto é, por baixo dos vídeos relacionados com questões de saúde o YouTube mostra informações que oferecem contexto sobre a fonte do mesmo.

Nos Estados Unidos da América, as fontes de saúde elegíveis para esta funcionalidade necessitam de estar em concordância com as definições e princípios desenvolvidos por especialistas convocados pela National Academy of Medicine (NAM) e revistos pela American Public Health Association (APHA). Fora dos Estados Unidos, o YouTube baseia-se no trabalho realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para determinar a utilização global destes princípios.

Segundo se pode ler na mesma página, em julho de 2021, o painel de especialistas convocado pela NAM publicou princípios fundamentais que poderão orientar a identificação de fontes de saúde online potencialmente credíveis no ensaio *Identifying Credible Sources of Health Information in Social Media: Principles and Attributes*.

O YouTube é uma das redes sociais digitais mais visitadas no mundo. O YouTube veio tomar o lugar da televisão, promovendo uma cultura participativa e permitindo ao utilizador participar ativamente como *prosumer*. Isto faz com que qualquer pessoa possa criar e partilhar conteúdo de saúde, sendo ou não profissional da área da saúde. Os conteúdos de saúde em vídeo são uma forma alternativa e mais leve aos conteúdos pesados e por vezes difíceis de ler

em texto. Os vídeos sobre distúrbios alimentares permitem aos pacientes encontrarem pessoas com a mesma doença e partilharem o seu testemunho, experiência ou procurarem apoio. No entanto, a natureza ainda pouco regulada e a hierarquia no posicionamento de vídeos em pesquisas baseado em popularidade, relevância e histórico de visualizações e não com base no rigor da informação ainda levantam questões sobre o uso desta plataforma para a consulta de informações de saúde e promoção da literacia em saúde.

Capítulo 3. A Literacia em saúde

Este capítulo tem como objetivo abordar a perspectiva de diversos autores sobre o que é a literacia, a origem do conceito e o seu papel na sociedade e introduz-se o conceito de literacia mediática. São explicados os conceitos de literacia em saúde, literacia em saúde mental e a sua importância para os indivíduos e para os sistemas de saúde. São também explorados os conceitos de eLiteracia em Saúde e Literacia Mediática em Saúde.

3.1. Contextualização de Literacia, Literacia Mediática e Literacia em Saúde

O termo literacia em saúde foi usado pela primeira vez em 1974, no artigo “Health education as social policy” por Scott K. Simonds (Simonds, 1974). O autor deste artigo discute a educação para a saúde como problema político que afetava o sistema de saúde, o sistema de educação e a comunicação de massas (Simonds, 1974 apud. Ratzan et al. 2000). No entanto, segundo Speros (2005), o conceito de literacia em saúde surge apenas na última década do século XX e são poucas as referências a literacia em saúde que podemos encontrar na literatura até 1992 (Speros, 2005).

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) caracterizou a literacia como um direito humano fundamental, em 1966 (UNESCO Institute for Statistics, 2008). Keefe & Copeland (2011) consideram, no entanto, que apesar de haver um acordo generalizado de que a literacia é um direito humano, não existe consenso em relação à definição do seu conceito.

Nas décadas de 1980 e 1990 a investigação de educação para a saúde tentava colmatar a falha de compreensão de informações sobre saúde causada pelo baixo nível de literacia dos pacientes (Speros, 2005). Speros (2005) diz-nos ainda que foi nessas mesmas décadas que surgiram artigos de literatura em saúde pública, enfermagem e medicina que exploravam as necessidades de educação das populações com baixa literacia, estratégias de educação para a saúde que promovem a compreensão junto de pessoas que não sabem ler, bem como a relação entre a iliteracia e os resultados em saúde.

Segundo os autores Sørensen et al. (2012), nas suas primeiras definições, o conceito de literacia em saúde enfatizava a capacidade de tratar palavras e números no contexto médico. A definição dada pela UNESCO Institute for Statistics em 2013, caracteriza literacia como a

“habilidade de identificar, perceber, interpretar, criar, comunicar e computar, usando materiais escritos e impressos associados a contextos variados”. Kirsch (2001) considera a literacia uma constelação de capacidades que incluem não só a escrita, como também a leitura, cálculos matemáticos básicos, fala e compreensão verbal.

Keefe & Copeland (2011) propõem no seu artigo “What is Literacy? The Power of a Definition” cinco princípios de definição fundamentais para o conceito de literacia: (1) todas as pessoas são capazes de adquirir literacia; (2) a literacia é um direito humano e é fundamental para a experiência humana; (3) a literacia não é uma característica que reside na pessoa individual, mas sim requer e cria relações com os outros; (4) a literacia inclui comunicação, contacto e expectativa de que a interação é possível para todos os indivíduos; e por fim (5) a literacia é a responsabilidade coletiva de todos os indivíduos de uma comunidade para desenvolver sentido com todos os modos de comunicação humana de transmissão e receção de informação.

Nutbeam (2009) distingue dois focos da literacia: a literacia baseada em tarefas (*task based-literacy*) e a literacia baseada em competências (*skills-based literacy*). Segundo esta proposta, a literacia baseada em tarefas foca a capacidade que um indivíduo tem de realizar tarefas-chave como ler um texto básico e escrever uma frase simples. A literacia baseada em competências, por sua vez, foca o conhecimento e as competências que um adulto deve possuir para realizar tais tarefas.

A literacia envolve uma aprendizagem contínua que permite que as pessoas alcancem os seus objetivos, desenvolvam a sua sabedoria e o seu potencial e participem na comunidade e na sociedade de uma forma geral (UNESCO Institute for Statistics, 2008).

Com os desenvolvimentos tecnológicos, o conceito de literacia foi ampliado além do uso de materiais escritos e impressos, alargando-se aos meios de comunicação audiovisuais, eletrónicos e digitais, surgindo a literacia mediática.

A discussão sobre literacia mediática iniciou-se com a Declaração de Grünwald sobre a Educação para os Media, em 1982, quando educadores, comunicadores e investigadores de 19 países e participantes no simpósio internacional se reuniram em Grünwald, na República Federal da Alemanha, de 18 a 22 de janeiro de 1982, a convite da UNESCO, onde apelaram a que as autoridades competentes lançassem e apoiassem programas integrados de educação para os media, visando o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e atitude para o crescimento

de espírito crítico; desenvolvessem cursos de formação para professores e outros agentes educativos, com o objetivo de aumentar os seus conhecimentos e a compreensão dos media; estimulassem atividades de investigação e desenvolvimento visando a educação para os media, com base em disciplinas como a psicologia, a sociologia e as ciências da comunicação; apoiassem e reforçassem ações realizadas ou previstas pela UNESCO para incentivar a cooperação internacional na educação para os media.

Uma proposta conceptual para literacia mediática surgiu em 2006, em Bruxelas, no seio da Comissão da Comunidades europeias, que acreditava que os media, sendo fundamentais para a compreensão do mundo e participação na vida democrática e cultural dos cidadãos europeus, estavam em mudança. A economia dos media estava a ser “radicalmente” transformada pela mobilidade, *user-generated content*, pela internet e crescimento da disponibilidade de produtos digitais. Consideravam crucial “conhecer e compreender melhor como os medias funcionam no mundo digital”, bem como “os novos protagonistas na economia dos media e as novas possibilidades e desafios que o consumo dos media poderia trazer.” (*Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões: uma Abordagem Europeia da Literacia Mediática no Ambiente Digital*, 2007).

Propuseram assim uma definição europeia de literacia mediática: a capacidade de aceder aos media, de compreender e avaliar de modo crítico os diferentes aspectos dos media e dos seus conteúdos e de criar comunicações em diversos contextos. Esta definição pode ser consultada na *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões: uma Abordagem Europeia da Literacia Mediática no Ambiente Digital*, de 20 de Dezembro de 2007. Este documento esclarece que meios de comunicação social são meios de comunicação com a capacidade de atingir um largo público através de diversos canais de distribuição. Define mensagens dos media como conteúdos informativos e criativos de textos, sons e imagens, transmitidos em televisão, cinema, vídeos, websites, rádio, videojogos e comunidades virtuais.

No mesmo documento afirma-se que consideram-se vários níveis de literacia mediática:

- “Estar à vontade com todos os tipos de media, desde jornais a comunidades virtuais,”
- “Utilizar activamente os media, nomeadamente através da televisão interactiva, dos motores de pesquisa da Internet ou da participação em comunidades virtuais, e explorar

melhor as potencialidades dos media entretenimento, acesso à cultura, diálogo intercultural, aprendizagem e aplicações quotidianas”;

- “Ter uma visão crítica dos media no que respeita tanto à qualidade como ao rigor do conteúdo”;
- “Utilizar criticamente os media, atendendo a que a evolução das tecnologias dos media e a presença crescente da Internet como canal de distribuição permitem que um número crescente de europeus crie e difunda imagens, informação e conteúdos;
- Compreender a economia dos media e a diferença entre pluralismo e propriedade dos media”;
- “Estar consciente das questões dos direitos de autor, essenciais para uma “cultura de legalidade”, em especial para os mais novos, na sua dupla qualidade de consumidores e produtores de conteúdos”.

(Comissão das Comunidades Europeias, 2007)

Mais tarde, em 2018, foi publicada a Diretiva (UE) 2018/1808 do Parlamento Europeu e do Conselho, onde se lê que a literacia mediática se refere às “competências, aos conhecimentos e à compreensão que permite aos cidadãos utilizar os meios de comunicação social de forma eficaz e segura”. Afirma-se ainda que os cidadãos deverão possuir elevadas competências de literacia mediática para aceder, utilizar, criar e analisar de forma crítica conteúdos mediáticos de forma responsável e segura. No mesmo documento consta que a literacia mediática não deverá prender-se apenas à aprendizagem voltada para ferramentas e tecnologias, mas também em pensamento crítico para que os cidadãos consigam emitir juízos e analisar realidades complexas, sabendo distinguir as informações factuais de opiniões (Diretiva (UE) 2018/1808 do Parlamento Europeu e do Conselho, 2018).

A Comissão das Comunidades Europeias (2007) acreditava que os media eram fundamentais para a compreensão do mundo e participação na vida democrática e cultural dos cidadãos europeus. Alguns autores refletem sobre a importância da literacia mediática para a cidadania ativa e participativa. Sendo crescente o uso de media digitais e sociais, em todas as faixas etárias, os cidadãos têm de ser capazes de analisar criticamente e avaliar várias fontes com uma corrente constante de informação (Mihailidis, Paul & Thevenin, Benjamin, 2013). Os mesmos autores acreditam que a literacia mediática é fundamental para os cidadãos poderem ser agentes de mudança social. Defendem que os cidadãos devem ser capazes de recolher e analisar a informação de forma a desenvolver opiniões informadas e partilhar essas perspectivas

com outras pessoas, o que irá contribuir significativamente para a vida cívica.

Ao longo dos anos, o conceito de literacia foi sendo expandido para que envolvesse o uso de um conjunto complexo e interconectado de capacidades, dentro de diversas áreas como a ciência, as finanças ou a saúde.

Dentro da área da saúde surge, então, o conceito de literacia em saúde, que descreve o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (OMS, 1998, p.10) bem como a capacidade de se conseguir tomar decisões de saúde diariamente.

No Glossário para a promoção de saúde da OMS (*Health Promotion Glossary*) de 1998 é dito que a literacia em saúde implica a conquista de um nível de conhecimentos, capacidades individuais e confiança para tomar ação para melhorar a saúde individual e da comunidade, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida.” (WHO, 1998, 10.). É dito ainda que a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e marcar consultas.

Em 1999, a *American Medical Association* define literacia em saúde como uma “constelação de capacidades” que inclui “a habilidade de executar leituras básicas e tarefas numéricas requeridas para função no ambiente de cuidados em saúde”.

Weiss (2003) define literacia em saúde como a capacidade de obter, ler, compreender e utilizar informações relativas à saúde. Acrescenta que é também ter a capacidade de navegar o sistema de saúde e tomar decisões informadas acerca de cuidados médicos (Weiss, 2003).

No entanto, definições mais recentes têm vindo a expandir esta perspetiva que deixa de fora o que está para além do ambiente dos cuidados de saúde, como por exemplo, no seio da comunidade e no trabalho, bem como a relação do conceito com a comunicação verbal, interações sociais e a capacidade de agir (Speros, 2005).

Sørensen et al. (2012) vêm completar a definição apresentando uma proposta para o conceito de literacia em saúde que abrange capacidades como a leitura de informações de saúde, tomada de ação perante informações de saúde, comunicação com profissionais de saúde e compreensão de instruções em saúde.

Nutbeam (2009) diz-nos que é necessário aliar uma compreensão sofisticada de literacia com contexto e conteúdo de saúde distintivos. Segundo este autor, literacia em saúde é a

capacidade de executar tarefas de literacia baseadas em conhecimento e ter a posse de competências em literacia requeridas nos diversos contextos de saúde.

Em suma, a literacia em saúde reflete as competências e conhecimentos dos indivíduos que lhes permitem aceder, compreender, avaliar e utilizar informações de saúde, de forma a tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenir doenças e promoção de vida saudável (Espanha et al., 2016).

O Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (HLS-EU — European Health Literacy Survey), realizado em 2011, possibilitou novos desenvolvimentos nesta área de investigação na Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia (Espanha et al., 2016).

Em 2015, Portugal juntou-se à iniciativa com o projeto Literacia em Saúde em Portugal, uma iniciativa do Programa Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian, com a realização do inquérito sobre Literacia em Saúde, que teve como principal objetivo conhecer os níveis de literacia em saúde em Portugal, identificar as principais limitações, problemas e entraves neste campo na sociedade portuguesa, e orientar ações no sentido da sua melhoria, visando aprofundar a investigação sobre literacia em saúde (Espanha et al., 2016).

O estudo distinguiu na sua metodologia quatro formas de lidar com a informação relevante sobre saúde: A capacidade de acesso a informação; A compreensão da informação; A capacidade de interpretação e avaliação da informação; A sua aplicação ou utilização em situações diversas.

Para melhor compreender a informação recolhida, foram construídos quatro índices de literacia em saúde: 1. Índice geral de literacia em saúde; 2. Índice de literacia em Cuidados de Saúde; 3. Índice de literacia sobre Prevenção de Doenças; e 4. Índice de literacia sobre Promoção de Saúde. Partindo destes quatro pontos, foram definidos “pontos de corte”, que representam níveis diferenciados de literacia em saúde: “excelente”, “suficiente”, “problemático” e “inadequado”.

Numa comparação entre os resultados médios dos oito países do Inquérito Europeu com Portugal, o estudo observou que os valores médios nos índices de literacia em saúde são “ligeiramente mais baixos em Portugal”.

Em relação ao índice geral de literacia, e considerando a percentagem de inquiridos nos

níveis “excelente” e “suficiente”, Portugal situou-se “ligeiramente abaixo” da média dos países participantes no estudo europeu. Portugal tem cerca de 11% da população com um nível de literacia “inadequado” e 38% da população com um nível de literacia em saúde considerado “problemático”. O estudo revelou ainda que 50% dos portugueses têm um nível de literacia “excelente” ou “suficiente”, mas a percentagem no nível “excelente” (8,6%) é a mais baixa no conjunto dos países estudados na Europa (Espanha et al., 2016).

Portugal, apresentou 45,4% dos inquiridos com uma literacia limitada no âmbito dos cuidados de saúde, sendo que 10,1% e 35,3% se concentraram nos níveis de literacia “inadequado” ou “problemático”, respetivamente (Espanha et al., 2016).

No âmbito da prevenção da doença, posicionou-se também abaixo do conjunto dos países participantes no estudo europeu, apresentando 45,5% dos inquiridos em níveis de literacia que indicam limitações no âmbito das competências necessárias para a prevenção da doença (níveis “inadequado” ou “problemático”) (Espanha et al., 2016).

Relativamente à literacia em promoção da saúde, Portugal situou-se ligeiramente acima dos valores médios dos países participantes no HLS-EU, apresentando 48,9% dos cidadãos nos níveis mais elevados e 51,1% nos níveis reveladores de limitações (problemático e inadequado) (Espanha et al., 2016).

O estudo investigou ainda as fontes de informação de saúde utilizadas pela população portuguesa e revelou que a pesquisa de informação através da internet surge como o meio que é usado com menor frequência. Concluiu ainda que a internet constitui o meio para a procura de informação que está mais relacionado com a idade e com a escolaridade. O estudo mostrou uma relação entre o aumento do nível de literacia em saúde e a intensidade de utilização de todos os meios de procura de informação (Espanha et al., 2016).

Aliado ao termo literacia em saúde, surge ainda o termo literacia em saúde mental. O conceito de literacia em saúde mental foi proposto por Jorm et al, em 1997. Segundo estes autores, a literacia em saúde mental define-se pelo conhecimento e crenças relativamente a distúrbios ou doenças mentais, que podem contribuir para o reconhecimento, gestão e prevenção das mesmas.

Os mesmos autores sugerem que a literacia em saúde mental assenta sobre sete pilares: (1) reconhecimento de distúrbios mentais, (2) conhecimento de como procurar informações

sobre saúde mental, (3) consciência dos fatores de risco em saúde mental, (4) compreensão da etiologia e causas de doenças mentais, (5) conhecimento de auto-tratamento, (6) noção da disponibilidade de ajuda profissional e (7) atitudes de promoção do reconhecimento de ações de procura de ajuda (Jorm et al., 1997).

Jorm (2012) distinguiu várias componentes no conceito de literacia em saúde mental. Acredita que ter literacia em saúde mental é ter conhecimento sobre como prevenir as perturbações mentais, reconhecimento de quando uma perturbação mental se está a desenvolver, conhecimento sobre opções de procura de ajuda e tratamentos disponíveis, conhecimento sobre estratégias eficazes de autoajuda para problemas menos graves e competências de primeira ajuda/primeiros socorros em saúde mental, para ajudar outros quando desenvolvem uma perturbação mental ou estão em situação de crise (Jorm, 2012).

O conceito de literacia tem se vindo a alargar aos meios de comunicação audiovisuais, eletrónicos, digitais, bem como à ciência e à saúde, surgindo assim conceitos como literacia em saúde, literacia em saúde mental, literacia mediática e literacia mediática em saúde. Nas próximas secções iremos analisar a importância da literacia em saúde e a eLiteracia e literacia em saúde mediática para explorar o uso dos meios digitais para disseminação e procura de informações de saúde.

3.2. A importância da literacia em saúde

A Organização Mundial de Saúde (1998) defende que a literacia em saúde possibilita o maior controlo de cada um sobre a sua saúde e uma melhor capacidade de procurar informações e assumir responsabilidades .

Espanha et al. (2016) defendem que a literacia em saúde tem impacto na forma como os cidadãos são capazes de tomar decisões sobre saúde e que tem efeitos não só na qualidade de vida, mas também nas despesas de saúde e nos custos e organização dos sistemas de saúde nacionais.

As consequências que uma baixa literacia em saúde pode trazer são, por exemplo, um maior número de internamentos, a utilização mais frequente de serviços de urgência e menos atitudes individuais e familiares de prevenção em saúde (Espanha et al., 2016).

O Comitê de Literacia em Saúde (2004), divulgou os resultados de uma pesquisa

realizada nos Estados Unidos da América, que revelaram uma grande falta de habilidades de conhecimento em saúde necessárias para responder às necessidades da sociedade atual, o que tem impactado negativamente o setor da saúde. Esta tendência, segundo Carvalho et al (2020) também se verifica em Portugal.

Uma comunicação clara é crítica para o bom funcionamento de um sistema de saúde (Kindig et al., 2004). No entanto, os consumidores de saúde enfrentam inúmeros desafios quando procuram informações de saúde, entre eles a complexidade dos sistemas de saúde, o “fardo” das doenças crônicas e a grande quantidade e proliferação das informações disponíveis em diversas fontes (Kindig et al., 2004).

As pessoas são cada vez mais desafiadas a adotar estilos de vida saudáveis e a gerir as suas próprias jornadas de saúde e as das suas famílias, neste ambiente complexo (Kickbusch, 2013), e, segundo Kickbusch (2013), os sistemas de saúde não estão preparados para dar o suporte nestas tarefas.

Os indivíduos são por vezes confrontados, ao longo da sua busca por informação de saúde, com níveis inadequados de conhecimentos de consumidor e capacidades para usar e aplicar essas mesmas informações (Kindig et al., 2004).

Os profissionais de saúde recebem educação e são treinados para conseguirem observar e diagnosticar os pacientes da melhor forma. No entanto, em comparação, é dada menos importância à educação dos pacientes, de forma a que estes consigam compreender as próprias patologias e consequentemente tomar as ações necessárias (Kindig et al. 2004).

A OMS (1998) defende que a literacia em saúde é crítica para o empoderamento, pois melhora o acesso às informações de saúde e a capacidade das pessoas usarem essas mesmas informações de forma eficiente. A literacia em saúde está dependente da literacia em geral, sendo que pessoas com níveis mais baixos de literacia podem ver prejuízos na sua saúde (OMS, 1998).

A Direção-Geral da Saúde (2019) identifica três grandes objetivos da literacia em saúde: promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento, autocuidado e gestão da doença. Estes três objetivos vão tendo diferentes importâncias nas diferentes fases do percurso de vida, desde a conceção ou infância até ao envelhecimento (Plano De Ação Para A Literacia em Saúde Health Literacy Action Plan Portugal, 2019).

As consequências de uma má literacia em saúde podem variar desde escolhas menos saudáveis por parte das pessoas, comportamentos de risco, pior saúde, pior autogestão da saúde e mais hospitalizações (Kickbusch, 2013). Weiss (2003) acrescenta que pessoas com uma má literacia em saúde têm índices de doença superiores, pior saúde, piores resultados de saúde e apresentam mais despesas de saúde do que aquelas com um maior nível de literacia em saúde.

Weiss (2003) defende que a literacia é o maior preditor de saúde, e estudos Americanos da década de 90 encontraram uma conexão entre a literacia e a saúde, mostrando uma associação entre um baixo nível de literacia e uma menor adesão à medicação, um menor conhecimento sobre doenças e menos capacidades de autocuidado (Parler, 2000).

Uma literacia em saúde adequada é essencial para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Indivíduos com maiores níveis de literacia em saúde serão capazes de avaliar melhor aquilo que precisam para se manterem de boa saúde (Ratzan et al. 2000). Ratzan et al (2000) defendem ainda que uma literacia em saúde adequada pode ser ainda de maior importância para a prevenção secundária, devido às falhas existentes na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.

Monteiro (2009) refere que no meio clínico, a capacidade de um paciente descrever sintomas, pode afetar o diagnóstico, e que a sua capacidade de compreensão pode afetar o entendimento das instruções médicas. O mesmo autor acrescenta que a literacia dos pacientes tem influência direta no acesso a informação sobre os seus direitos e cuidados de saúde e pode ter consequências nas suas ações em saúde, nomeadamente: seguir instruções de tratamento, fazer terapêutica, compreender informação relacionada com a doença ou aprender sobre prevenção da doença ou promoção da saúde. As consequências de uma má literacia em saúde apontadas referem ainda a possível dificuldade no preenchimento de formulários de saúde ou de seguros, o que pode atrasar a procura de serviços médicos (Monteiro, 2009).

O Institute of Medicine (IoM) construiu um dos modelos de literacia em saúde mais influentes. Este modelo apresenta 4 componentes para a literacia em saúde: conhecimento cultural e concetual, literacia impressa (capacidade de escrever e ler), literacia em saúde na oralidade (ouvir e falar) e numeracia. Este modelo foca-se nas capacidades necessárias para que as pessoas obtenham, processem e apliquem informações nos cuidados médicos (Kindig et al. 2004).

Os autores definiram ainda potenciais setores chave que deveriam assumir

responsabilidade pela literacia em saúde e dentro dos quais as capacidades de literacia em saúde devem ser construídas. Tal como podemos ver na figura 1, os setores que constituem os contextos da literacia em saúde segundo estes autores são: a cultura e a sociedade, os sistemas de saúde e o sistema educativo (Kindig et al. 2004).

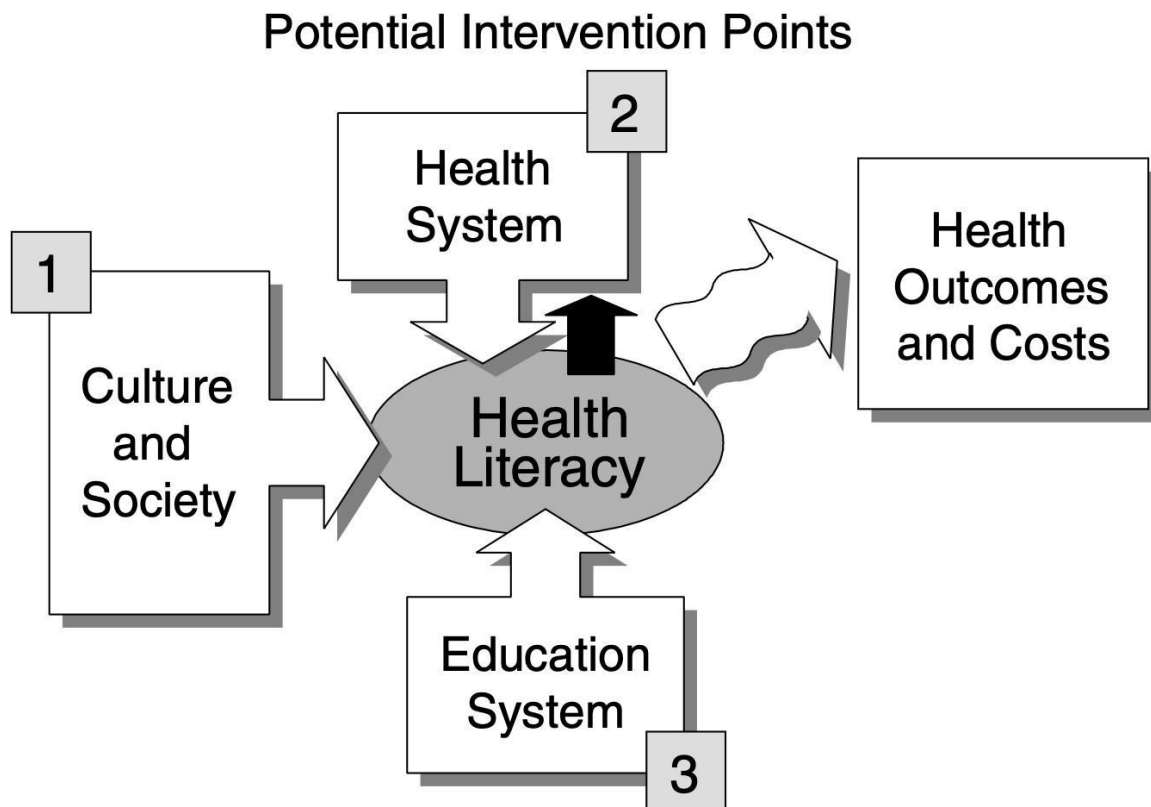


Figura 1 - Pontos de Intervenção na Literacia em Saúde segundo Kindig et al. (2004)

Em suma, uma maior literacia em saúde apresenta vantagens para os cidadãos, permitindo melhores decisões em saúde, maior controlo de cada sobre a sua saúde, melhor qualidade de vida, menos despesas de saúde e melhor capacidade de procura de informação e auto-responsabilização, maior prevenção de doenças. Também tem um impacto positivo nos sistemas de saúde, permitindo, por exemplo, um menor número de internamentos, utilizações menos frequentes dos serviços de urgência. No entanto, ao longo da busca por informação, os consumidores de saúde enfrentam desafios como a grande quantidade de informações disponíveis em diversas fontes, nomeadamente, o meios digitais.

3.3. eLiteracia em Saúde e Literacia Mediática em Saúde

A literacia em saúde também se associa ao acesso às informações em saúde pelos meios digitais. É nesta associação - do uso dos meios digitais para disseminação e da procura de informações de saúde - que surgem novos conceitos relacionados com a Literacia Mediática e a Literacia em Saúde no mundo digital, a eLiteracia em Saúde e a Literacia Mediática em Saúde.

A utilização das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde envolvem um conjunto de conhecimentos específicos que permitem que as pessoas acedam aos serviços disponibilizados e às informações de saúde e as compreendam de forma eficaz. A eLiteracia em Saúde é apresentada como a capacidade de procurar, encontrar, entender e avaliar informação em saúde, a partir de fontes eletrónicas, aplicando os conhecimentos na análise ou solucionamento de problemas de saúde (Norman & Skinner, 2006; Jólluskin & Silva, 2017)

As ferramentas da eLiteracia em Saúde são desenhadas para que os indivíduos giram os seus próprios cuidados de saúde, comunicando com os seus médicos e *networks*, e que encontrem informações de que necessitem. Alguns exemplos destas ferramentas são os registos dos pacientes, websites de informações de saúde e portais online, telemedicina e teleconsultas, aplicações móveis de saúde, grupos de suporte online, ferramentas de mudança comportamental interativas, sistemas de apoio de decisões e ferramentas que suportem autogestão de doenças crónicas (Chan, et al., 2009). Nestas ferramentas também podemos inserir as plataformas de vídeo onde se encontram informações para a saúde

A eLiteracia em Saúde combina diferentes vertentes da literacia e aplica-as à promoção e cuidados de saúde nos meios eletrónicos. No Modelo de Lily (em português, Modelo de Lírio), proposto por Norman & Skinner (2006), a eLiteracia em Saúde é um conceito que se encontra na interseção das literacias tradicional, em saúde, de informação, científica, mediática e de informática ou de computadores. em português, e pode ser esquematizado como se vê na Figura 1., pela semelhança do modelo esquemático a um Lírio (Lily).

Neste “Lírio”, estão representadas em cada uma das seis pétalas as áreas da literacia que se relacionam para dar origem ao conceito central, a eLiteracia em Saúde. (Norman & Skinner, 2006).

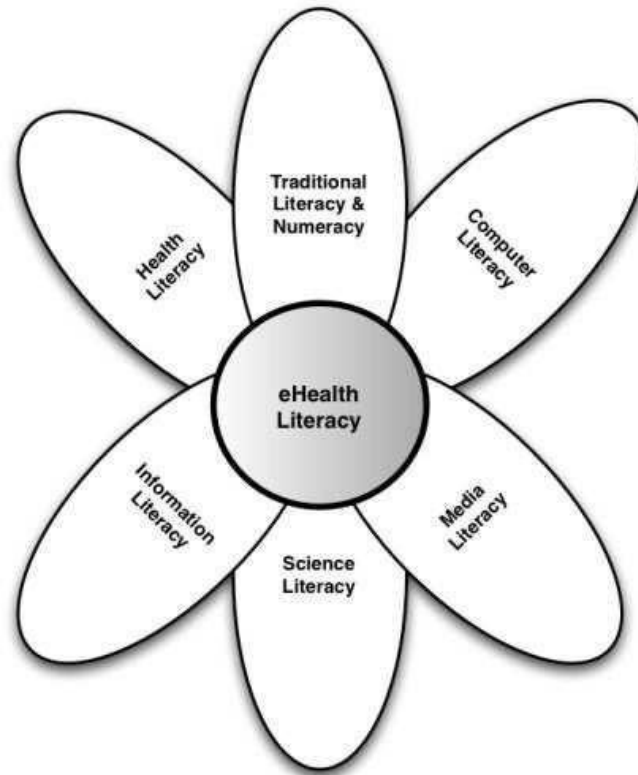


Figura 2 - Modelo Lily para a eLiteracia em Saúde (Levin-Zamir et al., 2011)

Segundo o Modelo de Lily, a eLiteracia em saúde engloba seis tipos de literacia que interagem em rede, funcionando sempre que se realiza uma tarefa de saúde nos meios eletrónicos. utilizando ferramentas tecnológicas do tipo analítico e de contexto. As do tipo analítico são: a Literacia funcional, a Literacia em informação e a Literacia nos media. Aplicam-se a um grande número de fontes de informação, independentemente do tema ou contexto. As de contexto incorporam, a Literacia em saúde, a Literacia científica e a Literacia informática. Estas relacionam-se com as circunstâncias em que a informação é procurada, com a tipologia de informação apresentada e os temas e áreas procuradas, neste caso, relacionadas com a saúde .

Os autores Norman & Skinner (2006) assumem uma ligação entre a eLiteracia em Saúde e o uso de tecnologias em geral. Acreditam que, quanto mais um indivíduo faz uso de uma determinada tecnologia, mais propenso está ao desenvolvimento de capacidade de utilização da tecnologia enquanto ferramenta para procura de informações em saúde.

O conceito de *Media Health Literacy* (MHL) ou Literacia Mediática em Saúde (LMS) foi proposto por Levin-Zamir et. al. (2011) e veio responder à necessidade de um conceito que relacionasse a literacia em saúde e a literacia mediática e a forma como os adolescentes

interpretam as informações de saúde nos media de massas.

Levin-Zamir & Bertschi (2018) acrescentam que o conceito de LMS é único e tem em consideração a informação que é comunicada pelos media para oferecer instruções de saúde, mas também considera o conteúdo dos media de massas implícito e explícito gerado por entidades comerciais ou sistemas de saúde que poderão ser benéficas ou prejudiciais para a saúde.

Para conceptualizar LMS Levin-Zamir & Bertschi (2018) consideram um *continuum* que vai desde (1) a capacidade de identificar conteúdo relacionado com saúde (explícito ou implícito) nos diferentes meios de comunicação, (2) reconhecer a influência desses mesmos conteúdos nos comportamentos de saúde, (3) analisar criticamente o conteúdo, e por fim, (4) expressar intenção de responder através de ações medidas por comportamentos pessoais de saúde e advocacia.

Os mesmos autores consideram a LMS o precursor da eLiteracia em Saúde e qualificam o conceito como relevante tanto para meios digitais (internet, redes sociais e aparelhos móveis) como não-digitais (televisão, rádio, impresso).

Uma boa literacia em saúde permite às pessoas terem um maior controlo sobre a sua situação de saúde, interpretando melhor os próprios sintomas e compreendendo as próprias doenças. A baixa literacia em saúde tem um impacto negativo não só na vida dos pacientes, mas também nos próprios sistemas de saúde. Os profissionais de saúde têm educação e treinamento, mas o mesmo não acontece com os pacientes, que precisam ativamente de procurar as próprias informações, recorrendo muitas vezes às redes sociais digitais para o fazer. É por isso importante ver de que forma as informações de saúde nas redes sociais digitais podem contribuir para a literacia em saúde.

Capítulo 4. Metodologia

No panorama científico atual, existe uma larga investigação acerca das informações de saúde na internet e nas redes sociais digitais. Através destes meios, qualquer utilizador da internet pode divulgar de forma fácil e rápida todo o tipo de conteúdos de saúde. Da mesma forma, os utilizadores que queiram saber mais sobre um problema ou assunto de saúde, podem recorrer à internet e às plataformas sociais para o fazerem, sem qualquer custo ou deslocação. É, no entanto, escassa a pesquisa que se debruce acerca do papel que as redes sociais digitais, em particular o YouTube, têm na literacia em saúde, ou acerca da qualidade dos conteúdos presente nessa plataforma.

Na componente empírica da presente investigação estudar-se-ão os conteúdos de saúde relativos a distúrbios alimentares presentes no YouTube. Devido ao vasto conteúdo acerca destas doenças presente no YouTube, e ao crescente número de pacientes que sofrem deste tipo de distúrbios, é importante aferir a qualidade desses mesmos conteúdos, de forma a perceber qual o impacto deste meio na literacia em saúde.

4.1. Problemática, objetivos e relevância da Investigação

O objeto de estudo da presente investigação é o YouTube, mais especificamente os vídeos presentes nesta plataforma acerca de distúrbios alimentares.

Sendo o YouTube de livre acesso, é importante perceber a qualidade dos vídeos publicados acerca desta temática nesta plataforma. O presente estudo tem então como objetivo central perceber se a rede social digital YouTube é uma ferramenta em que se pode encontrar informação de qualidade acerca de distúrbios alimentares, de forma a contribuir positivamente para a literacia em saúde.

Com a análise dos vídeos publicados na plataforma YouTube acerca de distúrbios alimentares pretende-se obter uma visão mais clara do tipo de conteúdos existente e se estes têm ou não informação de qualidade acerca destas doenças. Pretende-se também avaliar se a autoria dos vídeos tem relação com a qualidade dos mesmos e se uma maior qualidade de informações reflete um maior índice de popularidade.

Posto isto, as questões às quais o presente estudo pretendeu dar resposta foram as seguintes:

- Pode o YouTube ser uma fonte de informações de qualidade acerca dos distúrbios alimentares?
- Está a autoria de um vídeo relacionada com a qualidade da informação presente no mesmo?
- A maior qualidade de informação num vídeo tem relação com o maior índice de popularidade do mesmo?
- Qual o contributo da rede social YouTube, para a literacia em saúde relativamente a distúrbios alimentares?

4.2. Métodos

Para a presente investigação recorreu-se a uma metodologia mista. Numa primeira fase realizou-se uma análise de conteúdo quantitativa dos principais vídeos do YouTube acerca de distúrbios alimentares, de forma a perceber como são conceptualizados os distúrbios alimentares e a avaliar a qualidade e relevância da informação apresentada nesses mesmos vídeos. Numa segunda fase procedeu-se a uma análise de conteúdo qualitativa, do género de análise categorial, aplicada aos 10 vídeos que pontuaram mais alto aquando a aplicação dos índices de qualidade na primeira fase.

O conceito de metodologia mista surgiu, segundo Creswell (2014) em 1959, quando Campbell e Fisk utilizaram vários métodos para estudar a validade de características psicológicas. A partir daí, outros investigadores aderiram a este tipo de metodologia, sendo que ele permite expandir as descobertas de outros métodos (que muitas vezes limitados) e complementá-las com informações adicionais (Creswell, 2014). Segundo o mesmo autor, um método misto sequencial é aquele que procura elaborar ou expandir os resultados de um método, com outro método. A distinção entre método qualitativo e método quantitativo é estruturado através de uma análise com base no uso de palavras (qualitativo) e uma análise focada em números (quantitativo) (Creswell, 2014).

A metodologia quantitativa tem como finalidade testar teorias objetivas através da relação entre variáveis. Estas variáveis são medidas por dados numéricos e analisados por

procedimentos estatísticos (Creswell, 2014).

Segundo Creswell (2014), o método qualitativo é aquele em que a recolha e análise dos dados pode ser feita a partir da observação de documentos e audiovisuais ou análise de texto e imagem. Desse modo, foi através do visionamento e interpretação da informação de vídeos que foi realizada a investigação.

4.3 Pesquisa da palavra-chave e seleção de vídeos

A palavra-chave selecionada para realização da pesquisa de vídeos no YouTube foi *eating disorder*, que em português se traduz para distúrbio alimentar. A razão da pesquisa ter sido feita em inglês foi para garantir a universalidade do estudo, visto que o inglês é a língua mais falada no mundo (Berlitz, 2021).

Selecionada a palavra-chave, fez-se uma limpeza do histórico do motor de pesquisa e acedeu-se ao YouTube em modo anónimo, de forma a prevenir que pesquisas anteriores interferissem na investigação. Feito isto, introduziu-se a palavra-chave na barra de pesquisa do YouTube e realizou-se a procura. Importa ainda mencionar que a pesquisa foi feita no dia 22 de junho pelas 15h50, tendo sido recolhidos e analisados todos os vídeos que surgiram dessa mesma pesquisa.

Escolheram-se os 30 vídeos pela ordem na qual eles surgiram com a pesquisa, pois os primeiros vídeos a aparecer são normalmente aqueles em que as pessoas mais clicam, deixando de parte vídeos em línguas que não a língua inglesa, vídeos de conteúdos de ficção (ex: excertos de séries ou filmes), vídeos com duração igual ou superior a 1 hora e vídeos cujo tópico principal não está diretamente relacionado com o tema a ser estudado.

4.4. Avaliação da qualidade dos vídeos GQS, JAMA, mDISCERN

De forma a analisar o conteúdo dos vídeos, foi necessário definir critérios de avaliação. Para avaliar os vídeos, optou-se pelo método usado pelos autores Onder, M.E., Zengin, O (2021) no seu estudo *Quality of healthcare information on Youtube: psoriatic arthritis. Z Rheumatol.*

Foram usadas três escalas de medição: The Global Quality Scale (GQS), o critério de

benchmark do *Journal of the American Medical Association* e o mDISCERN para medir a qualidade e confiabilidade dos vídeos, como se pode ver na Tabela 1.

<p><i>Global Quality Scale</i> (selecionar a opção que melhor se adequa)</p>	<p><i>The Journal of the American Medical association benchmark criteria</i> (Cada critério vale 1 ponto)</p>	<p>Modified DISCERN tool (1 ponto para “Sim” e 0 pontos para “Não)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fraca qualidade, fraco flow do vídeo, maioria da informação em falta, não útil para o paciente. 2. Na generalidade a qualidade é má, o flow é fraco, alguma informação está presente mas muitos tópicos importantes estão em falta. Utilidade muito limitada para os pacientes. 3. Qualidade moderada, subótimo, algumas informações são adequadamente discutidas mas outras informações são inadequadamente discutidas. De alguma forma útil para o paciente. 4. Boa qualidade, bom flow, a maioria da informação está presente mas alguns tópicos não estão presentes. Útil para os pacientes. 5. Excelente qualidade e flow, muito útil para os pacientes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoria: As credenciais do autor e do contribuidor devem ser fornecidas. 2. Atribuição: Referências e recursos para o conteúdo devem ser listados claramente assim como as informações de direitos de autor referidas. 3. Transparência: A informação acerca do proprietário do website devem estar listadas claramente assim como os patrocinadores, as publicidades, subscrições, financiamentos comerciais ou apoios e potenciais conflitos de interesse. 4. Atualidade: As datas das publicações devem ser fornecidas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O objetivo do vídeo é claro e compreensível? 2. Foram utilizadas fontes de informação confiáveis? (ex.: publicações citadas, o orador é profissional da área) 3. A informação apresentada é equilibrada e imparcial? 4. Estão apresentadas fontes adicionais de informação para referência dos visualizadores? 5. São mencionadas áreas de controvérsia e incerteza?

Tabela 1 - Ferramentas para avaliação da qualidade e confiabilidade de um vídeo

Tal como foi feito pelos autores mencionados, a qualidade dos vídeos foi medida através do *The Global Quality Scale* (GQS) desenvolvido por Bernard et al. (2007). Esta escala consiste em cinco pontos, sendo que uma maior pontuação de um vídeo indica uma maior qualidade.

Seguindo ainda os mesmos autores, usou-se o critério do *Journal of the American Medical Association* (JAMA) *benchmark criteria* para medir qualidade, nomeadamente para determinar autoria, atribuição, transparência e atualidade dos vídeos. A cada um destes critérios foi atribuído um ponto, sendo a pontuação máxima possível de atribuir a um vídeo 4 pontos.

Finalmente, e tal como também foi feito pelos autores previamente mencionados, foi usada uma pontuação modificada da DISCERN (mDISCERN) para avaliar a confiabilidade dos vídeos. A cada questão deste instrumento foi atribuído 1 ponto, sendo o máximo 5 pontos. Quanto maior a pontuação obtida pelo vídeo, maior a sua confiabilidade. As perguntas de cada uma das ferramentas mencionadas podem ser vistas na Tabela 1.

O número máximo de pontos a ser obtido por um vídeo é 14, sendo que um vídeo com 14 pontos seria avaliado com o maior índice de qualidade possível, segundo este método. Um vídeo com um baixo índice de qualidade seria aquele avaliado com menos de 7 pontos.

Para comparar a informação dos vídeos e poder ser avaliada a qualidade dos vídeos conforme as perguntas de cada ferramenta, recorreu-se ao artigo da entidade *American Psychiatric Association* “*What are eating disorders?*” revisto em março de 2021 por Angela Guarda, M.D.

4.5. Conteúdo

Analisou-se ainda o conteúdo dos vídeos, com base em quatro variáveis: Conceito, Causas, Sintomas e Tratamento. Verificou-se se cada um dos vídeos explicava o conceito de distúrbios alimentares (de forma geral) ou de um distúrbio em específico (no caso dos vídeos mais focados em distúrbios alimentares específicos). Observou-se ainda se o vídeo mencionava as causas apontadas para o aparecimento deste tipo de doenças, bem como os sintomas das mesmas. Por fim, foi tido em atenção se o vídeo mencionava possíveis tratamentos.

4.6. Autoria

De forma a comparar a autoria dos vídeos com o índice de qualidade dos mesmos, foram definidas 7 categorias de autoria: Universidades e organizações profissionais de saúde, profissionais de saúde, websites de informação de saúde, programas de televisão e canais de entretenimento e educação e utilizadores independentes.

4.7. Popularidade

Os autores Onder, M.E., Zengin, O (2021) compararam ainda o índice de qualidade com a popularidade do vídeo. Os autores utilizaram uma fórmula denominada índice de popularidade do vídeo de *video power index (VPI)*, que calcularam usando a da forma seguinte: Rácio de *likes* [$(likes \times 100) / (likes + dislikes)$] e rácio de visualizações (visualizações diárias). $VPI = [(\text{rácio de } likes \times \text{rácio de visualizações}) / 100]$.

No entanto, aquando da realização do estudo, o número de *dislikes* de um vídeo já não é visível pelo público, pelo que a consulta dos *dislikes* ficou impossibilitada nesta investigação. Para medir a popularidade de um vídeo, analisou-se apenas o número de visualizações e de *likes* do mesmo, determinando-se o índice de popularidade através da fórmula: $VPI = [(likes \times 100) / \text{visualizações}]$.

Capítulo 5. Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação. Assim, tendo presente a revisão bibliográfica e com base nos dados recolhidos, procurou-se analisar e reflectir sobre o conteúdo dos vídeos visionados, o seu público-alvo, a autoria dos mesmos, a popularidade, nomeadamente os *likes* e o número de visualizações, e a qualidade do mesmo.

5.1. Recolha da amostra

Na pesquisa feita seleccionaram-se 30 vídeos. Sempre que um vídeo não se enquadrava nos critérios de seleção, o mesmo era passado à frente e era analisado o vídeo seguinte, até se completar 30 vídeos analisados. Da análise excluíram-se cinco vídeos por não irem ao encontro dos critérios de seleção: dois vídeos em língua não-inglesa, um vídeo por ser de ficção (excertos de séries televisiva), um vídeo por ter duração superior a 1 hora e um vídeo cujo tópico principal não estava diretamente relacionado com o tema a ser estudado.

Os 30 vídeos analisados acumulam 35218465 visualizações, 67754 *likes* e um total de 4 horas e 21 minutos de duração.

5.2 Público-alvo e conteúdos

O público-alvo dos vídeos são pessoas não profissionais de saúde. Todos os vídeos são direcionados ou para o público em geral, que se interesse pelo tópico, ou para pacientes que estejam a sofrer da doença. Nenhum dos vídeos tem como alvo profissionais de saúde.

Dos vídeos analisados, 10% [3] continham informações acerca dos quatro tópicos analisados: conceito de distúrbios alimentares, as suas causas, sintomas e tratamentos. Em oposição, mais de metade [53,33%] dos vídeos não faziam qualquer menção acerca dos conceitos, causas, sintomas ou tratamentos.

Continham informações acerca do conceito e dos tratamentos 23,3% dos vídeos. Informações acerca das causas foram encontradas em 30% dos vídeos. Por fim, 36,7% dos vídeos apresentavam informações acerca dos sintomas, como se pode ver na Tabela 2.

Tópico	Vídeos que contém informação acerca do tópico (n)	Percentagem (%)
Conceito	7	23,3%
Causas	9	30%
Sintomas	11	36,7%
Tratamento	7	23,3%

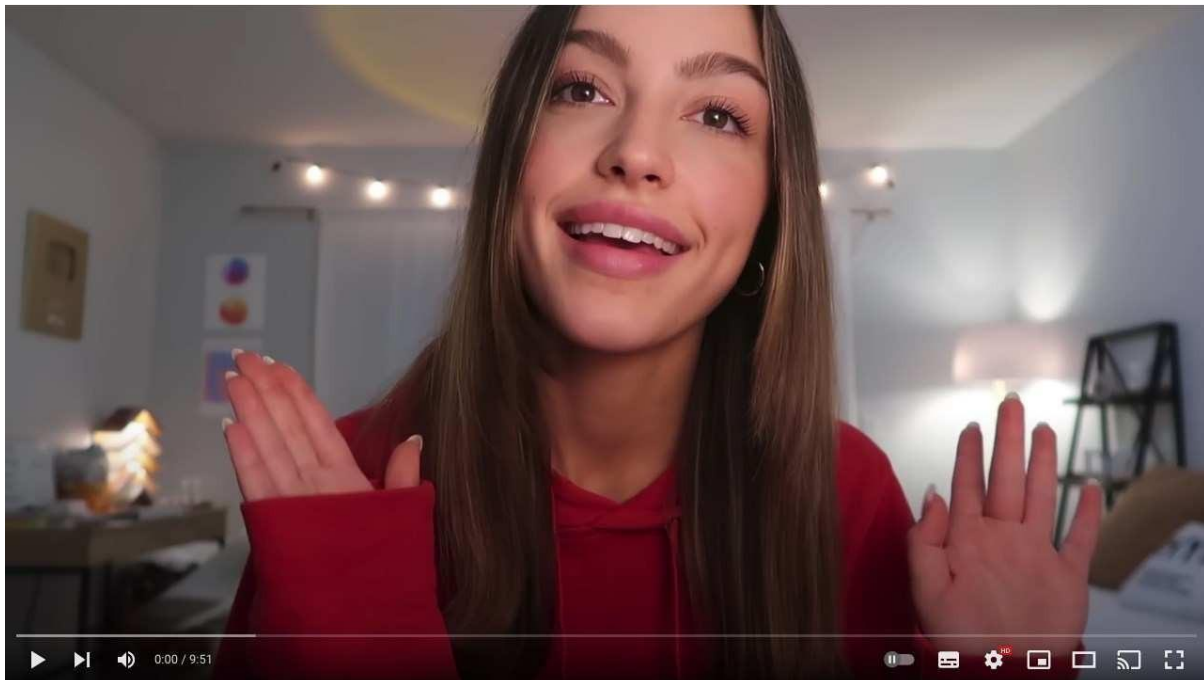
Tabela 2 - Conteúdo dos vídeos analisados

5.3. Autoria

Dos vídeos analisados, 33,33% [10] vídeos de programas de televisão (programas na íntegra ou excertos dos mesmos), 20% [6] foram publicados por canais educativos, 16,66% [5] são da autoria de universidades e organizações de saúde, 10% [3] vídeos são de utilizadores independentes, 10% [3] são de canais de entretenimento e 6,66% [2] de websites de informações de saúde e 3,33% dos vídeos foram publicados por um profissional de saúde [1].

5.4. Popularidade

O vídeo com uma maior percentagem de gostos [5,8%] foi publicado por um utilizador independente e conta com 313000 visualizações. Intitulado, *my eating disorder story* (em português: “a história do meu distúrbio alimentar”), foi publicado pela utilizadora Sydney Serena, com 2.42 milhões de seguidores no seu canal de YouTube.



my eating disorder story

Figura 3 - *My eating disorder story* de Sydney Serena¹

O vídeo relata na primeira pessoa a história da autora do vídeo, que descobriu e encontrou tratamento para o seu distúrbio alimentar ARFID - *Avoidant restrictive food intake disorder* (em português TARE - Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo).

A elevada popularidade do vídeo pode dever-se ao grande número de seguidores da autora, pois no YouTube, quando se subscreve a um canal, os seus novos conteúdos são apresentados aos subscritores quer na página de “Subscrições”, quer na página inicial da plataforma, havendo assim uma maior promoção do conteúdo e consequentemente aumentando a sua probabilidade de ser visto. Outro fator que pode pesar na popularidade deste vídeo é o facto de, ao ter um grande número de subscritores, a autora tem uma audiência interessada naquilo que ela tem para dizer, tal como acontece com as celebridades e os seus fãs.

Um estudo de Beautemps & Bresges (2021) mostrou que 49% dos visualizadores visionariam um vídeo no YouTube apenas pelo seu apresentador. Os canais do YouTube estão fortemente ligados à pessoa que os apresenta. Os Youtubers têm muitas vezes comunidades fortes com relações de proximidade, em que o Youtuber serve como modelo para o seu público. Os Youtubers são muitas vezes considerados *influencers*, um termo usado para se referir a personalidades públicas que influenciam os comportamentos e interesses do seu público,

¹ *My eating disorder story* - <https://www.youtube.com/watch?v=7YgbcfHCO0c>

(Beautemps & Bresges, 2021) como poderá ser o caso de Sydney Serena, dada a dimensão da sua audiência.

Para além disto, pode também ter influência o facto da autora ser uma mulher de 22 anos (como se pode constatar através do canal da mesma) e da maioria da população afetada por este tipo de doenças ser também mulheres jovens (Szmerling, 2022). Por ser relatado na primeira pessoa, num cenário intimista e com um tom emotivo, o público pode sentir proximidade e empatia com a autora e sentir que não está sozinho, se sofrer do mesmo problema.

No entanto, apesar da elevada percentagem de gostos, o vídeo não oferece informações acerca do conceito da doença, das suas causas, sintomas ou tratamento. Para além disto, este vídeo foi avaliado com uma pontuação de 4 no índice de qualidade, pelo que não se revela uma fonte de informação de qualidade.

O vídeo com um maior número de visualizações [6 200 000] é intitulado *My Eating Disorder* (em português “O Meu Distúrbio Alimentar”) e foi publicado por um canal de entretenimento.



My Eating Disorder

Figura 4 - *My eating disorder* de storybooth²

² *My eating disorder* - <https://www.youtube.com/watch?v=numUKaH34rQ>

O canal de entretenimento pertence à *storybooth*, que se apresenta como uma plataforma digital de histórias verídicas e animadas que convida crianças a gravar e submeter as suas histórias, que posteriormente são animadas e publicadas no YouTube. O vídeo tem 77000 gostos e relata a história de “Jamie” e a sua experiência com a anorexia. O vídeo não contém qualquer informação acerca do conceito de anorexia, das suas causas, sintomas ou tratamentos.

Tal como no vídeo de Sydney Serena, a popularidade do vídeo pode ser atribuída ao elevado número de seguidores do canal *storybooth* (4.5 milhões). Para além disto, o facto de ser um conteúdo curto, com duração de 3 minutos e 12 segundos, pode também ser um fator que contribui para o elevado número de visualizações.

Em 2022, o tempo médio de atenção humana estimava-se ser de cerca de 8 segundos, um segundo abaixo de um peixinho dourado (Mwandango, 2023). Alguns autores consideram que parte disso pode ser atribuído às novas plataformas de vídeo, que têm vindo a surgir, tais como o TikTok, o YouTube Shorts e o Instagram Reels, que consistem em vídeos curtos, geralmente com durações inferiores a 1 minuto (Mwandango, 2023).

Por este motivo, sendo o vídeo de *storybooth* relativamente curto, isto pode contribuir para que este seja mais visualizado.

Na tabela 3 são apresentados os dados referentes ao número de visualizações e número de *likes* total que cada categoria de autoria obteve. Apresenta-se ainda a média de visualizações e a média de *likes* que cada categoria de autoria obteve, de forma a avaliar que categoria teve um maior número de visualizações e de *likes* por vídeo.

Autoria	Vídeos (n)	Visualizações (total) (n)	<i>Likes</i> (total) (n)	Média de Visualizações por vídeo	Média de <i>Likes</i> por vídeo
Programas de televisão	10	13 508 465	196 754	135 046	19 675
Canais educativos	6	9 673 000	276 300	1 612 167	46 050
Universidades e organizações de saúde	5	1 897 000	26 000	379 400	5 200

Utilizadores independentes	3	1 980 000	54 000	660 000	18 000
Canais de entretenimento	3	7 233 000	109 000	2 411 000	36 333
Websites de informações de saúde	2	380 000	6500	190000	3250
Profissional de saúde	1	88 000	3400	88000	3400

Tabela 3 - Visualizações e *likes* por categoria de autoria

Como se pode ver na tabela 3, a categoria de autoria com maior número de visualizações foi a referente a Canais de entretenimento com uma média de 2411000 visualizações por vídeo. A categoria com um maior número de *likes* foi a de Canais educativos com uma média de 46050 *likes* por vídeo.

5.5. GQS (*Global Quality Scale*)

Dos 30 vídeos analisados, pontuaram-se três com a pontuação máxima (5), segundo a GQS. Destes três vídeos, dois foram da autoria de Canais educativos e um de Websites de informações de saúde.

A tabela 4 mostra o número de vídeos de cada categoria de autoria que obtiveram cada uma das pontuações.

Autoria	Número de vídeos por Pontuação GQS				
	1	2	3	4	5
Programas de televisão	7	1	1	1	0
Canais educativos	1	0	2	1	2
Universidades e organizações de saúde	1	2	2	0	0
Utilizadores independentes	3	0	0	0	0
Canais de entretenimento	3	0	0	0	0
Websites de informações de saúde	0	0	0	1	1
Profissional de saúde	1	0	0	0	0

Tabela 4 - Número de vídeos de cada categoria de autoria por pontuação de GQS

70% dos vídeos da categoria de autoria de Programas de Televisão obtiveram uma pontuação de 1 na GQS. 10% dos vídeos desta categoria obtiveram a pontuação de 2, 10% a pontuação de 3 e 10% a pontuação de 4.

33,33% dos vídeos da categoria de Canais educativos obtiveram uma pontuação de 5 e a mesma percentagem de vídeos obteve a pontuação de 3 na GQS. Na mesma categoria, 16,66% obtiveram a pontuação de 4 e a mesma percentagem de vídeos foi avaliada com 1 ponto.

Dos vídeos publicados por universidades e organizações de saúde, 40% obtiveram a pontuação de 2 e a mesma percentagem obteve a pontuação de 3. 20% dos vídeos desta categoria foram avaliados com 1 ponto.

As categorias com uma maior percentagem de vídeos (100%) avaliados com 1 ponto na GQS foram as categorias Utilizadores independentes, Canais de Entretenimento e Profissional de Saúde. Todos os vídeos publicados por utilizadores independentes foram avaliados com 1 ponto na GQS. Da mesma forma, todos os vídeos publicados por canais de entretenimento foram avaliados com 1 ponto na GQS. O vídeo publicado por um profissional de saúde foi avaliado com 1 ponto na GQS.

Dos vídeos publicados por websites de informações de saúde, 1 vídeo (50%) foi avaliado com 4 pontos e 1 vídeo (50%) com 5 pontos.

A categoria com um maior número de vídeos avaliado em 5 pontos foi a Canais Educativos, com 2 vídeos (33,33%).

Podemos verificar que 19 vídeos foram avaliados com uma pontuação abaixo de 3, 5 com uma pontuação de 3 e 6 com uma pontuação de 4 ou mais.

Mais de metade dos vídeos, 63,33%, foram avaliados abaixo de 3. Segundo a GQS, um vídeo avaliado com 1 ponto significa que tem “Fraca qualidade, fraco flow do vídeo, maioria da informação em falta, não útil para o paciente”. Um vídeo avaliado com 2 pontos significa que “Na generalidade a qualidade é má, o flow é fraco, alguma informação está presente mas muitos tópicos importantes estão em falta. Utilidade muito limitada para os pacientes.

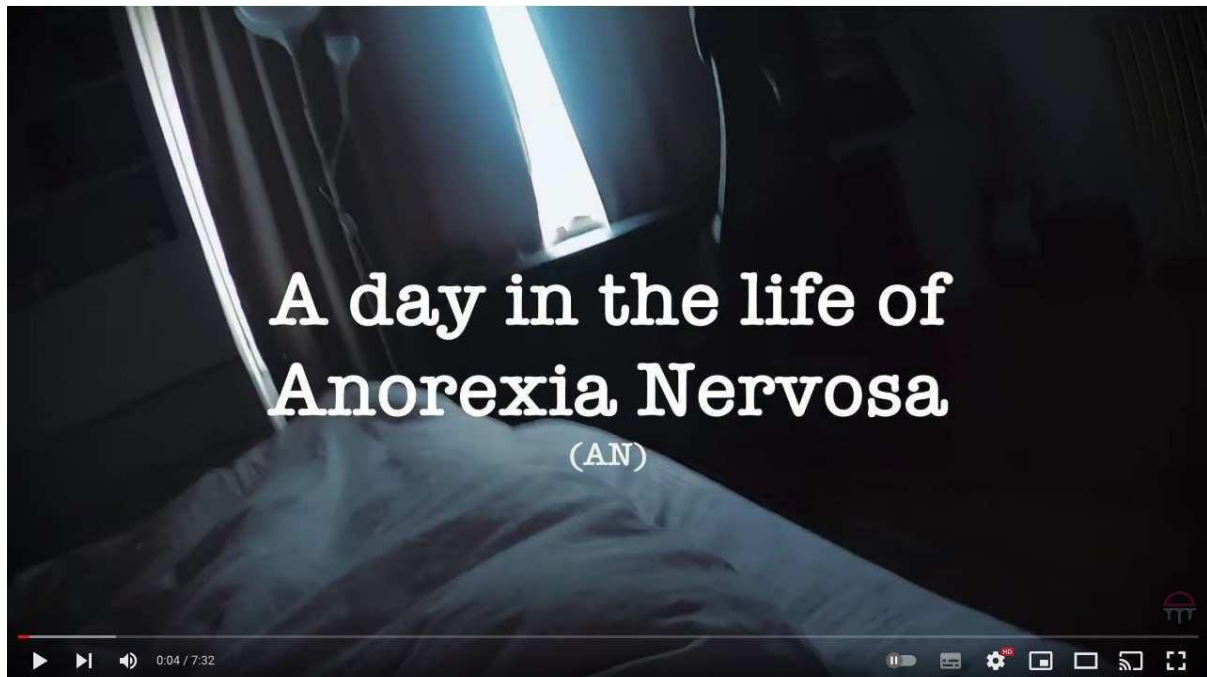
5.6. JAMA (*The Journal of the American Medical association benchmark criteria*)

O vídeo que obteve pontuação máxima segundo os critérios JAMA foi o vídeo intitulado *A Day in the Life of Anorexia Nervosa* (em português: Um Dia na Vida da Anorexia Nervosa), que relata o dia de um paciente com anorexia nervosa, falando sobre os diversos aspetos da doença e demonstrando comportamentos comuns e sintomas.

Este vídeo é da autoria de estudantes da Universidade de McMaster pelo que se insere na categoria de Universidades e Organizações profissionais de saúde.

A elevada pontuação segundo este critério pode dever-se ao facto de ser um vídeo produzido por alunos de uma universidade, em colaboração com o programa “McMaster Demystifying Medicine”. Sendo que, geralmente, é esperado que um trabalho produzido por uma universidade tenha um maior rigor académico e científico, no sentido de apresentar

referências bibliográficas e autoria, bem como datas de publicação e transparência acerca de propriedade.



A Day in the Life of Anorexia Nervosa

Figura 5 - *A day in the life of Anorexia Nervosa* de *Demystifying Medicine McMaster*³

Na Tabela 5 são apresentados o número de vídeos de cada categoria que obtiveram as diferentes pontuações segundo os critérios JAMA.

Autoria	Número de vídeos por Pontuação JAMA			
	1	2	3	4
Programas de televisão	6	4	0	0
Canais educativos	1	4	1	0
Universidades e organizações de saúde	0	4	0	1
Utilizadores independentes	2	1	0	0

³ *A day in the life of anorexia nervosa* - https://www.youtube.com/watch?v=xL_Z-Vr28-s

Canais de entretenimento	2	1	0	0
Websites de informações de saúde	0	2	0	0
Profissional de saúde	1	0	0	0

Tabela 5 - Número de vídeos de cada categoria de autoria por pontuação de JAMA

Dos vídeos analisados, 6,66% obtiveram uma pontuação igual ou superior a 3. Os restantes 93,33% foram pontuados com 1 ou 2 pontos. Os vídeos que obtiveram uma pontuação de 3 e 4 eram da autoria de Canais Educativos ou Universidades e organizações de saúde.

5.7. Modified Discern (mDiscern)

Dos 30 vídeos avaliados, nove vídeos obtiveram uma pontuação acima ou igual a 3 e 21 foram avaliados com 2 ou menos na escala mDISCERN.

Dos 10 vídeos da categoria de autoria Programa de Televisão, seis obtiveram uma classificação de 0 na pontuação mDISCERN. Dos três vídeos publicados por Canais de Entretenimento, um deles obteve uma pontuação de 0.

Os vídeos com melhor pontuação na escala mDISCERN foram da autoria de Universidades e organizações de saúde e de Canais Educativos.

Sendo que o mDISCERN foi utilizado para medir a qualidade e confiabilidade dos vídeos, podemos observar que os vídeos com menor qualidade e confiabilidade são aqueles produzidos por Programas de televisão.

Na Tabela 6 é apresentado o número de vídeos de cada categoria que obtiveram as diferentes pontuações da escala mDISCERN.

Autoria	Número de vídeos por Pontuação mDISCERN					
	0	1	2	3	4	5
Programas de televisão	6	2	1	0	1	0
Canais educativos	0	1	1	1	1	2
Universidades e organizações de saúde	0	1	0	2	2	0
Utilizadores independentes	0	2	1	0	0	0
Canais de entretenimento	1	2	0	0	0	0
Websites de informações de saúde	0	0	2	0	0	0
Profissional de saúde	0	0	1	0	0	0

Tabela 6 - Número de vídeos de cada categoria de autoria por pontuação mDISCERN

5.8. Qualidade dos vídeos

Um índice de qualidade positivo, isto é, superior a 7, foi atribuído a 13 vídeos dos 30 analisados, o que significa que menos da metade (43,33%) dos vídeos foram considerados de qualidade.

Dos vídeos publicados por Canais educativos, 83,33% (cinco) obtiveram um índice de qualidade positivo. A maioria (80%) dos vídeos da autoria de Universidades e organizações profissionais de saúde foram classificados com um índice de qualidade positivo.

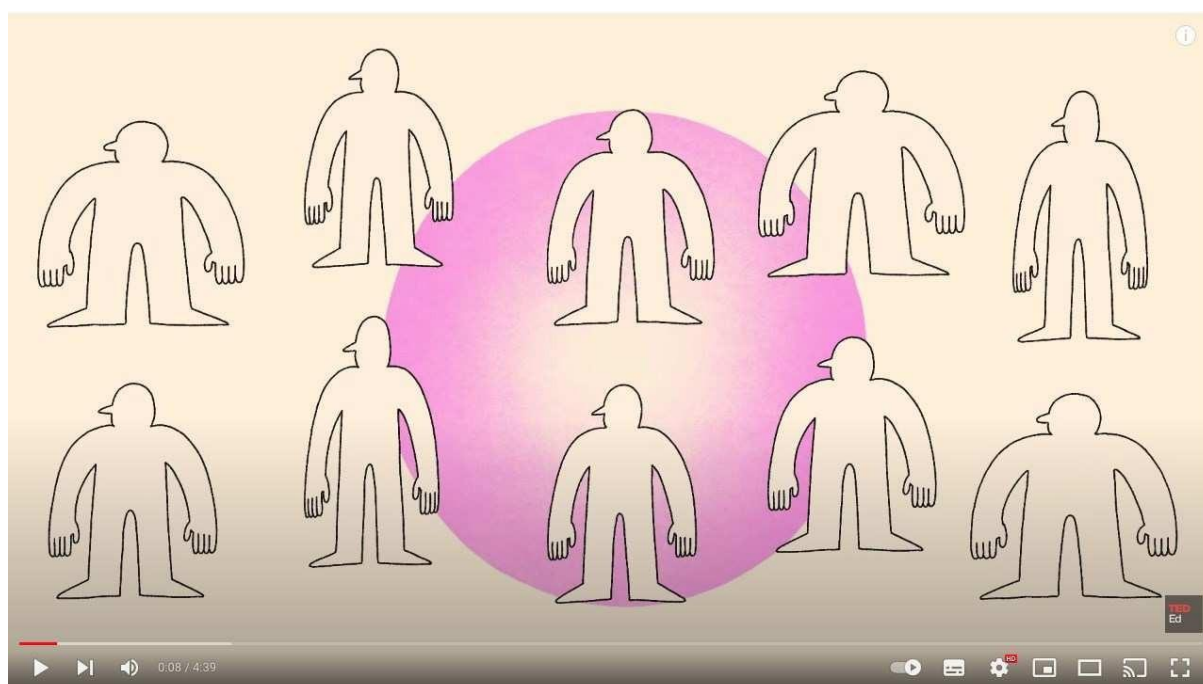
A totalidade dos vídeos (dois) da autoria de Websites de informações de saúde obtiveram um índice de qualidade positivo. Dos 10 vídeos de programas de televisão, oito (80%) foram classificados como não sendo de qualidade.

Todos os vídeos da autoria de canais de entretenimento obtiveram um índice de qualidade negativo. O mesmo se aplica aos vídeos publicados por utilizadores independentes.

O vídeo publicado pelo profissional de saúde também não foi considerado de qualidade, tendo sido avaliado com um índice de qualidade de 4.

O índice de qualidade mais baixo verificado foi de 2, e foi obtido por seis vídeos, cinco de programas de televisão e um de um canal de entretenimento.

O vídeo que obteve um maior índice de qualidade, com 12 pontos, foi o *Why are eating disorders so hard to treat?* - Anees Bahji (em português: Porque é que os distúrbios alimentares são tão difíceis de tratar? - Anees Bahji) publicado pelo canal TED-Ed inserindo-se na categoria de Canais Educativos.



Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji

Figura 6 - *Why are eating disorders so hard to treat?* - Anees Bahji de TED-Ed⁴

⁴ *Why are eating disorders so hard to treat* - <https://www.youtube.com/watch?v=3Bax8ijH038>

Este vídeo é apresentado como uma “lição” por Anees Bahji e guia o visualizador pelos distúrbios alimentares, explicando o que são, os seus sintomas, as suas causas e possíveis tratamentos.

O vídeo foi o primeiro posicionado na pesquisa e foi publicado a 19 de maio de 2022. Tem uma duração de 4:39 min e conta com 661000 visualizações e 23000 *likes* (3,48%). Obteve uma pontuação de 5 na escala GQS, 2 no critério JAMA e de 5 na mDISCERN.

Apesar de ter obtido uma boa pontuação nas escalas GQS e mDISCERN, nos critério de JAMA foi avaliado com 2 pontos, pois não cumpriu com a listagem clara de referências e recursos para o conteúdo não estão listados, nem as informações de direitos de autor referidas, nem lista as informações acerca do proprietário, assim como os patrocinadores, as publicidades, subscrições, financiamentos comerciais ou apoios e potenciais conflitos de interesse.

Os primeiros quatro vídeos que surgiram na pesquisa foram *Why are eating disorders so hard to treat?* - Anees Bahji, *Five signs your child may have an eating disorder* (Cinco sinais de que o seu filho pode ter um distúrbio alimentar), *An Eating Disorder Specialist Explains How Trauma Creates Food Disorders* (Uma especialista em Distúrbios Alimentares Explica como o Trauma pode criar Distúrbios Alimentares) e *Signs of an Eating Disorder* (Sinais de um Distúrbio Alimentar).

Todos estes vídeos foram considerados de qualidade, pontuando mais de 7 no índice de qualidade. Isto é importante considerar visto que os primeiros vídeos que surgem na pesquisa são aqueles que as pessoas vão ter maior tendência em visualizar, pois quanto mais cliques um vídeo obtiver, melhor a sua classificação vai ser no YouTube.

O algoritmo do YouTube tem em conta a performance dos vídeos para determinar a sua posição no motor de pesquisa, tal como acontece no Google. O algoritmo do YouTube tem em conta o *click-through rate*, o tempo de visualização, os *likes*, entre outros fatores. Dependendo destes fatores, o YouTube irá mostrar o vídeo a mais pessoas, e ele irá escalar no posicionamento na pesquisa (Cooper, 2022).

Os oito últimos vídeos da pesquisa foram todos considerados negativos no índice de qualidade, com uma pontuação de 2 a 4.

5.9. Índice de Popularidade por categoria de autoria

Para medir a popularidade de uma categoria de autoria, analisou-se o número de visualizações e de *likes* da mesma, determinando-se o índice de popularidade através da fórmula: $VPI = [(likes \times 100) / visualizações]$.

Autoria	Índice de Popularidade		
	<i>Likes</i>	Visualizações	Índice de Popularidade
Programas de televisão	196 754	13 508 465	1,46
Canais educativos	276 300	9 673 000	2,86
Universidades e organizações de saúde	26 000	1 897 000	0,14
Utilizadores independentes	54 000	1 980 000	2,73
Canais de entretenimento	109 000	7 233 000	1,51
Websites de informações de saúde	6500	380 000	1,71
Profissional de saúde	3400	88 000	3,86

Tabela 7 - Índice de Popularidade

A categoria com maior índice de popularidade foi a Profissional de saúde, com 3,86% de *likes*. No entanto, o vídeo desta categoria pontuou 4 pontos no índice de qualidade. A seguir, a categoria Canais educativos foi a segunda melhor pontuada no índice de popularidade,

com 2,86 pontos. Esta foi também a categoria com o maior número de *likes* e obteve uma pontuação positiva no índice de qualidade, em que 83,33% pontuaram de forma positiva. Em terceiro lugar no índice de popularidade encontra-se a categoria Utilizadores independentes, com uma pontuação de 2,73. No índice de qualidade, esta categoria teve uma pontuação negativa, sendo que todos os vídeos obtiveram uma pontuação inferior a 4.

Olhando para as três categorias com maior popularidade, pode-se concluir que o índice de popularidade de um vídeo não reflete uma maior qualidade, sendo que os resultados obtidos nem sempre revelam uma maior qualidade nos vídeos mais populares.

Relativamente à relação da autoria com a qualidade dos vídeos, pode-se retirar desta análise que os quatro vídeos com maior índice de qualidade são pertencentes às categorias Canais Educativos, Universidades e organizações profissionais de saúde, o que revela uma tendência para a boa qualidade das informações de conteúdos com esta autoria.

Os seis vídeos com um índice de qualidade igual a 2, isto é, o menor índice de qualidade obtido na análise, pertencem às categorias de Canais de Entretenimento e Programas de Televisão.

Assim sendo, os vídeos de maior qualidade pertencem a Canais Educativos e Universidades e organizações profissionais de saúde e os de menor qualidade são da autoria de Canais de Entretenimento e Programas de Televisão. Isto permite concluir que a qualidade de um vídeo é maior se o canal de YouTube tiver o propósito de educar o espectador, como é o caso dos canais educativos e de instituições como universidades ou organizações de saúde. Os canais de entretenimento e programas de televisão têm normalmente como principal objetivo entreter o espectador, sendo que o foco muitas vezes não é a qualidade da informação.

Através da análise de qualidade dos vídeos pode-se observar que, apesar de ser possível obter informações de qualidade acerca de distúrbios alimentares através do YouTube, pois 43,33% dos vídeos analisados obtiveram uma pontuação positiva no índice de qualidade, esta afirmação não é verdade para a generalidade dos vídeos. Menos de metade dos vídeos foram considerados de qualidade, o que indica que apesar de haver informações de qualidade, a maioria dos vídeos analisados eram de baixa qualidade, pelo que os utilizadores devem navegar a plataforma com cuidado, quando se trata de investigar acerca de informações de saúde sobre distúrbios alimentares.

No entanto, na pesquisa realizada, os quatro primeiros vídeos que surgiram obtiveram um índice de qualidade positivo. Da mesma forma, os oito últimos vídeos analisados, obtiveram todos um índice de qualidade negativo. Sendo que, normalmente, os primeiros vídeos da pesquisa são os mais “clikados”, isto pode trazer esperança para o contributo do YouTube para a literacia em saúde, pois se os indivíduos visualizarem os primeiros vídeos da pesquisa, as informações consultadas serão de qualidade.

Sendo assim, através desta análise, conclui-se que o YouTube não é a ferramenta mais indicada para melhorar a literacia em saúde acerca dos distúrbios alimentares dos indivíduos. Apesar disto, como já vimos, é possível obter informações de qualidade nesta plataforma, pelo que é importante entender o que faz de um vídeo um vídeos de qualidade, em termos de conteúdo. Por isso, na próxima secção, vão ser analisados com maior detalhe os quatro vídeos com maior qualidade, por forma a ver, no que diz respeito ao conteúdo, o que faz de um vídeo um vídeo de qualidade.

5.10. Análise de conteúdo por categorias

Após a análise dos vídeos para determinar o índice de qualidade, procedeu-se à análise do conteúdo por categorias dos quatro vídeos que obtiveram a melhor pontuação neste índice.

Este tipo de análise trata-se de uma análise de conteúdo qualitativa. Este é um método usado para a análise de dados retirados de textos como entrevistas, websites ou diários. Este método é usado para interpretação de dados em textos passíveis de interpretações mais subjetivas, por conterem mais palavras e serem menos condensados do que texto de teor mais científico como relatórios médicos por exemplo (Lindgren et al. 2020).

A análise de categorias é segundo Santos (2012) cronologicamente a mais antiga e a mais utilizada. Realiza-se através do desmembramento do texto em unidades, organizando-as em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos.

A análise de conteúdo categorial é uma técnica de investigação que permite a criação de deduções e conclusões sobre um determinado conteúdo. Este tipo de análise pressupõem a codificação do conteúdo aplicando códigos, que por sua vez irão formar categorias (Sampaio

& Lycarião, 2021). O processo de codificação de dados faz-se pela escolha de unidades de registo, isto é, uma unidade a codificar, podendo ser um tema, palavra ou frase (Bardin, 1977). Segundo Saldaña (2021), um código confere um atributo saliente, essencial, evocativo e/ou que resume um dado. Um código serve o propósito de resumir, filtrar ou condensar dados de acordo com aquilo que fará sentido numa determinada pesquisa (Sampaio & Lycarião, 2021). Para Saldaña (2021), a codificação significa organizar as coisas de forma sistemática, de modo a criar um sistema, uma classificação ou categorização. Codificar permite organizar e agrupar os dados codificados em categorias ou famílias, que segundo Sampaio & Lycarião (2021) compartilham características.

As categorias são formadas pelo agrupamento dos códigos quando estes são relacionados em termos de conteúdo ou contexto. São elementos que permitem descrever fenómenos sobre a investigação, gerando ou aumentando o conhecimento numa determinada área (Sampaio & Lycarião, 2021). Bardin (1977) considera como categorias de uma análise de conteúdo de qualidade aquelas que são homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas ou pertinentes.

5.10.1 Análise de conteúdo por categoria e discussão de resultados

Após a análise dos quatro vídeos, foram definidas 10 categorias, como se pode ver na Tabela 8.

Categoria	Observações
Definição	Definição para distúrbios alimentares.
Comportamentos	Comportamentos dos pacientes com distúrbios alimentares
Sintomas	Sintomas dos distúrbios alimentares
Causas	Causas dos distúrbios alimentares
Consequências	Consequências dos distúrbios para a saúde dos pacientes
Equívocos	Equívocos em relação aos distúrbios alimentares

Tratamento	Tratamentos para distúrbios alimentares
Propósito	Propósito do vídeo
Registo	Registo do vídeo (tom de voz, ambiente, personalidade ou impessoalidade)
Aspetos Técnicos	Aspetos técnicos da gravação do vídeo (qualidade da produção, imagem, som, ficha técnica)

Tabela 8 – Categorias

Para a apresentação e discussão dos resultados obtidos na análise de conteúdo por categorias dos vídeos com melhor pontuação, optou-se por designar os vídeos de V1, V2, V3 e V4, tal como se pode ver na Tabela 9.

Título do vídeo	Designação
Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji	V1
A Day in the Life of Anorexia Nervosa	V2
6 Types of Eating Disorders	V3
Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33	V4

Tabela 9 - Legenda para designação dos vídeos

No V4 importa ressaltar que não se analisou a porção do vídeo relativa ao distúrbio de dismorfia corporal, por este não ser considerado um distúrbio alimentar. Enquanto que os distúrbios alimentares resultam em comportamentos prejudiciais relacionados com a alimentação, o distúrbio da dismorfia corporal é definido por uma preocupação com a aparência de forma excessiva e percepção de defeitos que podem ser imaginados pelo paciente (Veale, 2004)

5.10.2 Categoria: Definição

Na categoria definição, observou-se a forma como o vídeo explica o que são distúrbios alimentares.

Distúrbios alimentares são perturbações que têm em comum uma preocupação exagerada com o corpo, nomeadamente com o próprio peso. Esta preocupação excessiva leva a comportamentos alimentares prejudiciais à saúde. (*Perturbações alimentares*, n.d.).

Os distúrbios alimentares afetam o estado emocional e são caracterizados por atitudes e comportamentos extremos relativamente à alimentação e ao peso. Estas perturbações psicológicas e físicas podem ser fatais (Balasundaram & Santhanam, 2022).

No vídeo *Why are eating disorders so hard to treat?* - Anees Bahji (V1), a definição apresentada é que os distúrbios alimentares são um “range of psychiatric conditions”, ou seja, uma variedade de doenças psiquiátricas. No vídeo *6 types of Eating Disorders* (V3) é dada uma definição semelhante, sendo caracterizados como distúrbios psicológicos fatais. Por fim, no vídeo *Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33* (V4) um distúrbio alimentar é apresentado como uma doença psicológica: “*they have to be understood as disorders of the mind*”. Acrescenta-se que este tipo de distúrbio se encontra entre os distúrbios psicológicos mais fatais.

Todos os vídeos mencionam tratar-se de uma doença do foro psicológico. Isto é apoiado por Petre (2022), que caracteriza os distúrbios alimentares como um leque de condições psicológicas que podem causar maus hábitos alimentares. Em todos os vídeos, as definições dadas para este tipo de doenças são pouco aprofundadas, havendo mesmo vídeos em que não é apresentada diretamente, mas sim, deixando-a subentendida no contexto de uma outra ideia (V2 e V3).

O V1 é o único que apresenta uma definição direta, respondendo à pergunta “*First, what is an eating disorder?*”. O V2, não apresenta uma definição direta, iniciando o vídeo de imediato com um dado estatístico (“*Approximately 1 million Canadians are diagnosed with an eating disorder*”), seguido das causas e dos sintomas. O V3 também não apresenta uma

definição de forma direta, iniciando-se com a informação de que existem seis tipos de distúrbios alimentares, sem explicar o que são distúrbios alimentares.

Na introdução do V3, é dito que “*However, roughly 1 in 3 men are also affected by this deadly psychological disorder*” e daqui pode-se retirar que distúrbios alimentares são distúrbios psicológicos fatais. O V4 inicia-se com uma história, de forma a contextualizar um cenário em que uma jovem de 15 anos desenvolve um distúrbio alimentar. Após esta história, é apresentada uma definição para este tipo de doenças, que, como já vimos, são apresentadas como doenças psicológicas, distúrbios da mente e fatais.

Em suma, os V1 e V4 são aqueles que apresentam as definições mais diretas para os visualizadores que não conhecem as doenças, e esperam encontrar respostas nestes vídeos. No entanto, todas as definições apresentadas são limitadas e pouco esclarecedoras para o espectador.

Petre (2022) afirma que em casos severos, os distúrbios alimentares podem causar graves consequências para a saúde e podem ser mortais se não forem tratadas. Arcelus et al. (2011) realizaram uma análise sistemática de artigos que reportaram os índices de mortalidade em indivíduos com anorexia nervosa, bulimia nervosa e EDNOS (Transtorno alimentar sem outra especificação) de forma a compreender os índices de morbidade e mortalidade em pacientes com estes distúrbios. Os autores concluíram que os indivíduos com distúrbios alimentares têm índices de mortalidade significativamente elevados, sendo o mais elevado em indivíduos com anorexia nervosa. Estes dados apoiam aquilo que é dito nos V3 e V4, que referem tratar-se de doenças potencialmente fatais.

5.10.3 Categoria: Comportamentos

A categoria comportamentos refere-se às atitudes e emoções que os indivíduos que sofrem de distúrbios alimentares podem apresentar.

Um comportamento mencionado em cada um dos quatro vídeos analisados, foi a restrição alimentar. Restrição alimentar é a tradução literal do conceito em inglês *eating restriction*, que se refere ao ato de um indivíduo se recusar a ingerir determinado tipo de

alimento ou a outros “rituais” alimentares. Alguns desses comportamentos restritivos podem ser: rotular a comida como de forma a definir se ela é “boa” ou “má” para a saúde, apenas comer a determinadas horas, ter sentimentos de medo ou ansiedade relativamente à comida ou até o afastamento social quando há presença de comida em eventos sociais (Todd, 2022).

No vídeo *Why are eating disorders so hard to treat?* - Anees Bahji é feita a referência à restrição alimentar quando se fala de pessoas com anorexia: “*people living with anorexia usually restrict the amount of food they eat*”. Nesta frase podemos perceber que quem sofre desta doença diminui a quantidade de comida que ingere.

No vídeo *A Day in the Life of Anorexia Nervosa* este conceito é aprofundado, dizendo que este é um comportamento muito comum entre pacientes com anorexia e é tido como um comportamento orientado para atingirem os seus objetivos. Acrescenta-se ainda que os indivíduos restringem a quantidade de comida que ingerem, limitando a quantidade de comida que consomem, eliminando categorias inteiras de comida, como por exemplo, hidratos de carbono ou diminuindo a quantidade de refeições que tomam (saltar refeições).

Esta ideia está também presente no vídeo *6 types of eating disorders* menciona-se que as pessoas que sofrem de anorexia gostam de se sentir em controlo, limitando a quantidade de calorias que consomem.

No vídeo *Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33* faz-se a divisão entre dois subtipos de distúrbio alimentar: aqueles que envolvem restrição alimentar e os que envolvem episódios de restrição alimentar combinados com compulsão alimentar.

A compulsão alimentar é outro comportamento referido em três dos vídeos. Este comportamento refere-se ao termo inglês *binging* que, no contexto dos distúrbios alimentares significa comer grandes quantidades de comida associado a uma sensação de perda de controlo e desconforto (NHS, 2020).

O vídeo *Why are eating disorders so hard to treat?* - Anees Bahji apresenta o termo *binging* ou compulsão alimentar como o ato de “consumir rapidamente grandes quantidades de comida” (“rapidly consuming large amounts of food”).

No vídeo *6 types of Eating Disorders* é referido que pessoas que sofrem de bulimia ingerem grandes quantidades de comida (“people with this type of eating disorder indulge in a large amount of food”).

No mesmo vídeo fala-se de um distúrbio diretamente associado à compulsão alimentar: *binge eating disorder*, ou distúrbio de compulsão alimentar. É explicado que as pessoas com esta perturbação consomem grandes quantidades de comida diariamente, sendo frequentemente pessoas com excesso de peso ou obesas.

A compulsão alimentar, acontece quando existem episódios recorrentes de ingestão de grandes quantidades de comida, muitas vezes de forma rápida até ao ponto de o indivíduo sentir desconforto, associados aos sentimentos de perda de controlo, vergonha, stress ou culpa, após os mesmos (*Binge eating disorder*, 2018).

A bulimia distingue-se do distúrbio de compulsão alimentar, no que toca aos episódios de compulsão alimentar, porque após a ingestão dos alimentos é feita uma purgação (*purging*). Segundo o dicionário Cambridge, “purgar” refere-se ao ato de um indivíduo se “livrar” de comida do interior do seu corpo, por exemplo, para não ganhar peso, quer através do vômito forçado, quer através de laxantes, isto é, substâncias que facilitam a evacuação (*Purging*, n.d.).

O comportamento de purgação é mencionado em três dos vídeos analisados. No vídeo *Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji* a purgação é definida como o ato de “eliminar” a comida ingerida através de comportamentos possivelmente prejudiciais como a provocação do vômito, o uso de laxantes ou o exercício excessivo.

Como já foi referido, este é um comportamento associado maioritariamente à bulimia. No vídeo *6 types of Eating Disorders* é referido que o ato da purgação oferece um sentimento de alívio aos pacientes.

O exercício excessivo é também outro comportamento referido em três dos vídeos analisados. Este comportamento vem muitas vezes associado aos comportamentos de compulsão alimentar, nomeadamente em pessoas bulímicas, como já foi referido, devido ao sentimento de culpa que precede a ingestão dos alimentos.

O exercício excessivo pode ser definido como: exercício que interfere com atividades importantes; exercício que excede as três horas diárias e causa stress se o indivíduo não conseguir praticá-lo; exercício frequente num tempo e espaço inapropriados e falta de interesse

em suprimir esse comportamento; exercício apesar de lesões graves, doenças ou complicações médicas e apesar da falta de gosto em praticar a atividade; exercício praticado de forma obsessiva e que segue regras aplicadas rigidamente; exercício que interfere com rotinas diárias e relações sociais (Muhlheim, 2021; Dittmer et al., 2018)

Apesar do exercício físico ser um comportamento associado a vários tipos de distúrbios alimentares, ele é mais comum em pessoas com anorexia nervosa, como é referido no vídeo V2, *A Day in the Life of Anorexia Nervosa*: “*Excessive exercise is characteristic in multiple types of eating disorders. It is most common in AN, with 40/80% of individuals exhibiting this behavior.*” Neste vídeo refere-se ainda que este é um comportamento compulsivo.

Ainda no mesmo vídeo clarifica-se o que é entendido por exercício excessivo, caracterizando-o como um comportamento que interfere com tarefas importantes, que excede três horas diárias, que queima mais calorias do que aquelas que são consumidas num dia e que causa stress ao indivíduo quando este não pode exercitar-se. Para além disto, o exercício é frequente pode ser realizado a horas e em sítios inapropriados. Pessoas que praticam exercício excessivo poderão fazê-lo mesmo com lesões graves, doenças ou outras complicações médicas.

Todos os vídeos referem a preocupação excessiva com a aparência como um comportamento característico em pessoas que sofrem deste tipo de doença.

No vídeo *Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji* (V1) é mencionado que existe uma “disrupção da auto-perceção” em indivíduos com distúrbios alimentares. As pessoas que experienciam este tipo de doenças são severamente críticas de si mesmas e consideram ter muitos defeitos.

De mãos dadas com a preocupação excessiva com a aparência vem o ato de ver-se ao espelho frequentemente e prolongadamente e as pesagens constantes. No V2 é dito “*Constant weighing enables them to determine if they have successfully controlled their weight*” e “*Obsessive mirror checking is common behavior among individuals with AN.*”

No mesmo vídeo refere-se que os indivíduos com anorexia nervosa procuram defeitos na sua aparência e existe uma grande preocupação em ver se esses defeitos se tornaram piores ou se se encontram com um melhor aspeto físico, aos seus olhos. “*Individuals check for perceived flaws of appearance whether a deformity has become worse or to ease their fears about how they think they look.*”

No vídeo *6 types of Eating Disorders* (V3) destaca-se também este comportamento em pessoas com anorexia nervosa: “*People with anorexia nervosa are obsessed with perfecting their body image*”. Acrescenta-se que pessoas com esta doença têm uma auto-perceção distorcida e expectativas “perigosamente” altas para si próprias.

No vídeo V4 é feito um *storytelling* em que é contada a história de Lauren que com 15 anos, desenvolveu um distúrbio alimentar. Nessa história é dito que o seu corpo em mudança tornou-se numa fonte de inseguranças: “*her changing body became a source of insecurity*”.

No V3 é dito que as pessoas que sofrem de anorexia têm comportamentos obsessivo-compulsivos. O mesmo é referido no V2, quando se fala dos rituais alimentares, sendo estes também considerados um comportamento obsessivo.

Como já vimos, as restrições alimentares são algo comum quando falamos de distúrbios alimentares, no entanto, há outro comportamento alimentar que é destacado, nomeadamente no V2, quando se fala sobre anorexia nervosa. Estes comportamentos são caracterizados como compulsivos que, se não forem seguidos, podem causar ansiedade. Os rituais são usados para tornar o processo de comer menos stressante. Alguns exemplos de rituais alimentares dados no V2 são: dar dentadas anormalmente pequenas, mastigar excessivamente, comer num padrão circular, evitar que os diferentes alimentos se toquem no prato, comer um grupo alimentar de cada vez, entre outros.

Dois comportamentos apenas mencionados no V3 são o consumo de itens não alimentares, no caso de pessoas com PICA - um distúrbio alimentar em que o indivíduo consome itens não alimentares como pedras, papel ou cabelo - e ingestão de alimentos durante o sono, no caso do “*Nocturnal sleep-related eating disorder*” ou síndrome do comer noturno - que ocorre quando um indivíduo come, sem se aperceber, durante o sono.

5.10.4 Categoria: Sintomas

Uma ideia recorrente em todos os vídeos é a ideia de controlo. Um dos sintomas destacados para pessoas com distúrbios alimentares é o uso da alimentação como forma de controlo. O paciente usa a alimentação, a restrição ou a purgação como forma de ter algum controlo sobre o seu corpo ou sobre a sua vida.

Em todos os vídeos, os distúrbios alimentares são mostrados como doenças cujos sintomas passam muitas vezes pela preocupação com a aparência física de forma excessiva. No V1 um dos sintomas relatados é a disrupção da auto-perceção. No V2 e V3 fala-se de perfeccionismo, que se pode manifestar em perfeccionismo com o próprio corpo. No V3 um dos sintomas apontados é a obsessão com o corpo: *“Obsessive mirror checking is common behavior among individuals with anorexia nervosa”*.

No V2 fala-se de um sentimento de impotência face ao stress nos indivíduos com anorexia nervosa associados ao sentimento de falta de controlo que já vimos: *“The symptoms of AN are associated with an individual’s underlying sense of powerlessness in the face of life’s stressors and a general lack of control.”*

A ansiedade e a depressão são dois outros sintomas mencionados no V2. Neste vídeo associam-se estes sintomas a indivíduos com anorexia nervosa. No mesmo vídeo são referidos outros sintomas como a hiperatividade, a impulsividade e mudanças de humor. Outro sintoma mencionado é a perda de peso rápida.

O isolamento social é um sintoma que aparece mencionado frequentemente, sendo referido em 2 dos vídeos (V2, V3). No V2 este sintoma é associado a indivíduos que sofrem de anorexia nervosa, visto que estes se afastam de amigos e atividades, tornando-se mais secretivos em relação à sua condição, fazendo esforços para esconder aquilo que consideram os seus defeitos de aparência. No V3, a narradora explica a forma como, quando ela própria sofria de um distúrbio alimentar, evitava festas e outros eventos sociais que envolvessem refeições de celebração, pois para ela, comer em frente a outras pessoas era um processo “doloroso”. A narradora explica ainda que se escondia na casa de banho da escola durante a hora de almoço, todos os dias.

Outros sintomas mencionados no V3 são o sentimento de culpa e o medo de comer em frente a outras pessoas, bem como a rejeição de comida e a vergonha. Este último sintoma aparece associado a pessoas com distúrbio de compulsão alimentar: *“People with binge eating disorder often feel ashamed of themselves”*.

Por fim, no V4 fala-se de sentimentos de culpa e de nojo associados ao distúrbio de compulsão alimentar:

“(...) binge-eating disorder, which is marked by significant binge-eating, followed by emotional distress, feelings of lack of control, disgust, or guilt, but without purging or fasting.” (Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33)

5.10.5 Categoria: Causas

No que diz respeito à categoria causas, o V1 e o V3 referem que as causas dos distúrbios alimentares ainda são desconhecidas. No entanto, ambos os vídeos propõem possíveis causas.

O V1 refere o perfeccionismo e a insatisfação com o corpo como possíveis causas. Para além disto, menciona ainda que os distúrbios alimentares poderão ser causados por uma combinação de fatores de risco genéticos e ambientais. Estas doenças poderão ainda, segundo o V1, ser causadas por outras doenças mentais como a depressão ou ansiedade. Neste vídeo é referido que a procura pelo controlo pode ser também uma razão que leva as pessoas a desenvolverem este tipo de distúrbio. São também apontados como possíveis causadores fatores sociais severos como estigma interno em relação ao peso, *bullying*, assimilação racial ou étnica e vínculos sociais limitados.

No V2 são apontados fatores ambientais, sociais e biológicos como possíveis causas para distúrbios alimentares: *“They are caused by environmental factors, social factors and biological factors.”*

O V3 aponta o stress, distúrbios de desenvolvimento e o baixo estatuto económico como possíveis contribuidores para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares.

Tal como no V2, também no V4 fatores ambientais e genéticos são sugeridos como possíveis causas, acrescentando-se fatores familiares à lista. Neste vídeo também se sugestionase o stress como possível causa, como no V3. A necessidade de controlo também volta a aparecer como possível causa, como já havia sido feito no V1. Neste vídeo, também é apontado como fator a modelagem comportamental.

Por fim, sugere-se ainda que o distúrbio alimentar de compulsão alimentar possa estar relacionado com alterações na regulação da dopamina: *“some research has found that binge eating appears to alter the regulation of dopamine production in a way that can reinforce further bingeing.”*

5.10.6 Categoria: Consequências

A categoria de consequências foi a mais prevalente na maioria dos vídeos.

No V1, fala-se de consequências no desenvolvimento de identidade e auto-estima e de um sentimento de impotência.

No V2 aparecem como consequências o isolamento social, que também apareceu na categoria de sintomas, pois pode aplicar-se em ambas as categorias. Para além disso, fala-se também de ansiedade, desidratação, fadiga, dores de costas crónicas, lesões, fraturas, osteoporose, artrite degenerativa, amenorreia, problemas reprodutivos, queda de cabelo e desequilíbrio hormonal, como consequências da anorexia nervosa.

No V3 as consequências associadas ao distúrbio de compulsão alimentar são o excesso de peso e obesidade, devido à ingestão de grandes quantidades de alimentos num curto espaço de tempo: *“People who binge eat, consume a large amount of food on a day to day basis. They often exceed the suggested daily calorie intake, and are usually overweight or obese”*.

Para além destas consequências, é ainda referido que os indivíduos que sofrem deste transtorno poderão desenvolver problemas cardíacos e diabetes se não forem tratados.

Associados ao transtorno alimentar restritivo evitativo surgem a perda de peso e deficiências nutricionais. A magreza extrema aparece como consequência da anorexia nervosa.

Neste vídeo, as consequências apontadas para a PICA, são possíveis infeções e envenenamento, devido ao consumo de itens não próprios para consumo.

Pode-se também perceber que o vídeo refere a morte como consequência dos distúrbios alimentares na frase: *“However, roughly 1 in 3 men are also affected by this deadly psychological disorder.”* Relaciona-se a elevada mortalidade dos distúrbios alimentares especialmente à anorexia nervosa, apontando esta como o distúrbio com maior taxa de mortalidade: *“But with anorexia, the mortality rate is especially high because people can die as a direct result of extreme weight loss and physiological damage.”*

No V4, são referidas o maior número de consequências, entre elas, tal como no V3, a morte. Como sintomas da anorexia nervosa são apresentados a magreza extrema, perda de cabelo, baixa temperatura corporal - *“Even when her hair started falling out and her skin grew dry and cracked, and when she could never get warm”*.

Relativamente à anorexia nervosa apontam-se ainda como consequências a frequência cardíaca irregularmente baixa, a perda de densidade óssea, fadiga, fraqueza muscular, perda de cabelo, desidratação severa e índice de massa corporal extremamente baixo:

As the body is denied crucial nutrients, it slows down to conserve what little energy it has, often resulting in abnormally slow heart rate, loss of bone density, fatigue, muscle weakness, hair loss, severe dehydration, and an extremely low body mass index.
(Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33)

À bulimia nervosa atribui-se como consequência danos do sistema digestivo, devido ao ciclo de *binging* seguidos de “purgação”. Relaciona-se ainda com este ciclo “vicioso” uma frequência cardíaca baixa, inflamação do esófago e da boca, perda de dentes e manchas nos dentes, movimentos intestinais irregulares, úlceras pépticas, pancreatite e outros danos em órgãos.

That addictive cycle of bingeing and purging can seriously damage the whole digestive system, leading to irregular heartbeat, inflammation of the esophagus and mouth, tooth decay and staining, irregular bowel movements, peptic ulcers, pancreatitis, and other organ damage. (Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33)

5.10.7 Categoria: Equívocos

No que diz respeito à categoria Equívocos, pode-se salientar que em dois vídeos (V1 e V3) se esclarece que apesar de muitas vezes se considerar que os distúrbios alimentares só afetam pessoas do sexo feminino, isto não é verdade. No V1 esclarece-se que apesar de ser muitas vezes se acreditar que apenas as mulheres sofrem de distúrbios alimentares, estas doenças podem afetar todos os géneros: “*people of all genders can be affected.*”. A mesma ideia é expressada no V3: “*one of the most common misconceptions about eating disorders are that they only affect women*”. No entanto, no mesmo vídeo é apresentado um estudo que esclarece este equívoco, dizendo que se estima que um em cada três homens também são afetados por esta condição psicológica.

No V1 é ainda referido que o peso não determina a existência ou não de um distúrbio alimentar e que alterações na alimentação de um indivíduo não são uma forma de eliminar um distúrbio alimentar.

O V4 acrescenta que distúrbios alimentares não são dietas nem um estilo de vida (“*We're not talking about fad diets or lifestyle choices spurred by vanity*”). Esclarece ainda que apesar de se acreditar nisso, estas doenças não são um sinal de abuso sexual na infância: “*the presence of an eating disorder is not a tell-tale sign of childhood sexual abuse, as was once commonly thought.*”

5.10.8 Categoria: Tratamento

Na categoria tratamento, dois dos vídeos (V1 e V4) apresentam possíveis tratamentos para os distúrbios alimentares. A terapia é apontada como um possível tratamento em ambos os vídeos, sendo que o V1 explicita dois tipos de terapia que poderão ser úteis: terapia cognitiva comportamental e terapia familiar.

O V1 sugere ainda a combinação de aconselhamento nutricional, monitorização, psicoterapia e, em alguns casos, medicação. Para além disto, propõe ainda a estimulação magnética transcraniana. O V3, sugere a hospitalização do paciente e fala ainda dos grupos de suporte como forma de tratamento dos distúrbios alimentares.

Lauren was finally admitted to a psychiatric hospital where she was treated for anorexia nervosa. She was put on bed rest, saw a therapist twice a week, joined a support group and slowly began eating small amounts of food again. (Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33)

5.10.9 Categoria: Propósito

Na análise da categoria propósito, teve-se como objetivo perceber o propósito e finalidade de cada um dos vídeos.

O V1, *Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji*, nos primeiros instantes do vídeo é referido:

Misconceptions about everything from symptoms to treatment, make it difficult to navigate an eating disorder or support someone you love as they do so. So let's walk through what is— and isn't— true about eating disorders. (Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji)

Ou seja, os equívocos em relação a tudo, desde os sintomas ao tratamento, fazem com que seja difícil lidar com um distúrbio alimentar ou apoiar alguém próximo que esteja a lidar com um distúrbio alimentar. De seguida, é dito “então vamos ver o que é e não é verdade acerca dos distúrbios alimentares”.

Esta secção introdutória do vídeo sugere que o vídeo tem como propósito educar, não só as pessoas que estejam a passar por este tipo de doenças para que saibam lidar melhor com elas, mas também, educar pessoas que tenham alguém que lhes é próximo para que possam ajudar essa pessoa a atravessar essa situação. Depois, na frase seguinte, é dito claramente que o vídeo irá falar sobre o que é ou não é verdade sobre os distúrbios alimentares.

O V2, tem como foco a anorexia nervosa. Ao longo do vídeo, o espectador é transportado para a perspectiva de alguém que sofre com esta doença, e dos seus sintomas e comportamentos ao longo de um dia. Na descrição escrita por baixo do vídeo, pode-se ler: *“This video reenacts common symptoms and practices of someone suffering from anorexia nervosa.”*

Na descrição é dito ainda que o vídeo contém apenas informação generalista com o propósito de educar: *“Please note, this video contains only general information for educational purposes only”*, *“This video is provided for general and educational information only.”*

É ainda esclarecido, na descrição, que o vídeo não tem intenção de substituir o diagnóstico e aconselhamento de um médico.

O V3, refere que o propósito do vídeo é informar outros sobre distúrbios alimentares e quebrar estereótipos que tornam este num tema de conversa difícil.

No final deste vídeo, é feito um apelo aos espectadores para que partilhem as suas histórias nos comentários do vídeo. O narrador acrescenta que *“we want you to know that you're not alone, and there are ways to seek treatment.”* Esta afirmação permite perceber que um dos objetivos do vídeo é diminuir o sentimento de solidão para as pessoas que sofram deste tipo de doenças, e promover a procura de um tratamento.

O vídeo termina dizendo que com a ajuda do público, os autores do vídeo poderão chegar a mais pessoas e espalhar conhecimento acerca de problemas de saúde mental, o que permite também apontar estes como dois dos propósitos do vídeo.

Por fim, no V4, reflete-se:

“If cultural learning contributes to how we eat and how we want to look, then maybe education can help increase our acceptance of our own appearance and be more accepting of others.” (6 types of eating disorders)

Nesta frase sugere-se que, se a aprendizagem cultural contribui para a forma como as pessoas comem e a sua aparência, então a educação pode ajudar a aumentar a aceitação da própria aparência e da aparência alheia. Isto permite que se conclua que um dos objetivos deste vídeo é educar para ajudar a aumentar a aceitação da própria aparência e da aparência dos outros.

No final do vídeo é feita uma conclusão em jeito de resumo dos conteúdos “aprendidos” pelo público no vídeo, dizendo que foi possível aprender mais sobre os os sintomas, tipos e causas de distúrbios alimentares e distúrbios de dismorfia corporal, bem como para ajudar quem sofre deste distúrbios.

Na descrição do vídeo, é escrito que o vídeo tem como propósito fazer com que as pessoas aprendam a ajudar-se a si próprias e umas às outras.

5.10.10 Categoria: Registo

Na categoria registo analisou-se o ambiente do vídeo, isto é, se era animado e leve, formal e técnico ou pessoal/impessoal.

O V1 foi o vídeo que apresentou o índice de qualidade mais elevado de entre todos os vídeos analisados, com uma pontuação de 12. Trata-se de um vídeo com um registo mais formal, focado em aspetos mais técnicos das doenças. O tom de voz da narradora é calmo e inexpressivo. O vídeo apresenta-se num registo mais impessoal, pois foca-se em aspetos mais objetivos e imparciais, com pouca ou nenhuma opinião da narradora.

O V2 foi o segundo melhor pontuado no índice de qualidade. Tem um ambiente pesado, com foco em oferecer informações factuais sobre a anorexia nervosa. É um vídeo impessoal, sem espaço para subjetividade ou opiniões. O ambiente sério e dramático do vídeo é reforçado pela música que o acompanha, que é uma música de piano melancólica.

Por fim, o V3 e o V4 partilham o terceiro lugar da pontuação, com um índice de qualidade de 10.

O V3 é leve, começando por contar a história da própria narradora enquanto sobrevivente de um distúrbio alimentar, o que transmite ao espetador um registo mais pessoal e menos formal. O vídeo prossegue com factos sobre os distúrbios alimentares, mas sempre de uma forma leve, intercalando experiências da narradora.

O V4 é aquele com o registo mais leve e animado de todos os vídeos analisados. No início, é contada uma história com recurso a desenhos animados. O apresentador do vídeo fala para a câmara num tom de voz animado e de forma dinâmica. Apesar do ambiente leve do vídeo, são focados muitos aspetos técnicos, com alguns comentários mais impessoais.

Com base na análise do registo, pode-se perceber que os vídeos com maior pontuação são aqueles mais sérios, com um registo mais formal e impessoal, focado em aspetos técnicos e factuais sobre estas doenças. O tom de voz da narradora do V1 é calmo e inexpressivo, tal como a música do V2 é melancólica, o que transporta o espetador para um ambiente sério e austero. Os dois vídeos com pontuação inferior apresentam registos mais animados, expressivos e menos sérios. Ambos os vídeos iniciam-se com uma história, com recurso a desenhos animados. Os dois vídeos são pessoais, sendo mesmo contada no V3 a história da própria narradora.

5.10.11 Categoria: Aspetos Técnicos

Na categoria aspetos técnicos olhou-se para a forma como o vídeo foi gravado (se era uma pessoa sentada a falar para a câmara, se era uma animação ou se era uma encenação). Teve-se também em conta se a produção era amadora ou profissional, se era gravado num estúdio ou num ambiente mais informal.

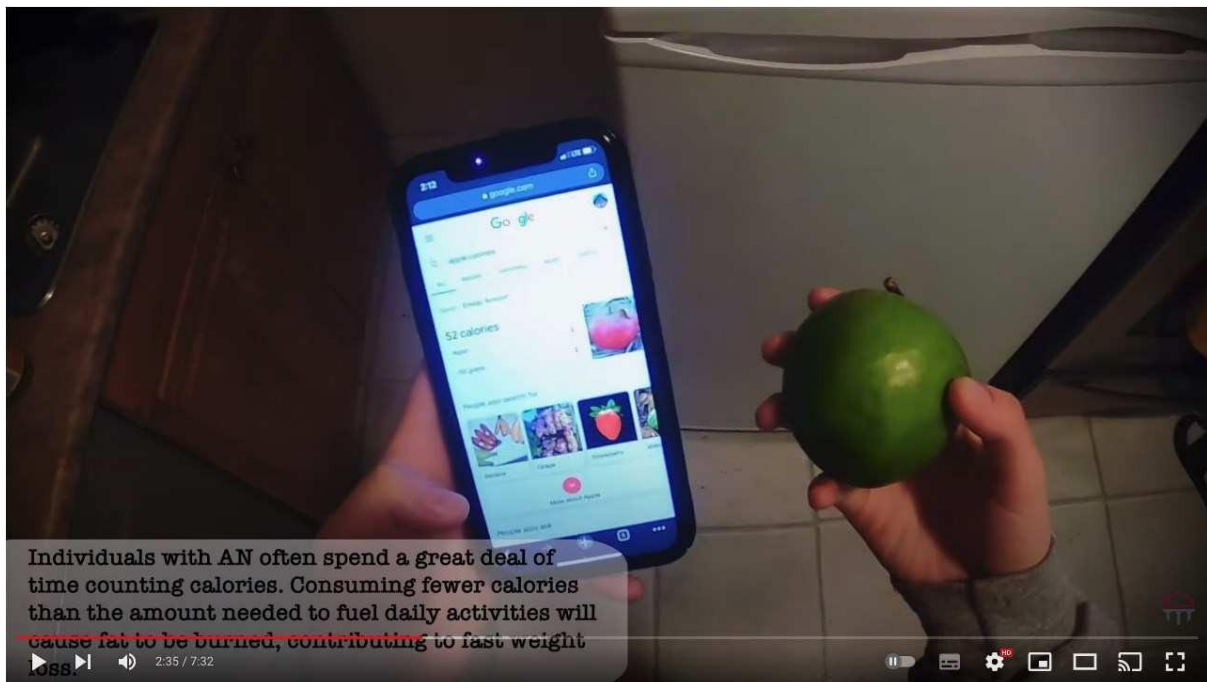
O V1 é uma animação com desenhos animados que representam aquilo que está a ser contado. A produção do vídeo é profissional e de grande qualidade no que diz respeito ao som e imagem. A animação foi feita de forma profissional por Laura Jayne Hodkin, cujo website aparece mencionado na descrição do vídeo. No final do vídeo é apresentada a ficha técnica, onde se pode ver que o vídeo envolveu o trabalho de uma equipa, nomeadamente de um educador, diretor, narrador, compositor e designer de som, diretor executivo e criativo, produtor, produtor associado, diretor editorial e produtor editorial.



Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji

Figura 7 - Animação V1

O V2 foi gravado numa perspetiva POV (*point of view*), isto é, mostrando a perspetiva de visão de uma pessoa com anorexia nervosa. Este vídeo não tem voz a narrar. O vídeo tem como áudio uma música de piano melancólica. A produção deste vídeo é amadora, sendo a qualidade da filmagem baixa. O vídeo é gravado numa casa, por estudantes de medicina da McMaster University, como se lê na descrição.



A Day in the Life of Anorexia Nervosa

Figura 8 - *Frame* do V2 em que se pode ver a perspetiva POV

Estes dois vídeos, sendo os mais bem pontuados no índice de qualidade, apresentam aspetos técnicos díspares. O V1 (com 12 pontos) tem uma produção profissional e envolveu a produção de uma equipa profissional, como se pode ver na ficha técnica apresentada no final. Já o V2, é amador, tendo sido produzido por estudantes universitários. O vídeo mais bem pontuado é uma animação, enquanto que o segundo mais bem pontuado é um POV.

O V3 é similar ao V1, no sentido em que também é uma animação. A produção deste vídeo também é de qualidade profissional. O áudio aparenta ter sido gravado num estúdio ou com ferramentas profissionais, devido à grande qualidade de som. No final do vídeo pode-se conferir a produção profissional deste vídeo, pois aparecem mencionadas as pessoas envolvidas na mesma, nomeadamente um guionista e editor de guião, um narrador, um animador e um gestor de YouTube.

No que diz respeito aos aspetos técnicos, este vídeo assemelha-se ao V1, pois também se trata de uma produção profissional e de um vídeo feito em animação. Ambos são de qualidade profissional, tanto ao nível do som como da imagem. Ambos envolveram o trabalho de uma equipa, como se pode ver pela ficha técnica que surge no final dos dois vídeos.



6 Types of Eating Disorders

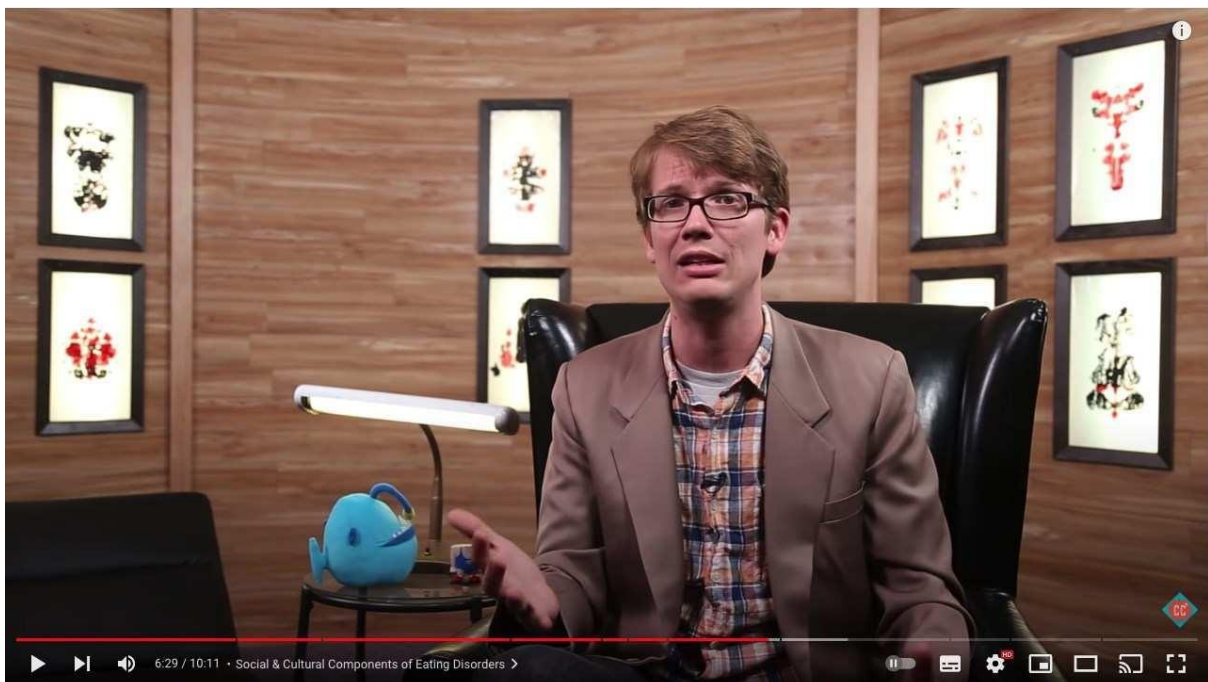
Figura 9 - Animação V3

O V4 é apresentado por Hank, que se encontra sentado num estúdio. Ao longo do vídeo são inseridas animações e desenhos animados. A gravação do vídeo é de qualidade profissional num ambiente mais formal. Este ambiente formal é reforçado pelo cenário do vídeo e roupa do apresentador, que se encontra vestido de forma profissional, como um psicólogo sentado num consultório. No final do vídeo também é apresentada a ficha técnica, onde se pode ver que o vídeo teve um guionista, um editor de guião, um consultor, um diretor/editor, um designer de som e uma equipa de grafistas.



Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33

Figura 10 - Animação V4



Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33

Figura 11 - Apresentador V4 "Hank"

O V4 é o único vídeo dos quatro mais bem pontuados que tem uma pessoa sentada a falar com a câmara. No entanto, tal como todos os outros vídeos, também tem animação e tal

como os V1 e V3 trata-se de um vídeo com produção profissional, que envolveu o trabalho de uma equipa, como se pode perceber pela ficha técnica. Este foi o único vídeo, dos quatro com melhor pontuação, filmado dentro de um estúdio.

Um estudo conduzido por Beautemps & Bresges (2021) investigou os elementos que influenciam a qualidade percebida dos vídeos educacionais de ciências pelos espectadores. O estudo contou com mais de 5.000 participantes com idades entre 9 e 72 anos ($M = 18$, $SD = 8,78$) que preencheram um questionário. O questionário focou os comportamentos de visualização dos participantes e sua autopercepção da importância das variáveis controladas pelo criador de conteúdo.

Quando inquiridos acerca da importância da qualidade do vídeo e do áudio, os 14% dos participantes afirmaram que a qualidade do áudio é mais importante que a do vídeo. O V1, V3 e V4 apresentaram todos uma qualidade de áudio elevada, sendo que o V4 apresentou tanto uma elevada qualidade de áudio, como também de vídeo (sendo gravado num estúdio).

Os mesmos vídeos mencionados anteriormente apresentaram também animação, e no caso do V4, estas foram intercaladas com vídeos do orador (V4). No caso do V1 e V3, os vídeos são integralmente produzidos com recurso a animações. 40% dos participantes do estudo de Beautemps & Bresges (2021) disse que imagens reais eram mais importantes e 24% considerou que animações eram mais importantes. 36% dos participantes disse que imagens do orador eram menos importantes.

Em suma,

- Os vídeos analisados foram produzidos para não profissionais de saúde;
- Mais de metade [53,33%] dos vídeos não faziam qualquer menção acerca dos conceitos, causas, sintomas ou tratamentos;
- O vídeo mais popular foi publicado por uma utilizadora independente;
- Um índice de qualidade positivo foi atribuído a 13 vídeos dos 30 analisados, ou seja, menos da metade (43,33%) dos vídeos foram considerados de qualidade;
- Os primeiros quatro vídeos que surgiram na pesquisa pontuaram mais de 7 no índice de qualidade;
- Os quatro vídeos com maior índice de qualidade pertenciam às categorias Canais Educativos, Universidades e Organizações profissionais de saúde.

- O vídeo mais bem pontuado foi feito com recurso a animação, apresentava elevada qualidade de áudio. Trata-se de um vídeo com produção profissional, que envolveu o trabalho de uma equipa. Tem um registo mais formal, focado em aspetos mais técnicos das doenças. O tom de voz da narradora é calmo e inexpressivo. O vídeo apresenta-se num registo mais impessoal, pois foca-se em aspetos mais objetivos e imparciais, com pouca ou nenhuma opinião da narradora.

Conclusões finais

Nesta secção serão mostradas as principais conclusões da presente investigação, em relação com os objetivos do estudo e de forma a responder às questões de investigação. Serão também apresentadas as principais limitações da investigação e deixadas algumas recomendações para investigações futuras.

O presente estudo teve como objetivo central perceber se a rede social digital YouTube é uma ferramenta em que se pode encontrar informação de qualidade acerca de distúrbios alimentares, de forma a contribuir positivamente para a literacia em saúde.

No enquadramento teórico do presente trabalho verificou-se que a internet e as redes sociais digitais vieram trazer um maior fluxo de informações de saúde, permitindo que estas cheguem a mais pessoas. Estes canais digitais são os meios mais utilizados para consulta deste tipo de informação. Apesar da quantidade de informação que pode ser encontrada nos meios digitais, é difícil filtrar os conteúdos e determinar a sua qualidade, pois qualquer pessoa pode criar conteúdo de saúde e publicá-lo online, sem que este seja sujeito a qualquer tipo de revisão científica. A natureza casual de plataformas digitais como o YouTube ainda levanta algumas questões em relação ao impacto que as informações de saúde online podem ter para a literacia em saúde de quem as consulta. Observou-se que, relativamente à qualidade e utilidade dos conteúdos, existem perspectivas divergentes, sendo que alguns autores defendem que o YouTube não é uma fonte confiável para obter informações médicas e de saúde, e outros consideram que há potencial nesta plataforma para moldar perspectivas e aprender.

Na componente empírica, optou-se por uma metodologia mista, tendo-se feito numa primeira fase uma análise quantitativa da qualidade dos vídeos com base em três escalas de medição (The Global Quality Scale, o critério de *benchmark* do *Journal of the American Medical Association* e o mDISCERN), e numa segunda fase, uma análise qualitativa categorial para explorar os quatro vídeos que obtiveram um maior índice de qualidade.

Foi possível compreender que, apesar do YouTube ser uma ferramenta útil para pesquisas relacionadas com distúrbios alimentares, dada a grande quantidade de informação presente nesta plataforma digital, e a qualidade de uma grande parte dos vídeos (43,33%), não é uma plataforma totalmente confiável quando se trata de realizar pesquisas deste tipo de informações, visto que mais de metade dos vídeos analisados neste estudo (56,67%) foram

classificados com um índice de qualidade negativo. A maioria dos vídeos analisados eram de baixa qualidade, pelo que os utilizadores devem navegar a plataforma com cuidado, quando se trata de investigar acerca de informações de saúde sobre distúrbios alimentares.

Com a análise dos vídeos publicados na plataforma YouTube acerca de distúrbios alimentares pretendia-se também obter uma visão mais clara do tipo de conteúdos existentes e se estes têm ou não informação de qualidade acerca destas doenças. Avaliou-se também se a autoria dos vídeos tem relação com a qualidade dos mesmos e se uma maior qualidade de informações reflete um maior índice de popularidade.

Verificou-se que os vídeos com maior índice de qualidade eram da autoria de Canais Educativos e Universidade e organizações profissionais de saúde, o que revelou que a qualidade de um vídeo foi maior naqueles pertencentes a canais de YouTube com o propósito de educar o espectador. Os vídeos com menor índice de qualidade tiveram a autoria de Canais de Entretenimento e Programas de Televisão, que têm normalmente como principal objetivo entreter o espectador, sendo que o foco muitas vezes não é a qualidade da informação.

Foi também possível observar que a maior popularidade de um vídeo não reflete uma maior qualidade do mesmo, visto que há vários fatores que entram em jogo, nomeadamente a popularidade do autor do vídeo, que pode ter muitos seguidores ou ser uma celebridade ou influenciador digital, o cenário do vídeo e a curta duração do mesmo.

Em suma, conclui-se que o YouTube tem potencial para ser uma ferramenta útil para a literacia em saúde relativamente aos distúrbios alimentares, pois oferece uma vasta quantidade de informações que poderão ajudar o visualizador a compreender melhor estas doenças e a obter mais informações acerca das mesmas. Para além disto, trata-se de uma ferramenta que permite que pacientes partilhem as suas experiências e que profissionais de saúde ou organizações de ensino e de saúde partilhem conhecimentos sobre estas doenças, por forma a levar a informação a mais pessoas. Apesar de os dados terem revelado a fraca qualidade da maioria dos vídeos analisados, considera-se que o YouTube poderá ter um contributo relevante para a literacia em saúde relativamente aos distúrbios alimentares, visto que é um meio de comunicação capaz de disseminar informações de uma forma dinâmica, ampla e fácil de consumir. No entanto, para que esta plataforma digital tenha maior qualidade de informações de saúde, será necessário implementar mais guias e regras para os produtores de conteúdo na

área da saúde, de forma a evitar que se espalhe desinformação e vídeos com fraca qualidade de informação.

As limitações encontradas na realização deste estudo foram relativas à falta de bibliografia na área do estudo do YouTube e a literacia em saúde. Embora já haja estudos que investiguem a qualidade de vídeos de saúde no YouTube, este ainda é um tema pouco estudado. Para investigações futuras seria valioso considerar estudar os conteúdos de saúde no YouTube em língua portuguesa, e a forma como estes contribuem para a literacia em saúde, visto ser um tema pouco desenvolvido em Portugal e em países lusófonos.

Referências Bibliográficas

Afful-Dadzie, E., Afful-Dadzie, A., & Egala, S. B. (2023). Social media in health communication: A literature review of information quality. *Health Information Management Journal*, 52(1), 3-17.

Allgaier, J. (2013). On the shoulders of YouTube: Science in music videos. *Science Communication*, 35(2), 266-275.

Allgaier, J. (2016). YouTube Science: Wo Wissenschaft auf Populärkultur trifft. *Web Video Wissenschaft*.

Allgaier, J. (2020). Science and medicine on YouTube. *Second international handbook of Internet research*, 7-27.

American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs 1999, p. 553

Antheunis, M. L., Tate, K., & Nieboer, T. E. (2013). Patients' and health professionals' use of social media in health care: motives, barriers and expectations. *Patient education and counseling*, 92(3), 426-431.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.

Aspden, P., & Katz, J. E. (2001). Assessments of quality of health care information and referrals to physicians: a nationwide survey. *The Internet and health communication*, 99-106.

Balasundaram, P., & Santhanam, P. (2023, March 8). *Eating Disorders*. National Library of Medicine. Obtido a 20 de março de 2023 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/>.

Beautemps, J., & Bresges, A. (2021). What comprises a successful educational science YouTube video? A five-thousand user survey on viewing behaviors and self-perceived importance of various variables controlled by content creators. *Frontiers in Communication*, 5, 600595.

Binge eating disorder. National Eating Disorders Association. (2018, February 22).

Obtido a 21 de fevereiro de 2023 de <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>

Briones, R., Nan, X., Madden, K., & Waks, L. (2012). When vaccines go viral: an analysis of HPV vaccine coverage on YouTube. *Health communication, 27*(5), 478-485.

Burgess, J., & Green, J. (2009). YouTube e a revolução digital. São Paulo: Aleph, 24.

Burgess, J., & Green, J. (2018). YouTube: Online video and participatory culture. John Wiley & Sons.

Caleb T. Carr & Rebecca A. Hayes (2015) Social Media: Defining, Developing, and Divining, *Atlantic Journal of Communication, 23:1*, 46-65,

Canavilhas, J. (2010). O novo ecossistema mediático. *Revista Index Comunicación, (1)*, 13-24.

Carr, C. T., & Hayes, R. A. (2015). Social media: Defining, developing, and divining. *Atlantic journal of communication, 23*(1), 46-65.

Cardoso, G. (2009). Da comunicação em massa à comunicação em rede: modelos comunicacionais e a sociedade de informação. *Da comunicação de massa à comunicação em rede, Porto, Porto Editora*, 15-66..

Cardoso, P. R., Jóluskin, G., & Silva, I. (2021). A promoção da saúde através das redes sociais: Uma análise de boas práticas. *Comunicação Pública, Vol.16 no 30*, Article Vol.16 no 30.

Chan, C. V., Matthews, L. A., & Kaufman, D. R. (2009). A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth literacy. In *amiA annual symposium proceedings* (Vol. 2009, p. 86). American Medical Informatics Association.

Comissão de Tecnologias de Informação em Saúde do Health Parliament Portugal. (2017). 88% de portugueses pesquisa sobre saúde na Internet - TV Europa. Obtido a 19 de outubro de 2022 de <https://www.tveuropa.pt/noticias/88-de-portugueses-pesquisa-sobre-saude-na-internet/>

Comissão das Comunidades Europeias (2007), Comunicação da Comissão ao

Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões: uma Abordagem Europeia da Literacia Mediática no Ambiente Digital.

Cooper, P. (2022, December 9). How the YouTube algorithm works in 2023: The Complete Guide. Social Media Marketing & Management Dashboard. Obtido a 25 de fevereiro de 2023 de <https://blog.hootsuite.com/how-the-youtube-algorithm-works/>

Creswell, J. W. (2014). Qualitative, quantitative and mixed methods approaches.

Crook, B., Stephens, K. K., Pastorek, A. E., Mackert, M., & Donovan, E. E. (2016). Sharing health information and influencing behavioral intentions: The role of health literacy, information overload, and the Internet in the diffusion of healthy heart information. *Health communication, 31*(1), 60-71.

de Oliveira, F., Goloni-Bertollo, E. M., & Pavarino, É. C. (2013). A Internet como fonte de Informação em Saúde. *Journal of Health Informatics, 5*(3).

del Fresno García, M., Daly, A. J., & Segado Sanchez-Cabezudo, S. (2016). Identifying the new Influences in the Internet Era: Social Media and Social Network Analysis. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, (153)*.

Dijk J. van. (2006). The network society : social aspects of new media (2nd ed.). SAGE. Obtido a 25 de outubro de 2022 de <http://site.ebrary.com/id/10256876>

DIRETIVA (UE) 2018/1808 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 14 de novembro de 2018 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32018L1808>

Dittmer, N., Jacobi, C., & Voderholzer, U. (2018). Compulsive exercise in eating disorders: proposal for a definition and a clinical assessment. *Journal of eating disorders, 6*(1), 1-9.

Diviani, N., van den Putte, B., Meppelink, C. S., & van Weert, J. C. M. (2016). Exploring the role of health literacy in the evaluation of online health information: Insights from a mixed-methods study. *Patient Education and Counseling, 99*(6), 1017–1025. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.007>

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). Literacia em saúde em Portugal. *Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian*, 96.

Garcia, A. C. F. (2020). *Internet use for searching ethical health information in Portugal: a cross sectional study* (Doctoral dissertation).

Ha, Louisa and Gi Woong Yun. 2014. “Digital Divide in Social Media Prosumption: Proclivity, Production Intensity, and Prosumer Typology among College Students and General Population.” *Journal of Communication and Media Research* 6(1): 25–44.”

Ha, L. (2018). *The audience and business of YouTube and online videos*. Lexington Books.

Hartley, J. (2012). *Digital futures for cultural and media studies*. John Wiley & Sons. Health On the Net (HON): Health On the Net Code of Conduct (HONcode). (sem data). Obtido a 11 de Junho de 2022, de <https://www.hon.ch/HONcode/>

Health On the Net, promotes transparent and reliable health information online through HONcode certification. (sem data). Health On the Net. Obtido a 11 de junho de 2022, de <https://www.hon.ch/en/>

Hen, J., & Wang, Y. (2021). Social media use for health purposes: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 23(5), e17917.

Hosch, W. (2022, Abril 28). YouTube | History, Founders, & Facts | Britannica. Britannica. <https://www.britannica.com/topic/YouTube>

Howard, P. N., & Parks, M. R. (2012). Social media and political change: Capacity, constraint, and consequence. *Journal of communication*, 62(2), 359-362.

Institute of Medicine Committee on Health Literacy. (2004). In L. Nielsen-Bohlman, A. M. Panzer & D. A. Kindig (Eds.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC):National Academies Press (US).

Instituto Nacional de Estatística (2018). *Sociedade da informação e do conhecimento*.

James, D. C., & Cedric Harville, I. I. (2016). Peer reviewed: eHealth literacy, online help-seeking behavior, and willingness to participate in mHealth chronic disease research among African Americans, Florida, 2014–2015. *Preventing chronic disease*, 13.

jawed. (2005). Me at the zoo. <https://www.youtube.com/watch?v=jNQXAC9IVRw>

Jenkins, H. (2006). Fans, bloggers, and gamers: Exploring participatory culture. nyu Press.

Jorm A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *e American Psychologist*, 67(3), 231–243.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4), 182-186.

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business horizons*, 53(1), 59-68.

Keefe, E. B., & Copeland, S. R. (2011). What is literacy? The power of a definition. *Research and practice for persons with severe disabilities*, 36(3-4), 92-99.

Keelan, J., Pavri-Garcia, V., Tomlinson, G., & Wilson, K. (2007). YouTube as a source of information on immunization: a content analysis. *jama*, 298(21), 2482-2484.

Kelly, L., Ziebland, S., & Jenkinson, C. (2015). Measuring the effects of online health information: Scale validation for the e-Health Impact Questionnaire. *Patient education and counseling*, 98(11), 1418-1424.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization (Eds.). (2013). Health literacy: The solid facts. World Health Organization Regional Office for Europe.

Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). Health literacy: a prescription to end confusion.

Kirsch IS. 2001. The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured.

Kocyigit, B. F., & Akaltun, M. S. (2019). Does youtube provide high quality information? assessment of secukinumab videos. *Rheumatology international*, 39(7), 1263–1268.

Lau, A. Y. S., Siek, K. A., Fernandez-Luque, L., Tange, H., Chhanabhai, P., Li, S. Y. W., ... & Eysenbach, G. (2011). The role of social media for patients and consumer health. *Yearbook of medical informatics*, 20(01), 131-138.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu* (Vol. 69). Paris: Presses universitaires de France.

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(8), 1643.

Levin-Zamir, D., Lemish, D., & Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health education research*, 26(2), 323-335.

Li, H. O. Y., Bailey, A., Huynh, D., & Chan, J. (2020). YouTube as a source of information on COVID-19: a pandemic of misinformation?. *BMJ global health*, 5(5), e002604.

Li, Y., Wang, X., Lin, X., & Hajli, M. (2018). Seeking and sharing health information on social media: A net valence model and cross-cultural comparison. *Technological Forecasting and Social Change*, 126, 28-40.

Lin WY, Zhang X, Song H, et al. (2016) Health information seeking in the Web 2.0 age: trust in social media, uncertainty reduction, and self-disclosure. *Computers in Human Behavior* 56: 289–294

Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, 103632.

Linn, A. J., van Weert, J. C., Gebeyehu, B. G., Sanders, R., Diviani, N., Smit, E. G., & van Dijk, L. (2019). Patients' online information-seeking behavior throughout treatment: the impact on medication beliefs and medication adherence. *Health communication*, 34(12), 1461-1468.

Madathil, K. C., Rivera-Rodriguez, A. J., Greenstein, J. S., & Gramopadhye, A. K. (2015). Healthcare information on YouTube: a systematic review. *Health informatics journal*, 21(3), 173-194.

Mihailidis, P., & Thevenin, B. (2013). Media literacy as a core competency for engaged citizenship in participatory democracy. *American Behavioral Scientist*, 57(11), 1611-1622.

Mohsin, M. (2022, Maio 17). 10 YouTube Statistics That You Need to Know in 2022. <https://www.oberlo.com/blog/youtube-statistics>

Monteiro, M. M. M. D. C. (2009). A literacia em saúde (Master's thesis).

Moretti, F. A., Oliveira, V. E. D., & Silva, E. M. K. D. (2012). Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(6), 650-658.

Most Popular Social Media Platforms in 2022. (2022, Abril 26). Shopify. <https://www.shopify.com/blog/most-popular-social-media-platforms>

Muhlheim, L. (2021, October 20). Excessive exercise: Could it be a symptom of an eating disorder? Verywell Mind. Obtido a 21 de fevereiro de 2023 de <https://www.verywellmind.com/excessive-exercise-eating-disorder-symptom-4062773>

Murugiah K, Vallakati A, Rajput K, Sood A, Challa NR (2011) YouTube as a source of information on cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 82(3):332–334

Mwandango, G. (2023, February 9). Short form video: The most powerful marketing tool Today. Reactionpower. Obtido a 25 de fevereiro de 2023 de <https://reactionpower.com/why-short-form-video-is-the-most-powerful-marketing-tool-today/#:~:text=Short%20Form%20Video%20and%20the,below%20that%20of%20a%20gold fish.>

Myocardial Infarction. *Clinical Cardiology*, 35(5), 281-285. doi: 10.1002/clc.21981

Nangsangna, R. D., & Vroom, F. D. C. (2019). Factors influencing online health information seeking behaviour among patients in Kwahu West Municipal, Nkawkaw, Ghana. *Online journal of public health informatics*, 11(2).

NHS. (2020, Dezembro 14). Overview - Binge eating disorder. NHS choices. Obtido a 13 de fevereiro de 2023 de <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/binge-eating/overview/>

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research*, 8(2), e506.

Nour, M. M., Nour, M. H., Tsatalou, O. M., & Barrera, A. (2017). Schizophrenia on YouTube. *Psychiatric Services*, 68(1), 70-74.

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International journal of public health*, 54, 303-305.

Obtenha informações acerca de conteúdo relacionado com a saúde — YouTube Ajuda. (sem data). Youtube Ajuda. Obtido 27 de Junho de 2022, de https://support.google.com/youtube/answer/9795167?hl=pt&ref_topic=10726886

Onder, M. E., & Zengin, O. (2023). Quality of healthcare information on YouTube: psoriatic arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 82(Suppl 1), 30-37.

Opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53, 59–68.

Osman, W., Mohamed, F., Elhassan, M., & Shoufan, A. (2022). Is YouTube a reliable source of health-related information? A systematic review. *BMC medical education*, 22(1), 1-12.

Pandey A, Patni N, Singh M, Sood A, Singh G (2010) YouTube as a source of information on the H1N1 influenza pandemic. *Am J Prev Med* 38(3):e1–e3

Pant, S., Deshmukh, A., Murugiah, K., Kumar, G., Sachdeva, R., & Mehta, J. L. (2012). Assessing the credibility of the “YouTube approach” to health information on acute myocardial infarction. *Clinical cardiology*, 35(5), 281-285.

Park, J., Chung, H., & Yoo, W. S. (2009). Is the Internet a primary source for consumer information search?: Group comparison for channel choices. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 16(2), 92-99

Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health promotion international*, 15(4), 277-283.

Perturbações alimentares. CUF. (n.d.). Obtido a 19 de janeiro de 2023 de <https://www.cuf.pt/saude-a-z/perturbacoes-alimentares>

Petre, A. (2022, May 18). Learn about 6 common types of eating disorders and their symptoms. Healthline. Obtido a 13 de fevereiro de 2023 <https://www.healthline.com/nutrition/common-eating-disorders#-1.-Anorexia-nervosa>

PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE - HEALTH LITERACY ACTION PLAN - PORTUGAL.(2019). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Purging. Cambridge Dictionary. (n.d.). Obtido a 21 de fevereiro de 2023 de <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/purging>

Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Health literacy. *National library of medicine current bibliographies in medicine. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.*

Roberts, M., Callahan, L., & O’Leary, C. (2017). Social media: A path to health literacy. *Information Services & Use, 37(2)*, 177-187.

Rodrigues, A. C. M., Lima, G. C. D., Coelho, L. O., Silva, L. D. O., Oliveira, S. A. D., & Torres, T. G. (2018). A internet como fonte de informação em saúde para pacientes de uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás.

Snickars, P., & Vonderau, P. (2009). *The youtube reader*. Kungliga biblioteket, p. 511.

Santos, F. M. dos. (2012). ANÁLISE DE CONTEÚDO: A VISÃO DE LAURENCE BARDIN. *Revista Eletrônica De Educação, 6(1)*, 383–387.

Sahin A, Sahin M and Turkcu FM (2019) YouTube as a source of information in retinopathy of prematurity. *Irish Journal of Medical Science 188(2)*: 613–617

Saini, P., (2020). Top benefits of social media in Healthcare. Webmedy. Obtido a 1 de novembro de 2022 de <https://webmedy.com/blog/top-benefits-of-social-media-in-healthcare/>

Saldaña, J. (2021). The coding manual for qualitative researchers. *The coding manual*

for qualitative researchers, 1-440.

Sampaio, R. C., & Lycarião, D. (2021). Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação.

Samy, M., Abdelmalak, R., Ahmed, A., & Kelada, M. (2020). Social media as a source of medical information during COVID-19. *Medical education online*, 25(1), 1791467.

Silva, I., & Jolluskin, G. (2017). Escala de e-Literacia em Saúde (EeLS): Contributo para a construção e validação de um instrumento de e-literacia em saúde. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 153-157.

Silverstone, R. (2004). Regulation, media literacy and media civics. *Media, Culture & Society*, 26(3), 440-449.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1-10.

Smith, A. (2015). U.S. Smartphone Use in 2015. Obtido a 16 de janeiro de 2022 de <http://www.pewinternet.org/2015/04/01/us-smartphone-use-in-2015/>

Song, H., Omori, K., Kim, J., Tenzek, K. E., Hawkins, J. M., Lin, W. Y., ... & Jung, J. Y. (2016). Trusting social media as a source of health information: online surveys comparing the United States, Korea, and Hong Kong. *Journal of medical Internet research*, 18(3), e4193.

Sood A, Sarangi S, Pandey A, Murugiah K (2011) YouTube as a source of information on kidney stone disease. *Urology* 77(3):558–562

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.

Soukup, Paul A. (2014). Looking at, through, and with YouTube. *Communication Research Trends*, 33(3), 3-34.

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 50(6), 633-640.

Statista Research Department (2022, August 11). Portugal: Users seeking medical

info online 2010-2021.Statista. Obtido a 7 de novembro
de 2022 de [https://www.statista.com/statistics/1236802/portugal-
internet-users-seeking-health-information-online/](https://www.statista.com/statistics/1236802/portugal-internet-users-seeking-health-information-online/)

Statista Research Department. (2020, Fevereiro 11). Portugal: Users seeking medical info online 2015-2020. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1236802/portugal-internet-users-seeking-health-information-online/>

Steinberg PL, Wason S, Stern JM, Deters L, Kowal B, Seigne J (2010) YouTube as source of prostate cancer information. *Urology* 75(3):619–622

Strangelove, M. (2010). *Watching YouTube: Extraordinary videos by ordinary people*. University of Toronto Press.

Sumayyia, M. D., Al-Madaney, M. M., & Almousawi, F. H. (2019). Health information on social media. Perceptions, attitudes, and practices of patients and their companions. *Saudi medical journal*, 40(12), 1294–1298.

Syed-Abdul, S., Fernandez-Luque, L., Jian, W. S., Li, Y. C., Crain, S., Hsu, M. H., ... & Liou, D. M. (2013). Misleading health-related information promoted through video-based social media: anorexia on YouTube. *Journal of medical Internet research*, 15(2), e30.

Szmerling, A. (2022, July 18). The influence of age and gender on eating disorders. Bayside Psychotherapy. Obtido a 25 de fevereiro de 2023 de <https://www.baysidepsychotherapy.com.au/blog/the-influence-of-age-and-gender-on-eating-disorders/>

The most spoken languages in the world. Berlitz. (n.d.). Obtido a 29 de março de 2023 de <https://www.berlitz.com/blog/most-spoken-languages-world>

Todd. (2022). *Five ways to identify problematic restrictive eating*. The Emily Program. Obtido a 21 de fevereiro de 2023 de <https://www.emilyprogram.com/blog/five-ways-to-identify-problematic-restrictive-eating/>

UNESCO Institute for Statistics (2008). *International literacy statistics: A review of concepts, methodology, and current data*, Montreal, Canada: UNESCO Institute for Statistics.

UNESCO. (2013, Abril 25). Literacy. UNESCO. <https://en.unesco.org/themes/literacy>

Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate medical journal*, 80(940), 67-71.

Vista do A INTERNET COMO FONTE DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE

PACIENTES. (sem data). Obtido a 11 de Junho de 2022 de

<http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/1679/1536>

Wang, Y. C., Khandregzen, D., Chuluunbaatar, E., Nguyen, P. A., & Liou, D. M. (2013). Misleading health-related information promoted through video-based social media: anorexia on YouTube. *Journal of medical Internet research*, 15(2), e30.

Website certification guidelines. (sem data). Health On the Net. Obtido a 11 de Junho de 2022 de <https://www.hon.ch/en/guidelines-honcode.html>

Weiss, B. D. (2003). Health literacy. Chicago: *American Medical Association Foundation and American Medical Association 2003*.

World Health Organization (WHO) (1998) Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary.

Yan, Y. Y. (2010). Online health information seeking behavior in Hong Kong: An exploratory study. *Journal of Medical Systems*, 34(2), 147–153. <https://doi.org/10.1007/s10916-008-9226-9>

YouTube. (2023). YouTube. <https://www.youtube.com/>

YouTube Statistics 2022 [Users by Country + Demographics]. (2022). <https://www.globalmediainsight.com/blog/youtube-users-statistics/>

Anexos

Anexo A

Link	Título de Vídeo	Autoria	Likes	Visualizações	Porcentagem de Likes	Target (M/MM)	Duração do vídeo	GG5	JAMA	mDissem	Pontuação Total Qualidade	Temas mencionados
https://www.youtube.com/watch?v=38axd3q1038	Why are eating disorders so hard to treat? - Annes Bahj	Canais de educação	23000	661000	3,478576389	não médico	00:04	5	2	5	12	O que é, Causas, Sintomas, Tratamento
https://www.youtube.com/watch?v=48nK7AndP8	Five signs your child may have an eating disorder	Universidades e organizações profissionais de saúde	4300	281000	1,53024911	não médico	00:02	2	2	3	4	Sintomas
https://www.youtube.com/watch?v=7VZnGgDjyMo	An Eating Disorder Specialist Explains How Trauma Creates Food Disorders	Canais de educação	20000	873000	2,290960745	não médico	00:05	3	2	4	9	Causas, Tratamento
https://www.youtube.com/watch?v=MeSXh1BxJfE	Signs of an Eating Disorder	Websites de informação de saúde	4100	228900	1,790393013	não médico	00:04	4	2	2	8	O que é, Sintomas, Tratamento
https://www.youtube.com/watch?v=mmUJkafD4dQ	My Eating Disorder	Canais de entretenimento	77000	6200000	1,241935484	não médico	00:03	1	1	0	2	-
https://www.youtube.com/watch?v=U8YgCEswarE	Eating Disorders from the Inside Out: Laura Hill at TEDxColumbus	Canais de educação	8200	764000	1,073298429	não médico	00:18	5	1	2	8	O que é, Causas, Sintomas, Tratamento
https://www.youtube.com/watch?v=1GQ2uUZeYkA	EDNOS: Most Dangerous, Unheard of Eating Disorder Nightline ABC News	Programas de Televisão	30000	4700000	0,6362978723	não médico	00:08	4	2	1	7	O que é, Sintomas, Tratamento
https://www.youtube.com/watch?v=0DU1300d3XY	Anorexia Online: The sickening sites encouraging teenage eating disorders 60 Minutes Australia	Programas de Televisão	1600	58000	2,711864607	não médico	00:14	1	1	0	2	-
https://www.youtube.com/watch?v=ba1056uA8Cg	Taylor Swift Reveals Eating Disorder	Programas de Televisão	6600	510000	1,294117647	não médico	00:04	1	1	0	2	-
https://www.youtube.com/watch?v=untpj30AaYQ	Obsession with Instagram 'clean eating' trend turns into eating disorder 60 Minutes Australia	Programas de Televisão	24000	1800000	1,335333333	não médico	00:16	2	2	2	6	Causas
https://www.youtube.com/watch?v=baB5-J7Tnm8	What is an Eating Disorder?	Websites de informação de saúde	2400	151000	1,589403974	não médico	00:04	5	2	2	9	O que é, Causas, Sintomas, Tratamento
https://www.youtube.com/watch?v=mlPn18IEP3I	Strangers Connect Over Past Eating Disorder Struggles	Canais de entretenimento	18000	710000	2,535215268	não médico	00:08	1	2	1	4	-
https://www.youtube.com/watch?v=ml_Z-VZB-e	A Day in the Life of Anorexia Nervosa	Universidades e organizações profissionais de saúde	12000	892000	1,34529148	não médico	00:07	3	4	4	11	Causas, Sintomas
https://www.youtube.com/watch?v=6-Nd3P2v4	CDC: Eating disorders and health-related issues doubled among teenage girls during pandemic	Programas de Televisão	8	268	3,390226415	não médico	00:06	3	2	4	9	Causas, Tratamento
https://www.youtube.com/watch?v=7YybtHCC0B8	my eating disorder story	Utilizador independente	18000	313000	5,750798722	não médico	00:09	1	1	2	4	-
https://www.youtube.com/watch?v=5SR1mtpj3a8	6 types of Eating Disorders	Canais de educação	160000	4400000	3,636363636	não médico	00:04	3	2	5	10	O que é, Sintomas
https://www.youtube.com/watch?v=hd1YXp5Vng	A Day In The Life Of Identical Twins With Identical Eating Disorders	Programas de Televisão	18000	2800000	0,6428871428	não médico	00:02	1	2	0	3	-
https://www.youtube.com/watch?v=6Y23Ac-34	Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33	Canais de educação	63000	2900000	2,172413793	não médico	00:10	4	3	3	10	O que é, Causas, Sintomas
https://www.youtube.com/watch?v=ZaJATXUSeI	My Eating Disorder Story: Binge Eating	Utilizador independente	22000	723000	3,042876902	não médico	00:28:05	1	2	1	4	-
https://www.youtube.com/watch?v=H28kmrTSY	How an eating disorder affects the way a person thinks	Universidades e organizações profissionais de saúde	3500	212000	1,650943396	não médico	00:02	2	2	4	8	Sintomas
https://www.youtube.com/watch?v=6Mppq3uCuR00	Anorexia Recovery Story: How I Survived An Eating Disorder	Programas de Televisão	9300	532000	1,748120301	não médico	00:07	1	1	1	3	-
https://www.youtube.com/watch?v=1R5wdtPEU	How do I tell if I have an eating disorder?	Universidades e organizações profissionais de saúde	3200	164000	1,951219512	não médico	00:03	3	2	3	8	Causas, Sintomas
https://www.youtube.com/watch?v=6Esv8lCuVo	An Eating Disorder isn't Just a Girl Thinking She Looks Fat Peyton Crest TEDxYouth@BrisbaneKHS	Canais de educação	2100	75000	2,8	não médico	00:15	1	2	1	4	-
https://www.youtube.com/watch?v=6uJGqy5T30k	Parents Say Their 11-Year-Old Daughter Is Battling an Eating Disorder	Programas de Televisão	1000	43000	1,587301587	não médico	00:04	1	1	0	2	-
https://www.youtube.com/watch?v=Njx6Yj1eB8k	MY EATING DISORDER STORY (WITH PICTURES) MY HEALTH STORY #002 HOLLY GABRIELLE	Utilizador independente	14000	944000	1,483090847	não médico	00:21	1	1	1	3	-
https://www.youtube.com/watch?v=6j32P37heI	I Challenged My Eating Disorder For 60 Days	Canais de entretenimento	14000	323000	4,334365325	não médico	00:16	1	1	1	3	-
https://www.youtube.com/watch?v=6yUjZPwG4UE	3 Reasons You Don't Want to Recover from an Eating Disorder	Profissional de Saúde	3400	88000	3,863636364	não médico	00:08	1	1	2	4	-
https://www.youtube.com/watch?v=hbJkGqGQ34	Eating disorder patients in larger bodies dismissed by doctors ABC News	Programas de Televisão	45	3200	1,40625	não médico	00:04	1	1	0	2	-
https://www.youtube.com/watch?v=51Tb8Rms5IQ	How an eating disorder develops: Madi O'Dell's story	Universidades e organizações profissionais de saúde	3000	348000	0,8625689656	não médico	00:03	1	2	1	4	-
https://www.youtube.com/watch?v=1teocJB24	Demi Lovato Gest Candk About Her Eating Disorder Struggle	Programas de Televisão	112000	3500000	3,2	não médico	00:05	1	1	0	2	-
		Soma:	677754	35216465				04:21				

Anexo B

Título do Vídeo	Global Quality Scale (Selecionar a opção mais apropriada)					Pontuação
	Fraca qualidade, fraco flow do vídeo, maioria da informação em falta, não útil para o paciente. (1 ponto)	Na generalidade a qualidade é má, o flow é fraco, alguma informação está presente mas muitos tópicos importantes estão em falta. Utilidade muito limitada para os pacientes. (2 pontos)	Qualidade moderada, subótimo, algumas informações são adequadamente discutidas mas outras informações são inadequadamente discutidas. De alguma forma útil para o paciente. (3 pontos)	Boa qualidade, bom flow, a maioria da informação está presente mas alguns tópicos não estão presentes. Útil para os pacientes. (4 pontos)	Excelente qualidade e flow, muito útil para os pacientes. (5 pontos)	
Why are eating disorders so hard to treat? - Anes Bahji					x	5
Five signs your child may have an eating disorder		x				2
An Eating Disorder Specialist Explains How Trauma Creates Food Disorders			x			3
Signs of an Eating Disorder				x		4
My Eating Disorder	x					1
Eating Disorders from the Inside Out: Laura Hill at TEDxColumbus				x		5
EDNOS: Most Dangerous, Unheard of Eating Disorder Nightline ABC News				x		4
Anorexia Online: The sickening sites encouraging teenage eating disorders 60 Minutes Australia	x					1
Taylor Swift Reveals Eating Disorder	x					1
Obsession with Instagram 'clean eating' trend turns into eating disorder 60 Minutes Australia		x				2
What is an Eating Disorder?					x	5
Strangers Connect Over Past Eating Disorder Struggles	x					1
A Day in the Life of Anorexia Nervosa			x			3
CDC: Eating disorders and health-related issues doubled among teenage girls during pandemic			x			3
my eating disorder story	x					1
6 types of Eating Disorders			x			3
A Day in The Life Of Identical Twins With Identical Eating Disorders	x					1
Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33				x		4
My Eating Disorder Story: Binge Eating	x					1
How an eating disorder affects the way a person thinks		x				2
Anorexia Recovery Story: How I Survived An Eating Disorder	x					1
How do I tell if I have an eating disorder?			x			3
An Eating Disorder isn't Just a Girl Thinking She Looks Fat Peyton Crest TEDxYouth@MinnetonkaHS	x					1
Parents Say Their 11-Year-Old Daughter is Battling an Eating Disorder	x					1
MY EATING DISORDER STORY (WITH PICTURES) MY HEALTH STORY #002 HOLLY GABRIELLE	x					1
I Challenged My Eating Disorder For 60 Days	x					1
8 Reasons You Don't Want to Recover from an Eating Disorder	x					1
Eating disorder patients in larger bodies dismissed by doctors ABC News	x					1
How an eating disorder develops: Madi O'Dell's story	x					1
Demi Lovato Gest Candid About Her Eating Disorder Struggle	x					1

Anexo C

Título do Vídeo	JAMA (É atribuído 1 ponto a cada critério)				Total
	Autoria: As credenciais do autor e do contribuidor devem ser fornecidas. (1 ponto)	Atribuição: Referências e recursos para o conteúdo devem ser listados claramente assim como as informações de direitos de autor referidas. (1 ponto)	Transparência: A informação acerca do proprietário do website devem estar listadas claramente assim como os patrocinadores, as publicidades, subscrições, financiamentos comerciais ou apoios e potenciais conflitos de interesse. (1 ponto)	Atualidade: As datas das publicações devem ser fornecidas. (1 ponto)	
Why are eating disorders so hard to treat? - Anes Bahji	1	0	0	1	2
Five signs your child may have an eating disorder	1	0	0	1	2
An Eating Disorder Specialist Explains How Trauma Creates Food Disorders	1	0	0	1	2
Signs of an Eating Disorder	1	0	0	1	2
My Eating Disorder	0	0	0	1	1
Eating Disorders from the Inside Out: Laura Hill at TEDxColumbus	0	0	0	1	1
EDNOS: Most Dangerous, Unheard of Eating Disorder Nightline ABC News	1	0	0	1	2
Anorexia Online: The sickening sites encouraging teenage eating disorders 60 Minutes Australia	0	0	0	1	1
Taylor Swift Reveals Eating Disorder	0	0	0	1	1
Obsession with Instagram 'clean eating' trend turns into eating disorder 60 Minutes Australia	1	0	0	1	2
What is an Eating Disorder?	1	0	0	1	2
Strangers Connect Over Past Eating Disorder Struggles	1	0	0	1	2
A Day in the Life of Anorexia Nervosa	1	1	1	1	4
CDC: Eating disorders and health-related issues doubled among teenage girls during pandemic	1	0	0	1	2
my eating disorder story	0	0	0	1	1
6 types of Eating Disorders	0	1	0	1	2
A Day in The Life Of Identical Twins With Identical Eating Disorders	1	0	0	1	2
Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33	1	0	1	1	3
My Eating Disorder Story: Binge Eating	1	0	0	1	2
How an eating disorder affects the way a person thinks	1	0	0	1	2
Anorexia Recovery Story: How I Survived An Eating Disorder	0	0	0	1	1
How do I tell if I have an eating disorder?	1	0	0	1	2
An Eating Disorder isn't Just a Girl Thinking She Looks Fat Peyton Crest TEDxYouth@MinnetonkaHS	1	0	0	1	2
Parents Say Their 11-Year-Old Daughter is Battling an Eating Disorder	0	0	0	1	1
MY EATING DISORDER STORY (WITH PICTURES) MY HEALTH STORY #002 HOLLY GABRIELLE	0	0	0	1	1
I Challenged My Eating Disorder For 60 Days	0	0	0	1	1
8 Reasons You Don't Want to Recover from an Eating Disorder	0	0	0	1	1
Eating disorder patients in larger bodies dismissed by doctors ABC News	0	0	0	1	1
How an eating disorder develops: Madi O'Dell's story	1	0	0	1	2
Demi Lovato Gest Candid About Her Eating Disorder Struggle	0	0	0	1	1

Anexo D

Título do Vídeo	mDiscern (1 ponto para "Sim" e 0 pontos para "Não")					Total
	O objetivo do vídeo é claro e compreensível?	Foram utilizadas fontes de informação confiáveis? (ex.: publicações citadas, o orador é profissional da área)	A informação apresentada é equilibrada e imparcial?	Estão apresentadas fontes adicionais de informação para referência dos visualizadores?	São mencionadas áreas de controvérsia e incerteza?	
Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji	Sim	Sim (o orador é profissional na área)	Sim	Sim	Sim	5
Five signs your child may have an eating disorder	Sim	Sim (médica)	Sim	Não	Não	3
An Eating Disorder Specialist Explains How Trauma Creates Food Disorders	Sim	Sim (therapist)	Não	Sim	Sim	4
Signs of an Eating Disorder	Sim	Não	Sim	Não	Não	2
My Eating Disorder	Não	Não	Não	Não	Não	0
Eating Disorders from the Inside Out: Laura Hill at TEDxColumbus	Sim	Sim (orador profissional)	Não	Não	Não	2
EDNOS: Most Dangerous, Unheard of Eating Disorder Nightline ABC News	Sim	Não	Não	Não	Não	1
Anorexia Online: The sickening sites encouraging teenage eating disorders 60 Minutes Australia	Não	Não	Não	Não	Não	0
Taylor Swift Reveals Eating Disorder	Não	Não	Não	Não	Não	0
Obsession with Instagram 'clean eating' trend turns into eating disorder 60 Minutes Australia	Sim	Não	Não	Não	Sim	2
What is an Eating Disorder?	Sim	Não	Sim	Não	Não	2
Strangers Connect Over Past Eating Disorder Struggles	Não	Não	Não	Não	Não	1
A Day in the Life of Anorexia Nervosa	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4
CDC: Eating disorders and health-related issues doubled among teenage girls during pandemic	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	4
my eating disorder story	Sim	Não	Não	Sim	Não	2
6 types of Eating Disorders	Sim	sim	Sim	Sim	sim	5
A Day In The Life Of Identical Twins With Identical Eating Disorders	Não	Não	Não	Não	Não	0
Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33	Sim	Não	Sim	Não	Sim	3
My Eating Disorder Story: Binge Eating	Sim	Não	Não	Não	Não	1
How an eating disorder affects the way a person thinks	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	4
Anorexia Recovery Story: How I Survived An Eating Disorder	Sim	Não	Não	Não	Não	1
How do I tell if I have an eating disorder?	Sim	Sim	Sim	Não	Não	3
An Eating Disorder isn't Just a Girl Thinking She Looks Fat Peyton Crest TEDxYouth@MinnetonkaHS	Não	Não	Não	Não	Sim	1
Parents Say Their 11-Year-Old Daughter Is Battling an Eating Disorder	Não	Não	Não	Não	Não	0
MY EATING DISORDER STORY (WITH PICTURES) MY HEALTH STORY #002 HOLLY GABRIELLE	Sim	Não	Não	Não	Não	1
I Challenged My Eating Disorder For 60 Days	Sim	Não	Não	Não	Não	1
8 Reasons You Don't Want to Recover from an Eating Disorder	Sim	Sim	Não	Não	Não	2
Eating disorder patients in larger bodies dismissed by doctors ABC News	Não	Não	Não	Não	Não	0
How an eating disorder develops: Madi O'Dell's story	Sim	Não	Não	Não	Não	1
Demi Lovato Gest Candid About Her Eating Disorder Struggle	Não	Não	Não	Não	Não	0

Anexo E

Transcrição vídeos com classificação igual ou superior a 10

Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji

Globally, about 10% of people will experience an eating disorder during their lifetime. And yet, eating disorders are profoundly misunderstood.

Misconceptions about everything from symptoms to treatment, make it difficult to navigate an eating disorder or support someone you love as they do so.

So let's walk through what is— and isn't— true about eating disorders.

First, what is an eating disorder? Eating disorders are a range of psychiatric conditions characterized by these main patterns of behavior: restricting food intake, bingeing, or rapidly consuming large amounts of food, and purging or eliminating calories through vomiting, laxatives, excessive exercise, and other harmful means.

An eating disorder can involve any one or any combination of these behaviors. For example, people living with anorexia usually restrict the amount of food they eat, while bulimia nervosa is an eating disorder characterized by recurrent binges and purges.

Importantly, these behaviors determine whether someone has an eating disorder. You can't tell whether someone has an eating disorder from their weight alone. People who weigh what medical professionals might consider a healthy range can have eating disorders, including severe ones that damage their long-term health in invisible ways, including osteoporosis, anemia, heart damage, and kidney damage.

Just as we can't tell whether someone has an eating disorder based on their weight alone, we can't get rid of these disorders simply by eating differently. That's because eating disorders are, at their core, psychiatric illnesses.

From what we understand, they involve a disruption to someone's self-perception. Most people who experience them are severely critical of themselves and report many self-perceived flaws.

They may use eating to try to regain some control over an internal sense of chaos. We still don't know exactly what causes eating disorders. There likely isn't a single cause, but a combination of genetic and environmental risk factors that contribute.

Sometimes, other mental illnesses— like depression or anxiety— can cause symptoms of eating disorders. In addition, certain psychological factors, such as perfectionism and body image dissatisfaction, are risk factors for eating disorders.

Several social factors contribute, too, including internalized weight stigma, exposure to bullying, racial and ethnic assimilation, and limited social networks. Although there is a common misconception that only women experience eating disorders, people of all genders can be affected. As these disorders intimately affect the development of one's identity and self-esteem, people are particularly vulnerable to developing them during adolescence.

Although these are among the most challenging psychiatric disorders to treat, effective therapies and interventions exist, and many people who receive treatment make a full recovery. Treatment has a higher chance of success the earlier it starts after someone develops disordered eating behaviors. But unfortunately, less than half of people with an eating disorder will seek and receive treatment.

Because of the complex effects of eating disorders on both the body and the mind, treatment usually includes a combination of nutritional counseling and monitoring, psychotherapy, and in some cases, medications.

Evidence-based psychotherapies exist as treatments for most eating disorders, including cognitive-behavioral therapy and family-based therapy. These are talk-therapies that help people gain the skills to deal with underlying psychological problems that drive eating disorder symptoms.

Because not all patients will respond to these treatments, researchers are also investigating treatments outside of psychotherapy, such as transcranial magnetic stimulation. Proper treatment can reduce the chances of dying from a severe eating disorder. Eating disorders can

provoke a powerful sense of powerlessness, but education for individuals, families, and communities helps erode the stigma and improve access to treatment.

A Day in the Life of Anorexia Nervosa

Aproximately 1 million Canadians are diagnosed with an eating disorder including: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. They are caused by environmental factors, social factors and biological factors

The symptoms of AN are associated with and individual's underlying sense of powerlessness in the face of life's stressors and a general lack of control. When the body is malnourished, protein store in the body get depleted. From a lack of nutrients, the hair growth cycle is disrupted and hair falls out

Individuals with AN use extreme methods to control their weight. Wearing baggy clothes is common because the mental disorder destroys one's self-image and to cover perceived weight loss or gain Therefore constant weighing enables them to determine if they have successfully controlled their weight.

Obsessive mirror checking is common behavior among individuals with AN. Individuals check for perceived flaws of appearance whether a "deformity" has become worse or to ease their fears about how they think they look. This ritual can leave individuals obsessing in front of the mirror anywhere between 10 minutes to multiple hours several times a day. This interferes with daily living, as individuals go to extreme lengths to hide perceived flaws of appearance resulting in social withdrawal.

Individuals with AN typically experience social withdrawal form usual friends and activities as they become more isolated and secretive about their condition

Individuals with AN often spend a great deal of time counting calories. Consuming fewer calories than the amount needed to fuel daily activities will cause fat to be burned, contributing to fast weight loss.

Food restrictions among individuals with AN is very common and is regarded as a goal oriented behavior. Individuals will restrict food intake by limiting the amount of food they eat, eliminating whole categories of food (e.g. carbohydrates) or by cutting back on the frequency of meals or snacks (e.g. skipping meals).

Food rituals are common among individuals with AN. These are often compulsive behaviors in which a person interacts with food that produces anxiety when not followed. Many rituals make it less stressful to eat food. have the purpose of making one full before the meal is finished or purposely discourage the desire to eat particular foods in the future.

Not all rituals are created equal; they are personalized to the individual. Some of these behaviors include taking abnormally small bites of food, chewing excessively, eating in a circular pattern, ensuring foods do not touch, and eating one food group at a time, among others. Food rituals become ritualistic and problematic when the absence of them cause anxiety. These feelings can lead to further eating disordered behavior, such as restriction, bingeing or purging.

Excessive exercise is characteristic in multiple types of eating disorders. It is most common in AN, with 40/80% of individuals exhibiting this behavior. This behavior is often described as compulsive. Physical signs of fatigue are ignored as individuals continue to exercise despite being physically ill and low energy.

Excessive exercise is characterized by any of the following. Exercise that interferes with important tasks. Exercise that exceeds three hours per day and causes distress if the individual were unable to exercise. Frequent exercise at inappropriate times and places with no attempt to stop. Exercising despite serious injury, illness or medical complications. Exercising beyond the amount of calories consumed that day Excessive exercise can cause a number of physical issues both long-term and short-term.

Short-term issues include dehydration, fatigue, chronic back pain, injuries (e.g. spine splints), strains and sprains, and stress fractures, among others. Long-term complications include osteoporosis, degenerative arthritis, inability to menstruate, reproductive issues and heart issues, among others.

Mood swings are common in individuals with AN. Many experience major changes in mood, as well as personality, going from happy and energetic to listless in a matter of hours. Imbalances in hormones such as serotonin, dopamine, oxytocin, cortisol and leptin can explain these behaviors. Since hormones regulate mood, appetite, motivation and behavior, abnormal levels can lead to mood swings, anxiety and depression.

In fact, individuals diagnosed with AN often have symptoms of other conditions as well including depression, anxiety, hyperactivity, perfectionism and impulsivity.

6 Types of Eating Disorders

The six types of eating disorders. One of the most common misconceptions about eating disorders are that they only affect women. According to a survey conducted by Self magazine and the University of North Carolina, 65 percent of American women between the ages of 25 and 45 have reported taking part in unhealthy eating behaviors. However, roughly 1 in 3 men are also affected by this deadly psychological disorder.

At the age of twelve, I experienced an eating disorder that made me never look at food the same way. I was always a nervous child, but I had a heavy breakdown when I couldn't keep up with all the changes thrown my way. I started middle school, and had trouble making new friends. That same year, my father also left to start a new career in another country.

Everything spiraled out of control and soon my body began to reject food the way it rejected the harsh reality. Luckily, I'm a survivor of my eating disorder. I learned not to let it define me, and neither should you if you're currently going through a similar battle.

The purpose of making THIS video, is to inform others about eating disorders and break the stereotypes that make it hard to talk about. Here are six types of eating disorders. One: Avoidant or restrictive food intake disorder According to Alina Petre, a registered dietitian, people with this kind of eating disorder under-eat due to a lack of interest in food, or intense distaste for how certain foods look, or smell, or taste.

They may lose weight, or experience nutritional deficiency due to eating less than is necessary for maintaining a healthy diet I remember avoiding parties and other social events that would

involve celebration meals. Eating in front of others was genuinely a painful process for me, so I'd hide in the girl's bathroom during lunch period everyday until it was over.

Two: Anorexia Nervosa

This is the type everyone usually first thinks of when they hear the term "eating disorder". People with anorexia nervosa are obsessed with perfecting their body image. They like to remain in control by limiting the amount of calories they consume, to achieve their ideal body shape. Even when they are severely underweight, people with this disorder have a hard time recognizing it. Driven by their obsessive compulsive behaviors, they adapt distorted self perception and have dangerously high expectations.

Three: Bulimia Nervosa

People with this type of eating disorder indulge in a large amount of food, and make themselves purge shortly after. Purging gives them a sense of relief, and similarly to anorexia nervosa, this helps them feel like they're in control of their own bodies. It may be hard for others to spot those with bulimia nervosa, because they might be able to maintain a normal weight.

Four: Binge eating disorder

People who binge eat, consume a large amount of food on a day to day basis. They often exceed the suggested daily calorie intake, and are usually overweight or obese. People with binge eating disorder often feel ashamed of themselves and do not feel in control of their bodies. If people with this type of disorder do not seek treatment, they can run the risk of developing heart disease and diabetes.

Five: Pica

Pica is an eating disorder in which the individual consumes non-food items. Such as: rocks, paper, and hair. Although the causes of it are unknown, researchers hypothesize that it can be influenced by factors such as stress, developmental disorders, and low socio-economic status. Most often though, pica is reported alongside nutritional deficiency. Like any consumption of non-food items, pica has the risk of infections, and poisoning.

Six: Nocturnal sleep-related eating disorder

This type of eating disorder occurs when individuals unknowingly eat in their sleep. They may roam in their kitchen cabinets and fridge, or eat straight in bed. According to Healthy Place, some people have reported eating strange combinations of food. Such as hot dogs dipped in peanut butter. This type of eating disorder affects one to three percent of the world's general population.

Have you experienced ANY of these disorders?

Please share your story with us below, we want you to know that you're not alone, and there are ways to seek treatment. In our description box below, We've provided some helpful sources for you.

If you have any specific topic requests you'd like to explore, please let us know as well with a comment. Also please be sure to subscribe to our channel for more helpful tips, and share this video with others.

With your help, we can reach more people to spread awareness on mental health issues. Thanks for watching.

Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33

When Lauren was fifteen years old, her family moved across the country and she started going to a new school. Already shy, Lauren suffered from low self-confidence and had a hard time transitioning; nothing felt right and soon her changing body became a source of insecurity. Eventually, she began thinking that maybe if she lost weight and focused on fitness, she'd make more friends and feel better about herself and life would get better. Soon she became obsessed with dieting and it quickly spiraled into her subsisting only on rice cakes and apples and candy corn and celery.

She like this new feeling of control every time she stood on the scale and saw a lower number. She was achieving something, and that made her feel good. Soon, she thought of nothing else.

But what Lauren couldn't see was that she was no longer healthy. Even when her hair started falling out and her skin grew dry and cracked, and when she could never get warm. When she looked in the mirror, she still saw a chubby girl. Her family, though, did notice, and yet, at a visit to the doctor, she was just told to eat more. She didn't. One day while jogging, she had a heart attack and collapsed.

As a teenager, she was 5'7" and weighed eighty-two pounds. Lauren was finally admitted to a psychiatric hospital where she was treated for anorexia nervosa. She was put on bed rest, saw a therapist twice a week, joined a support group and slowly began eating small amounts of food again. Her recovery was slow but, with the support of her family and doctors, she was released eight months later. Though Lauren suffered a few relapses over the years, she is now healthy.

Ultimately, she was lucky. Anorexia, bulimia, and other eating and body dysmorphic disorders can kill. Eating disorders are among the deadliest psychological disorders, with some of the highest rates of death directly attributable to the illness. They slowly ruin the body, but, in order for these conditions to be recognized and treated successfully, they have to be understood as disorders of the mind.

Here's some scary figures: According to the National Eating Disorder Association, forty-two percent of first to third grade girls want to be thinner; eighty-one percent of ten year olds are afraid of being fat; over half of teenage girls and nearly a third of teenage boys have used troubling weight control methods like fasting, skipping meals, smoking, vomiting, or taking laxatives. The rate of new cases of eating disorders in Western culture has been increasing since the 1950's, and today in the US, an estimated twenty million women and ten million men have suffered from a clinically significant eating disorder at some point in their lives.

But get this straight: we're not talking about fad diets or lifestyle choices spurred by vanity. Eating disorders are psychological illnesses that often come with serious consequences. These disorders tend to fall into three main categories: anorexia, bulimia, and binge eating disorders. Those suffering from anorexia nervosa, most often adolescent females, essentially maintain a starving diet and, eventually, an abnormally low body weight. As in Lauren's case, anorexia can begin as a diet that quickly spirals out of control as a person becomes obsessed with continued weight loss, all while still feeling overweight.

Our old friend, the DSM V, actually delineates two sub types of the disorder. The first involves restriction, which usually consists of an extremely low-calorie diet, excessive exercise, or purging, like vomiting or the use of laxatives. The second type is the binge/purge sub type, which involves episodes of binge eating combined with the restriction behavior. As you can easily imagine, the physiological effects of this psychological condition can be devastating.

As the body is denied crucial nutrients, it slows down to conserve what little energy it has, often resulting in abnormally slow heart rate, loss of bone density, fatigue, muscle weakness, hair loss, severe dehydration, and an extremely low body mass index. And it's that low body mass that's the defining characteristic of anorexia nervosa - a refusal to maintain a weight at or above what would normally be considered minimally healthy. If this condition persists, of course, it can be deadly, which is why anorexia has what's often estimated to be the highest mortality rate of any psychiatric disorder.

That might surprise you, given the host of troubling disorders we've already covered here on Crash Course Psychology, but mortality rates associated with, say, major depression or PTSD or schizophrenia tend to be the result of secondary behavior, like suicide. But with anorexia, the mortality rate is especially high because people can die as a direct result of extreme weight loss and physiological damage.

Another common eating disorder is bulimia nervosa. While anorexia is characterized primarily by the refusal to maintain a minimal body weight, bulimia is not. People with bulimia tend to maintain an apparently normal, or at least minimally healthy, body weight, but alternate between binge eating, followed by fasting or purging, often by vomiting or using laxatives.

A bulimic body may not be as obviously underweight as an anorexic one, but that addictive cycle of bingeing and purging can seriously damage the whole digestive system, leading to irregular heartbeat, inflammation of the esophagus and mouth, tooth decay and staining, irregular bowel movements, peptic ulcers, pancreatitis, and other organ damage.

Sometimes the two diagnoses can be difficult to discern, especially because someone may shift back and forth between anorexic diagnostic features and bulimic diagnostic features. The DSM V recently added a third category called binge-eating disorder, which is marked by significant

binge-eating, followed by emotional distress, feelings of lack of control, disgust, or guilt, but without purging or fasting.

Although sometimes triggered by stress or a need for, or lack of, control, the presence of an eating disorder is not a tell-tale sign of childhood sexual abuse, as was once commonly thought. Instead, these disorders are often predictive indicators of a person's feelings of low self-worth, need to be perfect, falling short of expectations, and concern with others perceptions.

Although the prevalence of bulimia and binge-eating is similar among ethnic groups in the United States, anorexia is much more common among white women, often of higher socioeconomic status. But the prevalence of these disorders is rising in males, too.

Today, between ten and twenty percent of people diagnosed with eating disorders are men who feel the same pressure to attain what they imagine is physical perfection, and that's worth noting.

These disorders have strong cultural and gender components; the so-called "ideal standard of beauty" varies wildly across cultures and time, and thinness is far from a universal desire, especially in countries where malnutrition and starvation are problems. But in the Western world, and increasingly in other countries, thinness is a common pursuit. And being bombarded with images of unrealistically slender models and jacked celebrities has increased many people's dissatisfaction, or even shame and disgust, with their own bodies.

These are all attitudes that can contribute to eating disorders. Some people have even had plastic surgery to look more like Beyonce, or J-Lo, or...Barbie. When taken to extremes, this kind of behavior starts inching into the realm of body dysmorphic disorder. Body dysmorphic disorder is another psychological illness, one that centers on a person's obsession with physical flaws - either minor or just imagined. Those suffering from this disorder often obsess over their appearance, often staring into mirrors for hours, and feel distressed or ashamed by what they see.

Although it's often lumped in with the eating disorders, our growing understanding of body dysmorphia suggests that it actually shares some traits with obsessive-compulsive disorder,

particularly the obsession with some imagined bodily perfection and the compulsion to check oneself over and over to discern perceived flaws.

Not surprisingly, BDD and OCD may share some similar neurophysiological features, although that's still being researched. People suffering from BDD may exercise excessively, groom themselves excessively, or seek out extreme cosmetic procedures, but, unless treated, they usually remain critical and unsatisfied with their looks, to the point of fearing that they have a deformity.

People with BDD may suffer from anxiety and depression, start avoiding social situations, and stay home for fear that others will notice and judge their appearance negatively. Obviously, this causes a lot of emotional distress and dysfunction. Some bodybuilders suffer from a particular type of BDD called muscle dysmorphia, sort of the opposite of anorexia, where they become obsessed with the notion that they aren't muscular enough, even if they're ripping shirts like the Hulk.

And again, this isn't mere vanity; people suffering from body dysmorphia disorder look in the mirror and often see a distorted, even grotesque, image in their reflection. So, how do these disorders come about?

Well, to be honest, we still have a lot of dots to connect. Neurologically, there are a few compelling clues. In the case of eating disorders, for example, research has long suggested that neurotransmitters like serotonin and dopamine may play a role. Dopamine is involved in regions of the brain connected to hunger and eating, like the hypothalamus and nucleus accumbens, and some research has found that binge eating appears to alter the regulation of dopamine production in a way that can reinforce further bingeing. The result is a neurological pattern that can resemble drug addiction, although the addiction comparison is still pretty controversial. Genetics appear to play a role, too, as there seems to be increased risk among genetic relatives with eating disorders as compared to controls.

But a lot of attention is also being paid to environmental and familial factors, particularly the behavioral modeling and learning processes that shape how we think about ourselves and our bodies. Specifically, children who grow up observing problematic or unhealthy eating behavior in parents may be at higher risk for developing an eating disorder.

And explicitly learning unreasonable or unhealthy values about your weight or your shape from your family, and from your peers, can have a powerful effect. Eating and body dysmorphic disorders are serious business, but they are treatable and perhaps even preventable.

If cultural learning contributes to how we eat and how we want to look, then maybe education can help increase our acceptance of our own appearance and be more accepting of others. Today, you learned about the symptoms and sub types of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder, as well as various types of body dysmorphic disorder, and some of the physiological and environmental roots of these conditions.

Thank you for watching, especially to all of our Subbable subscribers. This episode of Crash Course Psychology was co-sponsored by Subbable subscriber Matthew Woolsey and by Rich Brown of Beach Ready Auto Repair in Outer Banks, North Carolina.

To find out how you can become a co-sponsor for one of our videos, just go to subbable.com/crashcourse. This episode was written by Kathleen Yale, edited by Blake de Pastino, and our consultant is Dr. Ranjit Bhagwat. Our director and editor is Nicholas Jenkins, the script supervisor and sound designer is Michael Aranda, and the graphics team is Thought Café.

Anexo F

Título do Vídeo	Categorias									
	Definição	Comportamentos	Sintomas	Causas	Consequências	Equívocos	Tratamento	Propósito	Registro	Aspectos Técnicos
Why are eating disorders so hard to treat? - Anees Bahji	- Variedade de doenças psiquiátricas.	- Restrição alimentar; - Compulsão alimentar; - "Purgação" - Exercício excessivo; - Preocupação excessiva com a aparência;	- Disrupção da auto-percepção. - Controle	- Causas desconhecidas; - Fatores psicológicos como perfeccionismo e insatisfação física; - Combinação de fatores de risco genéticos e ambientais; - Doenças mentais como depressão ou ansiedade; - Procura de controle. - Fatores sociais severos como estigma interno em relação ao peso, bullying, assimação racial ou étnica e vínculos sociais limitados.	- Efeitos no desenvolvimento de identidade e auto-estima; - Sentimento de impotência.	- Apenas mulheres têm DA**; - Peso determina existência de um DA; - Mudança na alimentação elimina DA.	- Combinação de aconselhamento nutricional, monitorização, psicoterapia e em alguns casos medicação; - Terapia cognitiva comportamental; - Terapia familiar; - Estimulação magnética transcraniana.	- Educar sobre como lidar com um distúrbio alimentar; - Educar sobre como ajudar outra pessoa com um distúrbio alimentar; - Mostrar o que é ou não verdade sobre DA.	- Factual; animado.	- Animação, produção profissional.
A Day in the Life of Anorexia Nervosa		- Restrição alimentar; - Exercício excessivo; - Preocupação excessiva com a aparência - Comportamentos obsessivos compulsivos; - Rituais alimentares;	- Sentimento de impotência face ao stress; - Controle; - Mudanças de humor; - Perda de peso rápida; - Ansiedade; - Isolamento social; - Depressão; - Hiperatividade; - Perfeccionismo; - Impulsividade	- Fatores Ambientais; - Fatores Sociais; - Fatores Biológicos.	- Isolamento social - Ansiedade; - Desidratação; - Fadiga; - Dores de costas crónicas; - Lesões; - Fraturas; - Osteoporose; - Artrite degenerativa; - Amenorreia; - Problemas reprodutivos; - Problemas cardíacos; - Queda de cabelo; - Desequilíbrio hormonal.			- Educar acerca da anorexia nervosa. - Mostrar sintomas e comportamentos de alguém que sofre de anorexia nervosa.	- Factual; formal.	- Gravação, POV encenado.
6 Types of Eating Disorders	- Distúrbio psicológico fatal.	- Restrição alimentar; - Compulsão alimentar; - Purgação; - Preocupação excessiva com a aparência; - Comportamentos obsessivos compulsivos; - Consumo de tens não alimentares; - Ingestão de alimentos durante o sono.	- Obsessão com o corpo; - Perfeccionismo - Sentimento de culpa; - Rejeição de comida; - Isolamento social; - Controle - Medo de comer em frente a outras pessoas. - Vergonha	- Causas desconhecidas; - Stress; - Distúrbios de desenvolvimento; - Baixo estatuto socioeconómico.	- Excesso de peso; - Obesidade; - Perda de peso; - Deficiências nutricionais - Magreza extrema; - Problemas cardíacos; - Diabetes; - Infecções; - Envenenamento; - Morte.	- Apenas mulheres têm DA.		- Informar acerca de DA. - Quebrar estereótipos. - Sensibilizar para questões de saúde mental; - Encorajar a procura de tratamento; - Diminuir o sentimento de solidão para quem sofre de DA.	- Animado; leve; psicol; factual.	- Animação, produção profissional
Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33	- Doença psicológica; - DA estão entre os distúrbios psicológicos mais fatais. - Distúrbios da mente.	- Restrição alimentar; - Compulsão alimentar; - Purgação - Exercício excessivo; - Preocupação excessiva com a aparência.	- Stress; - Sentimento de culpa; - Sentimento de nojo; - Controle.	- Fatores ambientais; - Fatores familiares; - Fatores genéticos; - Fatores culturais; - Componente de género - Stress. - Necessidade de controlo; - Modelagem comportamental. - Alterações na regulação da dopamina.	- Magreza extrema; - Frequência cardíaca irregular; - Perda de densidade óssea; - Fadiga; - Fraqueza muscular; - Perda de cabelo; - Desidratação severa; - IMC** extremamente baixo; - Danos no sistema digestivo; - Frequência cardíaca irregular; - Inflamação do esófago e da boca; - Perda de dentes; - Manchas nos dentes; - Movimentos intestinais irregulares; - Úlceras pépticas; - Pâncreas; - Danos em órgãos; - Pele seca; - Baixa temperatura corporal.	- DA não são dietas; - DA não são um estilo de vida; - DA não um sinal de abuso sexual na infância;	- Hospitalização; - Terapia; - Grupo de suporte.	- Educar para aumentar a aceitação à própria aparência e dos outros; - Educar sobre os sintomas, tipos e causas de distúrbios alimentares e distúrbios de morfologia corporal; - Educar para ajudar quem sofre deste distúrbio.	- Factual; animado; ...	[animações, gravado em estúdio, equipamento profissional etc...]
<p>Legenda: *Purgação = tradução literal do termo inglês purging referente ao ato de "eliminar" a comida ingerida através do vômito, uso de laxantes etc... **DA = Distúrbios Alimentares *** IMC = Índice de Massa Corporal</p>										