



UFSC

Artigo original

Letramento em saúde e autogerenciamento de pacientes em transição de cuidados

Health literacy and self-management of patients in care transition

Alfabetización en salud y autogestión de pacientes en transición de cuidados

Railca Teixeira Rocha¹ , Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes¹ ,
Luiz Humberto Vieri Piacezzi¹ , Andréa Fachini da Costa¹ ,
Ruth Esther Assayag Batista¹ , Cássia Regina Vancini Campanharo¹

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar o letramento em saúde e a disposição para o autogerenciamento de pacientes em transição de cuidados. **Método:** estudo transversal e analítico, desenvolvido entre janeiro e outubro de 2024, com adultos em programação de alta hospitalar. A coleta ocorreu em hospital de alta complexidade, por meio de instrumentos para caracterização sociodemográfica, avaliação do letramento em saúde (*Health Literacy Scale*) e mensuração da disposição para o autogerenciamento (*Patient Activation Measure - 22*). A análise baseou-se em estatística descritiva. **Resultados:** participaram 39 indivíduos, com idade média de 49,5 anos ($\pm 17,37$), majoritariamente homens, com ensino médio completo, presença de cuidadores, comorbidades e uso contínuo de medicamentos. Observou-se que 56,4% apresentaram letramento em saúde elevado e 84,6% maior predisposição para o autogerenciamento. **Conclusão:** os resultados evidenciam moderado letramento em saúde e alta disposição para o autogerenciamento, favorecendo decisões mais seguras, melhores resultados clínicos e continuidade do cuidado no domicílio.

Descritores: Enfermagem; Alta do Paciente; Cuidado Transicional; Letramento em Saúde; Autocuidado

Abstract

Objective: To assess the health literacy and willingness to self-manage of patients in transition of care. **Method:** a cross-sectional, analytical study carried out between January and October 2024 with adults scheduled for hospital discharge. The data were collected in a high-complexity hospital, using instruments for sociodemographic characterization, assessment of health literacy (*Health Literacy Scale*), and measurement of willingness to self-manage(*Patient Activation Measure - 22*). The analysis was based on descriptive statistics. **Results:** 39 individuals participated, with an average age of 49.5 years (± 17.37), predominantly men, and a high proportion had a complete high school education. The participants also reported the presence of caregivers, comorbidities, and a history of continuous medication use. It was observed that 56.4% had high health literacy, and 84.6% were more likely to engage in self-management. **Conclusion:** The results indicate



moderate health literacy and a high willingness to self-manage, which favors safer decisions, better clinical outcomes, and continuity of care at home.

Descriptors: Nursing; Patient Discharge; Transitional Care; Health Literacy; Self Care

Resumen

Objetivo: evaluar la alfabetización en salud y la disposición para el autocontrol de los pacientes en transición de cuidados. **Método:** estudio transversal y analítico, desarrollado entre enero y octubre de 2024, con adultos en proceso de alta hospitalaria. La recopilación de datos se realizó en un hospital de alta complejidad, mediante instrumentos para la caracterización sociodemográfica, la evaluación de la alfabetización en salud (Escala de Alfabetización en Salud) y la medición de la disposición para el autocuidado (Medida de Activación del Paciente - 22). El análisis se basó en estadísticas descriptivas. **Resultados:** participaron 39 individuos, con una edad media de 49,5 años ($\pm 17,37$), en su mayoría hombres, con estudios secundarios completos, presencia de cuidadores, comorbilidades y uso continuo de medicamentos. Se observó que el 56,4 % presentaba un alto nivel de alfabetización en salud y el 84,6 % una mayor predisposición al autocontrol. **Conclusión:** los resultados evidencian una alfabetización en salud moderada y una alta disposición al autocontrol, lo que favorece decisiones más seguras, mejores resultados clínicos y la continuidad de la atención en el domicilio.

Descriptores: Enfermería; Alta del Paciente; Cuidado de Transición; Alfabetización en Salud; Autocuidado

Introdução

A transição do cuidado refere-se a um conjunto articulado de ações e estratégias que visam garantir o acompanhamento seguro e efetivo do paciente entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente no momento da alta hospitalar e retorno ao ambiente domiciliar.¹ Esta prática envolve a comunicação estruturada entre os profissionais de saúde, o planejamento adequado da alta e o preparo do paciente e de sua família para a continuidade do tratamento, com o objetivo de prevenir complicações e evitar reinternações desnecessárias.²

A ausência de uma transição de cuidado bem estruturada pode acarretar inúmeros prejuízos, entre os quais se destacam as readmissões hospitalares precoces, que representam não apenas um importante indicador de descontinuidade assistencial, mas também um significativo ônus financeiro e social.³⁻⁴ Tais readmissões impactam negativamente a sustentabilidade do sistema de saúde e agravam a condição de vulnerabilidade dos pacientes e seus familiares, gerando sentimento de insegurança, estresse emocional e ansiedade ante a continuidade do cuidado, com implicações diretas no bem-estar psicossocial.⁵

A efetiva continuidade do cuidado somente ocorre quando os diferentes níveis de atenção à saúde estão conectados e atuam de forma interdependente. Esta articulação favorece o vínculo dos usuários com os serviços, assegura o suporte necessário à adesão ao tratamento e contribui para o fortalecimento da autonomia do paciente.³⁻⁴ Neste sentido, as intervenções de transição de cuidado são estratégias fundamentais para minimizar lacunas assistenciais e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Neste contexto, as altas taxas de readmissão hospitalar destacam-se como um indicador relevante de falhas na continuidade do cuidado, frequentemente associadas a fatores como planos de alta ineficazes, efeitos adversos de medicamentos, dificuldades no acesso à Atenção Primária à Saúde e baixa adesão ao tratamento.⁶⁻⁷ Dentre os principais instrumentos para mitigar esses riscos, destacam-se as ações de transição do cuidado, especialmente aquelas centradas na educação em saúde, com foco no preparo para a alta hospitalar.⁷ Tais intervenções visam facilitar a adaptação ao domicílio, antecipando e prevenindo complicações pós-alta. Para serem eficazes, devem considerar as necessidades e capacidades de aprendizagem do paciente e da família, sendo realizadas ainda durante a internação.⁸⁻⁹

Este cenário torna-se mais desafiador quando envolve pacientes com necessidades complexas em saúde. A literatura define a complexidade em saúde como a lacuna entre as necessidades de saúde de um indivíduo e a capacidade dos serviços de saúde em atendê-las de forma resolutiva.¹⁰ Estes indivíduos comumente apresentam múltiplas comorbidades, condições crônicas associadas a determinantes sociais e psicológicos, o que torna o manejo clínico mais desafiador e requer maior número de intervenções. Neste sentido, a alta hospitalar se configura como um momento de elevada vulnerabilidade, exigindo que o paciente e sua rede de apoio estejam preparados para a continuidade do plano terapêutico.¹⁰

Para garantir a efetividade deste processo, é indispensável avaliar as condições de letramento em saúde (LS) do paciente e de seus familiares.¹¹ O LS refere-se à capacidade dos indivíduos de acessar, compreender, processar e aplicar informações relacionadas à saúde de forma apropriada, favorecendo o autocuidado e a tomada de decisões.¹²⁻¹³ Esta competência é influenciada por fatores como escolaridade, renda, autopercepção de pertencimento social e comportamentos relacionados à saúde.¹⁴

Pacientes com baixo LS tendem a apresentar dificuldades na compreensão do diagnóstico, na leitura de bulas e prescrições, no seguimento do regime terapêutico e na identificação de sinais de alerta, aumentando o risco de reinternações.¹² Assim, conhecer o nível de LS dos pacientes permite a implementação de estratégias educativas individualizadas, com potencial para melhorar a adesão ao tratamento, reduzir reinternações e promover melhores desfechos clínicos.¹⁵⁻¹⁶ A natureza multidimensional do letramento permite que o indivíduo comprehenda sua condição de saúde e participe ativamente do seu cuidado.¹⁵⁻¹⁶

Além do LS, destaca-se a importância da disposição para o autogerenciamento, que envolve o conhecimento, a motivação e as habilidades comportamentais necessárias para o manejo da própria condição de saúde. O autogerenciamento da saúde é um processo contínuo no qual o paciente assume responsabilidade ativa por sua saúde, sendo fator decisivo para o controle da doença e prevenção de complicações.¹⁷

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar o letramento em saúde e a disposição para o autogerenciamento de pacientes em transição de cuidados.

Método

Estudo transversal e analítico, por amostra não probabilística, realizado de janeiro a outubro de 2024, no Hospital São Paulo, vinculado à instituição de ensino da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O hospital, de nível quaternário, é referência em atendimentos de alta complexidade, possui 750 leitos e responde pela cobertura de uma área com mais de cinco milhões de habitantes, além de receber pacientes provenientes de outros estados do país.¹⁸

Elegeram-se 132 pacientes para a pesquisa, sendo que, destes, 93 foram excluídos devido à inconsistência nas variáveis de interesse, compreendendo aqueles que não conseguiram responder aos instrumentos, compreender as orientações fornecidas, que não puderam ser contatados por telefone ou que recusaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra final incluiu 39 indivíduos adultos, em programação de alta hospitalar e com necessidade de cuidados complexos no domicílio. Dos pacientes incluídos, seis desvincularam-se da amostra por não atenderem às tentativas de contato telefônico ou por solicitarem a interrupção da participação.

A coleta de dados ocorreu por meio dos registros do Projeto de Transição do Cuidado (PROTRAC), que realiza orientações individualizadas de alta hospitalar, por demanda da equipe assistencial, a pacientes internados no Hospital São Paulo com necessidades complexas (limitações funcionais, incapacidade de comunicar-se, movimentar-se ou cuidar de si mesmos de forma eficaz sem ajuda) na assistência domiciliar, além de realizar acompanhamento telefônico após a alta.

O acompanhamento realizado pelo PROTRAC consiste em um conjunto de intervenções estruturadas no contexto do planejamento da alta hospitalar, com o objetivo de capacitar pacientes e cuidadores para a continuidade do cuidado no domicílio. A inclusão no programa é realizada a partir de solicitação da equipe médica ou de enfermagem, seguida de avaliação e acompanhamento pela equipe do projeto.

As intervenções são individualizadas e multimodais, compreendendo orientações verbais, fornecimento de materiais educativos impressos e demonstrações práticas de cuidados, todas adaptadas às necessidades e condições específicas de cada paciente. O seguimento pós-alta inclui contatos telefônicos programados nos dias 2, 7, 15 e 30, com duração média de dez minutos, destinados à identificação de demandas, frequentemente relacionadas à intervenção educativa, à lista de medicamentos e seus efeitos adversos e à importância da inserção do paciente nas redes de atenção básica e ambulatorial.

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos, que permitiram caracterizar os participantes, avaliar o LS e mensurar a predisposição para o autocuidado e a compreensão das próprias condições de saúde.

As variáveis coletadas foram por meio de questionário estruturado com as variáveis: sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, se o paciente mora sozinho, se é responsável pelo próprio cuidado e a média da renda); clínicas (presença de comorbidades, uso de medicamentos de uso contínuo, diagnóstico de admissão e estado do paciente no momento da alta) e da alta (dias de internação, orientações fornecidas, se o paciente foi a óbito após a alta, se houve readmissão e o desfecho das readmissões).

O segundo instrumento aplicado foi a *Health Literacy Scale*, composta por oito questões e validada para a população brasileira, foi utilizada para avaliar a compreensão dos pacientes quanto às informações de saúde. As respostas utilizam uma escala do tipo *Likert*, com variação de quatro ou cinco pontos, e as opções de respostas são: muito mal, mal,

moderadamente, bem, muito bem; discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente; e, nunca, raramente, de vez em quando, frequentemente e sempre. O escore total é calculado somando a pontuação de cada item, podendo variar de 0 a 37 pontos. Desta forma, quanto maior a pontuação, maior será o LS, sendo considerado de 0 a 12 pontos, como baixo LS; de 12 a 24 pontos, moderado LS; e, acima de 24 pontos, alto LS. Além disso, foram calculadas a média e o desvio padrão para cada item.¹⁹

Por fim, foi utilizado o *Patient Activation Measure - 22* (PAM-22) para avaliar a predisposição dos pacientes para o autogerenciamento e o entendimento das questões relacionadas à própria saúde. O instrumento é composto por 22 itens e, a cada resposta, é atribuída uma pontuação: discordo totalmente, 1 ponto; discordo, 2 pontos; concordo, 3 pontos; concordo totalmente, 4 pontos; e, não se aplica, 0 pontos. O escore bruto, obtido pela somatória das pontuações, pode variar de 22 a 88 pontos. Os valores obtidos do escore bruto devem ser convertidos para um escore de ativação, variando de 0 a 100 pontos. A pontuação total pode ser categorizada em quatro níveis, sendo: nível 1, abaixo de 47 pontos; nível 2, de 47 a 55 pontos; nível 3, de 55 a 67; e nível 4, igual ou acima de 67 pontos. Os níveis 3 e 4 representam maior ativação; quanto maior a pontuação, maior a predisposição para o cuidado.^{16,20}

Para minimizar possíveis vieses, a coleta de dados foi feita por uma enfermeira previamente capacitada quanto aos instrumentos e objetivos da pesquisa, por enfermeiros com ampla experiência clínica, dedicados à pesquisa e prática da transição de cuidados. Os dados foram organizados em planilhas do Excel®. Para as variáveis contínuas, calcularam-se média, desvio-padrão (DP), mediana e valores mínimos e máximos. Já para os dados categóricos, foram determinadas frequências absolutas e relativas. A comparação entre os desfechos (reinternação e óbito em 30 dias) e as variáveis de interesse foi realizada por meio do teste Qui-Quadrado, utilizando-se, quando necessário, o teste Exato de Fisher ou a Razão de Verossimilhança. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

O presente estudo seguiu os preceitos éticos que atendem às Resoluções n.º 466/2012, n.º 510/2016 e n.º 580/2018, do Ministério da Saúde, e iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP, sob parecer n.º 6.669.606 e CAAE n.º 76354523.0.0000.5505.

Resultados

O estudo incluiu 39 pacientes, com média de idade de 49,5 anos ($\pm 17,37$), sendo 56,4% (n=22) dos indivíduos do sexo masculino e 35,9% (n=14) com ensino médio completo. Em que 89,8% (n=35) dos pacientes moravam acompanhados e 51,3% (n=20) tinham cuidador, sendo que 48,7% (n=19) tinham renda mensal de um a três salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes em cuidados de transição do hospital para o domicílio. São Paulo/ SP 2024. (n=39)

Variáveis	N = 39 (%)
Idade	
Média (\pm Desvio-Padrão)	49,5 ($\pm 17,37$)
Sexo	
Feminino	17 (43,6)
Masculino	22 (56,4)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	9 (23,0)
Ensino fundamental completo	8 (20,5)
Ensino médio incompleto	4 (10,3)
Ensino médio completo	14 (35,9)
Ensino superior incompleto	1 (2,6)
Ensino superior completo	2 (5,1)
Pós-graduação	1 (2,6)
Paciente mora sozinho	
Sim	2 (5,1)
Não	35 (89,8)
Sem informação	2 (5,1)
Paciente responsável pelo próprio cuidado	
Sim	17 (43,6)
Não	20 (51,3)
Sem informação	2 (5,1)
Renda mensal (salário mínimo*)	
Menos que 1	6 (16,1)
1 a 3	19 (48,7)
4 a 6	5 (12,2)
Sem informação	9 (23)

* Valor do salário-mínimo em 2024: R\$ 1.412,00.

Em relação às variáveis clínicas, 61,5% (n=24) dos pacientes apresentavam comorbidades e, em 74,4% (n=29), o diagnóstico de admissão prevalente foi clínico. Além disso, 76,9% (n=30) dos indivíduos faziam uso de medicamentos de uso contínuo (MUC), sendo que 41% (n=16) utilizavam quatro ou mais medicamentos, caracterizando polifarmácia. Quando comparados os momentos da internação e da alta, 82% (n=32) dos pacientes tiveram um estado de saúde melhorado (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil clínico dos pacientes em transição do hospital para o domicílio. São Paulo/SP, 2024. (n=39)

Variáveis	N = 39 (%)
Comorbidades	
Sim	24 (61,5)
Não	15 (38,5)
Número de comorbidades	
De 0 a 1	26 (66,7)
De 2 a 3	9 (23,0)
Mais que 3	4 (10,3)
MUC *	
Sim	30 (76,9)
Não	7 (18,0)
Sem informação	2 (5,1)
Número de MUC*	
De 0 a 1	10 (25,6)
De 2 a 3	11 (28,3)
4 ou mais	16 (41,0)
Sem informação	2 (5,1)
Diagnóstico de admissão	
Clínico	29 (74,4)
Cirúrgico	10 (25,6)
Estado do paciente no momento da alta	
Melhorado	32 (82)
Mantido	4 (10,3)
Piorado	3 (7,7)

*MUC: medicamentos de uso contínuo

O tempo médio de internação foi de 26,5 dias e, após a alta, um paciente foi a óbito. Ocorreram cinco readmissões (duas por infecção do trato urinário, uma devido a comprometimento cognitivo e inapetência, uma para retirada de dispositivo e uma não

especificada), das quais quatro pacientes tiveram alta e um foi a óbito. Por fim, houve desvinculação de 15,4% (n=6) dos pacientes, ou porque não atenderam às ligações ou porque solicitaram o encerramento do contato.

Em relação ao letramento em saúde, nenhum participante apresentou nível baixo; 43,6% (n=17) demonstraram letramento moderado e 56,4% (n=19) alto letramento. Os resultados indicam que os pacientes apresentaram compreensão intermediária de instruções contidas em bulas de medicamentos e materiais impressos educativos. Também reconheceram saber onde buscar informações tanto em situações de doença quanto na adoção de práticas voltadas à promoção da saúde. No âmbito social, relataram capacidade ocasional de orientar familiares e amigos ou de receber conselhos relacionados a questões de saúde. Por fim, destacaram confiança em selecionar recomendações mais adequadas e discernir a qualidade das informações disponíveis na internet, demonstrando, de modo geral, habilidades que favorecem o manejo autônomo do cuidado (Tabela 3).

Tabela 3 - Levantamento das respostas à *Health Literacy Scale* em pacientes em transição do hospital para o domicílio. São Paulo/SP, 2024. (n=39)

Item do questionário	Média (\pm Desvio padrão)
Quanto você comprehende das instruções nas bulas de medicamentos?	2,58 (\pm 1,99)
Quanto você entende sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas?	3,25 (\pm 1,66)
Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações?	3,2 (\pm 0,83)
Quando eu quero fazer algo para a minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações.	3,23 (\pm 0,85)
Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham tido dúvidas sobre problemas de saúde?	3,1 (\pm 1,63)
Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas (familiares e amigos)?	3,21 (\pm 1,45)
Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde?	3,79 (\pm 1,26)
Em relação às informações sobre saúde na Internet, eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade.	2,71 (\pm 1,14)

Em relação ao PAM-22, a média das respostas dos 22 itens indicou que os pacientes concordaram com as perguntas do questionário (Tabela 4). O escore total de ativação demonstrou que 7,7% (n=3) dos pacientes são nível 1, outros 7,7% (n=3) dos pacientes são nível 2, 30,8% (n=12) dos pacientes são nível 3 e 53,8% (n=21) dos pacientes são nível 4. Como os níveis 3 e 4 representam maior ativação, 84,6% (n=33) dos pacientes deste estudo apresentaram maior ativação para o autogerenciamento da saúde.

Tabela 4 - Análise dos resultados do *Patient Activation Measure-22* em pacientes em cuidados de transição hospitalar. São Paulo/SP, 2024. (n=39)

Questão	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio padrão
No final das contas, você é a pessoa responsável por cuidar de sua saúde?	1-4	3,0	2,77	1,25
A sua participação ativa no cuidado de sua saúde é a coisa mais importante que influencia sua saúde?	1-4	4,0	3,41	0,72
Você sabe para que serve cada um dos medicamentos que lhe foram prescritos?	1-4	4,0	3,15	1,04
Você tem confiança de que pode contar suas preocupações ao profissional da saúde mesmo quando ele não lhe pergunta?	2-4	4,0	3,38	0,81
Você tem confiança de que sabe quando precisa ir ao médico ou serviço de saúde ou se você mesmo (a) consegue cuidar de um problema de saúde?	1-4	3,0	3,10	1,02
Você sabe as mudanças no estilo de vida, como dieta e exercícios, que são recomendadas para sua saúde?	2-4	4,0	3,46	0,82
Você tem confiança de que é capaz de seguir os tratamentos de saúde que você precisa fazer em sua casa?	2-4	4,0	3,36	0,90
Você tem confiança de que é capaz de encontrar informações confiáveis sobre sua condição de saúde e sobre as escolhas que você pode fazer com relação à sua saúde?	1-4	4,0	3,41	0,72
Você tem confiança de que é capaz de encontrar informações confiáveis sobre sua condição de saúde e sobre as escolhas que você pode fazer com relação à sua saúde?	1-4	3,0	3,08	1,01
Você tem confiança de que consegue seguir as recomendações feitas pelo profissional de saúde, como, por exemplo, mudar a sua dieta ou fazer exercícios regularmente?	2-4	3,0	3,15	0,87
Você entende os seus problemas de saúde e as causas desses problemas?	2-4	3,0	3,23	0,84

Você sabe quais são os tratamentos disponíveis para seus problemas de saúde?	1-4	3,0	3,15	0,74
Você tem conseguido manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente ou fazer exercícios?	1-4	3,0	2,74	0,91
Você sabe como prevenir problemas com sua saúde?	1-4	3,0	2,87	1,15
Você sabe sobre os tratamentos que você mesmo pode fazer para sua saúde?	1-4	3,0	2,74	1,09
Você fez mudanças no estilo de vida, como dieta e exercício, que foram recomendadas para sua saúde?	1-4	3,0	2,74	1,07
Você tem confiança de que consegue encontrar soluções quando surgem novos problemas com saúde?	2-4	3,0	2,95	0,92
Você consegue lidar com os sintomas de sua saúde em casa?	2-4	3,0	3,03	1,11
Você tem confiança de que consegue manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente e fazer exercícios, mesmo em período de estresse (situações desfavoráveis)?	1-4	3,0	2,64	1,20
Você consegue lidar com seus problemas de saúde em casa?	2-4	3,0	2,95	1,07
Você tem confiança de que consegue evitar que seus problemas de saúde interfiram nas coisas que você quer fazer?	1-4	3,0	2,67	0,96
É muito difícil para você manter, diariamente, as mudanças no estilo de vida que são recomendadas para a sua saúde?	1-4	3,0	2,72	1,17
Escore Total Bruto	43-84	68	66,72	10,4
Escore Total de Ativação	32-94	70	67,69	15,65

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram que os participantes apresentaram, em média, um nível moderado de LS, acompanhado de maior ativação do autogerenciamento da saúde, conforme aferido pela escala PAM-22. Esta combinação indicou que os indivíduos detinham capacidade para identificar as causas das doenças, compreender orientações clínicas, administrar corretamente os medicamentos e implementar mudanças no estilo de vida. Em decorrência deste perfil, observou-se uma taxa reduzida de readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta, mesmo entre pacientes com condições de saúde mais complexas, reforçando a relevância do LS e da ativação do autogerenciamento da saúde para a eficácia da transição hospitalar para o domicílio.

A análise detalhada do LS indicou que a maioria dos participantes respondeu positivamente aos itens avaliados, evidenciando habilidades funcionais e interativas essenciais para o autogerenciamento da saúde. Estudos anteriores corroboram esta relação, ao apontar que níveis mais elevados de LS estão associados à maior adesão terapêutica e menor incidência de eventos adversos.^{14,21} Além disto, pesquisa realizada na Bélgica demonstrou que indivíduos com baixo LS utilizam mais frequentemente serviços especializados e apresentam piores desfechos clínicos,²¹ o que reforça a relação entre LS e autonomia do paciente, especialmente no contexto da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, qualidade de vida e readmissões hospitalares não planejadas.²²⁻²³

Neste estudo, a maioria dos participantes possuía ensino médio completo, aspecto que, conforme evidenciado na literatura, exerce influência positiva sobre a compreensão e aplicação de informações em saúde.^{12,20} Um estudo transversal realizado na Itália, com 452 participantes, reforça esta associação ao demonstrar que níveis educacionais mais elevados favorecem o uso eficaz do conhecimento no autogerenciamento, promovendo a continuidade do tratamento, a melhoria da qualidade de vida e a redução de internações não programadas.²⁴

Observou-se ainda que a média de idade dos participantes foi de 49,5 anos, faixa etária considerada produtiva, o que pode contribuir para os escores favoráveis de LS observados. Evidências apontam que o LS tende a declinar com o envelhecimento, em virtude da redução da capacidade cognitiva e da menor familiaridade com vocabulário técnico relacionado à saúde.²⁵⁻²⁶ Estudo conduzido na Europa confirma esta tendência, indicando que indivíduos idosos, independentemente do sexo, apresentam níveis mais baixos de LS, os quais se associam a maiores riscos de complicações e readmissões hospitalares.²⁶

No que se refere ao PAM-22, os participantes demonstraram maior nível de ativação para o autogerenciamento, evidenciado pela compreensão das próprias condições clínicas, conhecimento sobre o uso de medicamentos, adesão às recomendações terapêuticas e capacidade de tomada de decisões em saúde. Estes resultados indicam não apenas a assimilação das orientações recebidas, mas também a disposição para a sua aplicação à prática, o que é essencial para a continuidade do cuidado após a alta. A literatura sustenta que estratégias como plano de alta estruturado, orientações educativas e acompanhamento pós-alta estão associadas à maior adesão ao

tratamento, engajamento do paciente e redução de internações evitáveis.²⁶⁻²⁷ Tais evidências reforçam que o nível de ativação do autogerenciamento da saúde não se resume à compreensão da informação, mas também à capacidade de ação no ambiente domiciliar, uma característica que se mostrou determinante para a continuidade segura do tratamento. Ao fortalecer esta dimensão, é possível ampliar o engajamento do paciente, aprimorar sua experiência e reduzir sua vulnerabilidade após a alta.

No entanto, é necessário reconhecer que a capacidade de ação do paciente está intrinsecamente condicionada a fatores estruturais, socioeconômicos e contextuais.²⁸ A responsabilização exclusiva do indivíduo pode obscurecer a necessidade de sistemas de saúde mais responsivos, capazes de oferecer suporte adequado, linguagem acessível e redes de apoio que favoreçam o exercício efetivo para o autocuidado. Assim, o fortalecimento da ativação do autogerenciamento deve ser compreendido como corresponsabilidade entre pacientes, profissionais e gestores, em um modelo de cuidado centrado na pessoa e comprometido com a equidade.²⁸

Embora este estudo ofereça contribuições relevantes, algumas limitações devem ser consideradas. O delineamento transversal impossibilita a inferência de relações causais entre as variáveis analisadas e a amostra reduzida, proveniente de um único hospital público, restringindo a generalização dos achados. Ainda assim, os resultados ampliam a compreensão sobre LS e ativação para o autogerenciamento em pacientes com necessidades complexas de saúde, no contexto da transição hospitalar, área ainda incipiente no Brasil. A avaliação destas variáveis permite que enfermeiros, em articulação com equipes multiprofissionais, desenvolvam planos de alta compatíveis com o grau de compreensão e as necessidades individuais, contribuindo para a redução de readmissões hospitalares não programadas, otimização dos recursos em saúde e fortalecimento da atenção primária.

Conclusão

O estudo indica moderado LS e maior disposição para o autogerenciamento, o que pode contribuir para a tomada de decisões que busquem melhores resultados em saúde e na continuidade do cuidado domiciliar. Estes achados ampliam a compreensão sobre as relações entre perfil sociodemográfico, condições clínicas, LS e capacidade de

autogerenciamento. Ao fortalecer o LS e incentivar o autogerenciamento, é possível favorecer a continuidade segura do tratamento no domicílio, contribuindo para a redução das readmissões hospitalares evitáveis.

Referências

1. Lanzoni GMM, Goularte AF, Miotello M, Chechinel-Peiter C, Koerich C, Wachholz LF. Transitional care of people with chronic disease at hospital discharge: perspective of nurses. *Rev Baiana Enferm.* 2023;37: e47254. doi: 10.18471/rbe.v37.47254.
2. Berens J, Wozow C, Peacock C. Transition to adult care. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2020;31(1):159-70. doi: 10.1016/j.pmr.2019.09.004.
3. Sousa LS, Pontes MLF, Pereira RR, Leite MAP, Nova FAL, Monteiro EA. Older adult transition from hospital to home from caregivers'/older adults' perspective: a scoping review. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE03631. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0772pt.
4. Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE, Carlos DM, Pires MEL, Valente SH, et al. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(6):e20220772. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0772pt.
5. Shao M, Kang Y, Hu X, Kwak HG, Yang C, Lu J. Mining social determinants of health for heart failure patient 30-day readmission via large language model. *Stud Health Technolog Inform.* 2025;329:1902-3. doi: 10.3233/SHTI251272.
6. Weber LAF, Silva MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan.* 2019;19(4):e1945. doi: 10.5294/aqui.2019.19.4.5.
7. Valente SH, Zacharias FCM, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, Barbosa SM, et al. Transition of elder care from hospital to home: nursing experience. *Acta Paul Enferm* 2022;35:eAPE02687. doi: 10.37689/acta-ape/2022AO02687.
8. Oskouie S, Pandey A, Sauer AJ, Greene SJ, Mullens W, Khan MS. From hospital to home: evidence-based care for worsening heart failure. *JACC Adv.* 2024;3(9 Part1). doi: 10.1016/j.jacadv.2024.101131.
9. Costa MFBNA, Sichieri K, Poveda VB, Baptista MC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20200187. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0187.
10. Hudon C, Bisson M, Dubois MF, Chiu Y, Chouinard MC, Dubuc N, et al. CONECT-6: a case-finding tool to identify patients with complex health needs. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):157. doi: 10.1186/s12913-021-06154-4.
11. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital - primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20210145. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145.
12. World Health Organization (WHO). Glossary of terms used in sexual and reproductive health. Geneva: WHO; 2021.
13. Hoa HV, Giang HT, Vu PT, Tuyen DV, Khue PM. Factors associated with health literacy among the elderly in Vietnam. *Biomed Res Int.* 2020;2020:3490635. doi: 10.1155/2020/3490635.
14. Peres F. Health literacy? Adapting and applying the concept of health literacy in Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2023;28(5):1563-73. doi: 10.1590/1413-81232023285.14562022.

15. Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. Health literacy in pregnant women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(7):3847. doi: 10.3390/ijerph18073847.
16. Cunha CM, Nepomuceno E, Manzato RO, Cunha DCPT, Silva D, Dantas RAS. Cultural adaptation and validation of the Brazilian version of the Patient Activation Measure-22 items. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):1891-8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0470.
17. Chen XM, Liu J, He Y, Li W, Deng M, Zhang R, et al. Predicting poor self-management behaviors in adults with newly diagnosed COPD: based on the information-motivation-behavioral skills model. *BMC Public Health.* 2025;25:1384. doi: 10.1186/s12889-025-22569-8.
18. Hospital São Paulo. Atendimento hospitalar [Internet]. São Paulo: Hospital São Paulo; c2024 [acesso em 2024 set 13]; Disponível em: <https://www.hospitalsaopaulo.org.br/atendimento-hospitalar.html>.
19. Quemelo PRV, Milani D, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Health literacy: translation and validation of a research instrument on health promotion in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2017;33(2):e00179715. doi: 10.1590/0102-311X00179715.
20. Almalag HM, Juffali AL, Alshehri MM, Altokhais NA, Aljanobi GA, Dessougi MI, et al. Exploring impact of multidisciplinary care on patient activation in Saudi rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional survey—extended results from the COPARA national project. *J Multidiscip Healthc.* 2023;16:3455-63. doi: 10.2147/JMDH.S436826.
21. Vandebosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(10):1032-8. doi: 10.1136/jech-2015-206910.
22. Lastrucci V, Lorini C, Caini S; Florence Health Literacy Research Group, Bonaccorsi G. Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: a cross-sectional study in a population-based sample in Florence. *PLoS One.* 2019;14(12):e0227007. doi: 10.1371/journal.pone.0227007.
23. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03447. doi: 10.1590/S1980-220X2017039803447.
24. Janamian T, Greco M, Cosgriff D, Baker L, Dawda P. Activating people to partner in health and self-care: use of the Patient Activation Measure. *Med J Aust.* 2022;216(Suppl 10):S5-8. doi:10.5694/mja2.51535.
25. Oliveira LP, Souza RCB, Barros JK, Moura GM, Yamaguchi UM. Validity of the evidence of the Health Literacy Scale and eHEALS for older people. *Saúde Debate.* 2022;46(6):135-47. doi: 10.1590/0103-110420.
26. Niedorys B, Chrzan-Rodak A, Ślusarska B. Health Literacy – a review of research using the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) in 2010-2018. *Pielęgniarswo XXI Wieku.* 2020;19(1):29-41. doi: 10.2478/pielxxiw-2020-0001.
27. Bas-Sarmiento P, Poza-Méndez M, Fernández-Gutiérrez M, González-Caballero JL, Falcón Romero M. Psychometric assessment of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16) for Arabic/French-speaking migrants in Southern Europe. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21):8181. doi: 10.3390/ijerph17218181.
28. World Health Organization (WHO). Health literacy. Geneva: WHO; 2022.

Fomento: CNPq

Contribuições de autoria

1 – Railca Teixeira Rocha

Graduanda em Enfermagem – railca.rocha@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

2 – Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes

Enfermeira, Doutora – lopes.carolina@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

3 – Luiz Humberto Vieri Piacezzi

Enfermeiro, Mestre – piacezzi@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

4 – Andréa Fachini da Costa

Autor Correspondente

Enfermeira, Mestre – defacosta@hotmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

5 – Ruth Esther Assayag Batista

Enfermeira, Doutora – ruth.esther@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

6 – Cássia Regina Vancini Campanharo

Enfermeira, Doutora – cvancini@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Associado: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Como citar este artigo

Rocha RT, Lopes MCBT, Piacezzi LHV, Costa AF, Batista REA, Campanharo CRV. Health literacy and self-management of patients in care transition. Rev. Enferm. UFSM. 2025 [Access at: Year Month Day]; vol.15, e25:1-16. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769290093>