

ARTÍCULO ORIGINAL

Asociación entre alfabetización en salud y características sociodemográficas de trabajadores rurales: estudio observacional transversal

HIGHLIGHTS

1. Predominio de la población rural presentó baja AS.
2. La escolaridad se asoció significativamente al nivel de AS.
3. La AS funcional se mostró inferior a la comunicativa y crítica.
4. Los enfermeros son esenciales para fortalecer la AS.

Mairy Edith Batista Sampaio¹ Ana Karla Alves de Almeida² Thayse Gomes de Almeida³ Stéfanie Carvalho Quintela⁴ Naiana Oliveira dos Santos⁵ Andreivna Kharenine Serbim³ 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la alfabetización en salud y su asociación con las características sociodemográficas de trabajadores rurales. **Método:** Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo y analítico, realizado con 101 trabajadores rurales en el municipio de Arapiraca, Alagoas, Brasil, entre 2022 y 2023. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el instrumento *Health Literacy Scale-14* para la evaluación de la alfabetización en salud. Se incluyeron individuos de 18 años o más, residentes en la zona rural, usuarios de las Unidades Básicas de Salud seleccionadas y que ejercían actividades agrícolas. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de los datos mediante el *Statistical Package for the Social Sciences*, utilizándose la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** Hubo predominio de baja alfabetización en salud, correspondiente a 56 casos (55,4%). La alfabetización funcional presentó niveles más bajos, mientras que los dominios comunicativo y crítico presentaron puntuaciones más altas. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre alfabetización en salud y escolaridad ($p=0,007$). **Conclusión:** La baja alfabetización en salud puede influir en las decisiones en salud de la población rural, destacándose la importancia del enfermero en el desarrollo de estas habilidades.

DESCRIPTORES: Alfabetización en Salud; Población Rural; Salud Rural; Conductas Relacionadas con la Salud; Enfermería.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Sampaio MEB, de Almeida AKA, de Almeida TG, Quintela SC, dos Santos NO, Serbim AK. Asociación entre alfabetización en salud y características sociodemográficas de trabajadores rurales: estudio observacional transversal. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e102206es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.102206es>

¹Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela, Maceió, AL, Brasil²Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.³Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, AL, Brasil.⁴Secretaria de Estado da Saúde, Arapiraca, AL, Brasil.⁵Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El concepto de alfabetización en salud (AS) fue introducido en la década de 1970¹. A partir de ese período, el término comenzó a despertar creciente interés entre investigadores y gestores públicos, especialmente a partir de 1998, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como el conjunto de habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos de acceder, comprender y utilizar información, de modo que promuevan y mantengan una buena salud. En este estudio, se adopta el concepto establecido en el año 2000¹.

La AS puede clasificarse como AS básica/funcional, que se refiere a las habilidades básicas suficientes en lectura y escritura, capaces de posibilitar el funcionamiento efectivo en situaciones cotidianas; la AS comunicativa/interactiva, que se refiere a las habilidades cognitivas y de alfabetización más avanzadas que, junto con las habilidades sociales, pueden utilizarse para participar activamente en las actividades cotidianas, obtener información y utilizarla para cambiar la salud¹. La AS crítica trata de las habilidades cognitivas más avanzadas que, junto con las habilidades sociales, pueden aplicarse para analizar críticamente la información y utilizarla para ejercer mayor control sobre los eventos y situaciones de la vida¹.

Cabe resaltar que la clasificación de la AS no está relacionada solamente con la capacidad de leer y escribir, sino también con una mayor autonomía y empoderamiento personal. Sin embargo, los individuos que no tuvieron oportunidades de desarrollar habilidades de lectura y escritura son más propensos a actuar de manera menos eficaz ante la información de salud recibida².

Existen diversos factores que influyen en la AS de una población, como la edad avanzada, los bajos ingresos y la baja escolaridad³, que tienen como consecuencia impactos negativos en el desenlace de salud de los individuos. La baja AS está directamente asociada a tasas de mortalidad más altas y al peor estado general de salud², aumento de costos y del número de hospitalizaciones en los servicios de salud. Además, las disparidades de salud pueden llevar al desconocimiento acerca de la enfermedad, al déficit en el autocuidado, a la baja adherencia a los regímenes terapéuticos y a la reducción de la autonomía del individuo³.

El escenario de la población rural es aún más agravante, dado que se trata de un grupo que presenta potencialmente menor AS, debido al acceso limitado a la información de salud y a la dificultad de acceso a los servicios de salud⁴. Los residentes de áreas rurales sufren inequidades significativas en salud y tienden a ser mayores, menos favorecidos financieramente y a tener menor escolaridad que los adultos de áreas urbanas⁵. Estudios internacionales recientes señalan que las poblaciones urbanas poseen una mayor AS que las rurales, siendo esa discrepancia más evidente en los países en desarrollo, lo que demuestra la relevancia de los factores sociodemográficos asociados, que refuerzan la vulnerabilidad de esos grupos⁶⁻⁷.

En Brasil, los estudios sobre AS de la población rural son escasos, con destaque para la investigación realizada en un asentamiento rural pernambucano, que analizó el conocimiento y las percepciones de agricultores acerca de los cuidados básicos desde la perspectiva de la promoción de la salud, tras una intervención comunitaria de AS⁸. Además, un estudio desarrollado con habitantes ribereños que utilizaban la atención primaria de salud en el contexto amazónico identificó niveles predominantes de AS funcional inadecuada o limitada, asociados a baja escolaridad y condiciones socioeconómicas vulnerables, lo que evidencia fragilidades en la capacidad de esos individuos de comprender y utilizar información de salud en contextos rurales⁹.

La evaluación de la AS es fundamental para entender las dificultades y potencialidades de la población rural en el acceso, la comprensión y el uso de información de salud.

Esto cualifica la asistencia de enfermería y orienta cuidados individualizados. Además, los enfermeros deben estar atentos a las especificidades de AS de la población rural, principalmente los que actúan en la Atención Primaria de Salud (APS), lugar ideal para el desarrollo de intervenciones que sean accesibles a la comunidad¹⁰. En ese contexto, este estudio tiene por objetivo evaluar la alfabetización en salud y su asociación con las características sociodemográficas de trabajadores rurales.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, con abordaje transversal y analítico. Este estudio siguió las recomendaciones del checklist *Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE), para estudios observacionales¹¹.

El estudio fue realizado en la zona rural del municipio de Arapiraca, localizado en la región del Agreste Alagoano. El municipio es el segundo mayor del estado, con 234.696 habitantes en 2022, con gran importancia para el interior alagoano y fuertemente vinculado a la producción agrícola¹².

El estudio fue desarrollado en dos Unidades Básicas de Saúde (UBS), de la APS, elegidas intencionalmente, en dos poblados, ambos situados en la zona rural del municipio. La muestra fue por conveniencia, compuesta por 101 usuarios de las referidas UBS.

Se incluyeron participantes de 18 años o más, residentes en la zona rural del municipio, usuarios de las UBS seleccionadas y que ejercían actividades agrícolas. No hubo participantes excluidos.

La recolección de datos fue realizada en el período de octubre de 2022 a marzo de 2023, con usuarios que aguardaban atención en las dependencias de las UBS. El reclutamiento de los participantes ocurrió de forma presencial en las unidades, mediante abordaje individual en la sala de espera, antes de la realización de las atenciones. Los participantes potenciales fueron invitados a integrar el estudio e informados acerca de los objetivos, los procedimientos y el carácter voluntario de la investigación. Aquellos que aceptaron participar fueron incluidos, tras la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado.

Las entrevistas fueron conducidas por cuatro estudiantes de enfermería, previamente capacitadas, mediante reuniones presenciales con duración de 4 horas cada una, en las cuales se abordaron los objetivos del estudio, la aplicación de los instrumentos y la estandarización del abordaje a los participantes, con el propósito de garantizar la uniformidad de la recolección y la reducción de sesgos. Considerando los diferentes niveles de escolaridad de los participantes, especialmente aquellos con pocas habilidades de lectura y escritura, la recolección de datos fue realizada mediante entrevista estructurada, y las preguntas fueron leídas y las respuestas registradas por las investigadoras, de forma estandarizada. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30 minutos.

Para la caracterización de los participantes, se utilizó un cuestionario elaborado por las investigadoras, que contemplaba variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad e ingresos). Las variables de interés fueron categorizadas para fines de análisis estadístico. La edad fue agrupada en tres grupos etarios (20-39 años, 40-59 años y 60 años o más). El sexo fue clasificado en femenino y masculino. La escolaridad fue categorizada en: nunca estudió, enseñanza fundamental incompleta, enseñanza fundamental completa, enseñanza media incompleta y enseñanza media completa. Los ingresos mensuales fueron estratificados en: no posee ingresos, hasta un salario mínimo, un salario mínimo y dos salarios mínimos.

El nivel de alfabetización en salud fue evaluado mediante el Health Literacy Scale (HLS-14), instrumento desarrollado en Japón¹³, que tiene por objetivo evaluar la AS en tres dimensiones (funcional, comunicativa y crítica), y fue validado para uso en Brasil en 2020¹⁴.

El HLS-14 posee catorce preguntas, siendo cinco referentes a la AS funcional, cinco referentes a la dimensión comunicativa y cuatro referentes a la crítica, dispuestas en escala Likert de cinco puntos. Las respuestas sumadas componen el puntaje del HLS-14 de los entrevistados, que puede variar de 14 a 70 puntos. De ese modo, cuanto mayor el puntaje total del HLS-14, mayor la AS¹⁴.

Para clasificar la AS como alta o baja, se consideró como punto de corte la mediana de los puntajes totales del HLS-14 de la población estudiada, así como en el estudio en que el instrumento fue desarrollado¹³ y en el estudio nacional que también utilizó el mismo instrumento¹⁵. La variable obtenida por el puntaje total tuvo como punto de referencia la mediana de los valores (44) de la AS, de modo que puntajes iguales o superiores a 44 puntos fueron considerados alta AS. Los datos cuantitativos fueron almacenados en el programa Excel.

Posteriormente, para el análisis descriptivo de los datos, se utilizó el *software International Business Machines - Statistical Package for the Social Sciences (SPSS IBM)* versión 23.0. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencia absoluta y relativa, y las variables continuas, como media $\pm$ desviación estándar. Para el análisis inferencial, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la evaluación de la normalidad, y para evaluar la asociación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad e ingresos) y el puntaje del HLS-14 se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Se consideró significancia estadística para los valores con $p < 0,05$. La consistencia interna del HLS-14 fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,784, lo que indica confiabilidad adecuada en la población estudiada.

Este estudio forma parte del proyecto mayor titulado "Biomonitoramento e detecção de agrotóxicos na população rural: uma avaliação clínica, laboratorial e ambiental" (*Biomonitoreo y detección de plaguicidas en la población rural: una evaluación clínica, de laboratorio y ambiental*), bajo el número de dictamen: 4.482.481, aprobado por el Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta los datos sociodemográficos de los 101 participantes de la investigación, así como la asociación con el nivel de AS. Se observó predominio de participantes del sexo femenino, con 67 participantes (66,5%), y edad entre 40 y 59 años, con 54 participantes (53,5%). En cuanto a la asociación entre la AS y las características sociodemográficas, se evidenció significancia estadística únicamente para la variable escolaridad, mediante la prueba de chi-cuadrado ($p=0,007$).

A partir de la evaluación de la AS, mediante el HLS-14, se evidenció que la mayor parte de la población participante (55,4%) poseía baja AS. La media encontrada de la puntuación total del HLS-14 fue de 43,9 puntos y la desviación estándar fue de $\pm 7,6$ puntos.

La Tabla 2 presenta la distribución de la AS en las tres dimensiones evaluadas. La AS funcional presentó la menor media ($11,62 \pm 4,37$), mientras que la comunicativa presentó la mayor ($18,54 \pm 3,54$). Se destacaron dificultades de lectura, búsqueda de información y evaluación de la veracidad.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y asociación entre el nivel de AS y variables sociodemográficas. Arapiraca, AL, Brasil, 2023

HLS-14		
VARIABLES	N (%)	P-valor
Grupo de edad		
20-39 años	13 (12,8)	0,415
40-59 años	54 (53,5)	
60 años o más	34 (33,7)	
Sexo		
Femenino	67 (66,5)	0,950
Masculino	34 (33,5)	
Escolaridad		
Nunca estudió	21 (20,8)	0,007
Educación primaria incompleta	59 (58,4)	
Educación primaria completa	3 (3)	
Educación secundaria incompleta	7 (6,9)	
Educación secundaria completa	9 (8,9)	
No respondió	2 (2)	
Ingreso		
No posee	18 (17,8)	0,293
<1 salario mínimo	38 (37,6)	
1 salario mínimo	41 (40,6)	
2 salarios mínimos	4 (4)	

Leyenda: HLS-14: Health Literacy Scale; p-valor: referente a la prueba de chi-cuadrado; el salario mínimo en la época de la recolección era de 1.212 reales.

Fuente: Los autores (2023).

Tabla 2. AS funcional, comunicativa y crítica de los participantes de la investigación. Arapiraca, AL, Brasil, 2023

(continuar)

DIMENSIONES DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD	Muy de acuerdo n(%)	De acuerdo n(%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n(%)	En desacuerdo n(%)	Muy en desacuerdo n(%)	Media	Desviación estándar
AS funcional						11,62	4,37
Encuentro palabras que no logro leer	32 (31,6%)	47 (46,5%)	4 (3,9%)	15 (14,8%)	3 (2,9%)		
El tamaño de la letra es muy pequeño para mí	32 (31,6%)	45 (44,5%)	8 (7,9%)	15 (14,8%)	1 (0,9%)		
El contenido es muy difícil de entender	31 (30,6%)	40 (39,6%)	14 (13,8%)	14 (13,8%)	2 (1,9%)		
Tardo mucho en leer (las instrucciones)	29 (28,7%)	34 (33,6%)	15 (14,8%)	19 (18,8%)	4 (3,9%)		
Necesito que alguien me ayude a leer	24 (23,7%)	24 (23,7%)	5 (4,9%)	34 (33,6%)	14 (13,8%)		

Tabla 2. AS funcional, comunicativa y crítica de los participantes de la investigación. Arapiraca, AL, Brasil, 2023

(conclusión)

DIMENSIONES DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD	Muy de acuerdo n(%)	De acuerdo n(%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n(%)	En desacuerdo n(%)	Muy en desacuerdo n(%)	Media	Desviación estándar
AS comunicativa						18,54	3,54
Busco información en varios lugares	16 (15,8%)	59 (58,4%)	8 (7,9%)	11 (10,8%)	7 (6,9%)		
Encuentro la información que necesito	13 (12,8%)	55 (54,4%)	20 (19,8%)	7 (6,9%)	6 (5,9%)		
Entiendo la información encontrada	9 (8,9%)	59 (58,4%)	18 (17,8%)	10 (9,9%)	5 (4,9%)		
Expreso mi opinión sobre mi enfermedad a mi médico y familia	23 (22,7%)	68 (67,3%)	2 (1,9%)	6 (5,9%)	2 (1,9%)		
Pongo en práctica la información encontrada	19 (18,8%)	50 (49,5%)	13 (12,8%)	16 (15,8%)	3 (2,9%)		
AS crítica						13,97	2,55
Sé cuándo la información es verdadera	9 (8,9%)	36 (35,6%)	25 (24,7%)	26 (25,7%)	5 (4,9%)		
Tomo en cuenta cuándo la información es verdadera	15 (14,8%)	64 (63,3%)	17 (16,8%)	4 (3,9%)	1 (0,9%)		
Tengo conocimiento para juzgar si la información es confiable	5 (4,9%)	32 (31,6%)	25 (24,7%)	31 (30,6%)	8 (7,9%)		
Tomo información para tomar decisiones para mejorar mi salud	21 (20,7%)	63 (62,3%)	5 (4,9%)	10 (9,9%)	2 (1,9%)		

Fuente: Los autores (2023).

DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en dos UBS ubicadas en el Agreste Alagoano, región fuertemente asociada a la agricultura familiar¹². Se observó el predominio del sexo femenino entre los entrevistados, lo que puede estar asociado al campo de investigación del estudio, dado que las mujeres utilizan más los servicios de salud y perciben más fácilmente los riesgos para la salud, ya que poseen mayor acceso a la información en salud que los hombres¹⁶.

En cuanto a la evaluación de la alfabetización en salud, se observó predominio de baja alfabetización en salud entre los entrevistados, lo que corrobora un estudio que observó que la población rural presentó potencialmente menor AS, dado que posee acceso limitado a la información de salud y dificultad para acceder a los servicios de salud⁴. No obstante, a pesar de los niveles más bajos de AS en zonas rurales, la ruralidad por sí sola no es un factor determinante, pues factores como la escolaridad,

el ingreso, el apoyo social y la frecuencia de uso de los servicios de salud ejercen un impacto significativo⁶.

La media de la puntuación total del HLS-14 obtenida en el presente estudio fue inferior a la encontrada en el estudio realizado en Japón, que obtuvo una media de 50,3 puntos¹³. Sin embargo, cabe destacar que, de acuerdo con el informe de desarrollo humano de 2021/2022¹⁷, Japón poseía un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,925, ocupando el 19.º lugar en el ranking global, mientras que Brasil poseía un IDH de 0,754, ocupando el 87.º lugar en el ranking. Este índice se compone de la esperanza de vida, la escolaridad e indicadores de ingreso, evidenciando las disparidades entre los dos países, que tienen impacto en la AS de una población. En el escenario nacional, la media fue similar a la del estudio realizado con adultos y personas mayores del municipio de Piracicaba/SP¹³, que presentó una media de 45,1 puntos.

Al categorizar la AS en alta o baja, sin abordar las dimensiones, se ignoran las potencialidades, las preferencias y las características de determinadas poblaciones¹. Comprender los puntos fuertes y las limitaciones incluidas en las dimensiones (funcional, comunicativa y crítica) de la AS es fundamental para adaptarse a las singularidades y necesidades de una población.

El analfabetismo es un problema que afecta a la población de todo el territorio brasileño; sin embargo, se observa una mayor ocurrencia en las regiones norte y nordeste del país, con peores indicadores al compararse con los factores de raza e ingreso¹⁸. Los años de escolaridad elevados son factores predictores consistentes de mejores niveles de AS, de modo que los individuos con educación universitaria o superior presentaron una probabilidad significativamente mayor de AS elevada¹⁹. Se destaca además la concentración de participantes con ingreso mensual de hasta un salario mínimo. La vulnerabilidad socioeconómica puede impactar la baja AS, lo que se configura como un riesgo para la población rural, que sufre disparidades socioeconómicas al compararse con la población urbana⁶.

Los resultados del presente estudio demostraron que la baja AS no presentó asociación con el grupo de edad, el sexo ni el ingreso. Estos datos difieren del estudio realizado con la población rural y urbana en los Estados Unidos de América⁷, en el que se constató una asociación, aunque pequeña, con dichas variables. Asimismo, un estudio nacional observó que las mujeres con bajo ingreso son más susceptibles a la baja AS, así como las mujeres de mayor edad, evidenciando la asociación entre la AS, la edad y el ingreso de una población²⁰.

En contrapartida, se observó la asociación de la baja escolaridad con la baja AS, tal como ya se había demostrado en otro estudio²¹, realizado con una población rural de Kazajistán, en el que se observó que la escolaridad de los participantes estaba directamente asociada a la AS, corroborando otros estudios de la literatura^{19,20}.

No obstante, cabe destacar que la AS es un concepto multifacético y multidimensional, que involucra no solo habilidades relacionadas con la lectura y la escritura, sino también capacidades cognitivas, comunicativas y críticas necesarias para acceder, comprender, evaluar y utilizar información en salud en la vida cotidiana¹. De este modo, aunque la escolaridad se asocie frecuentemente a la AS y pueda auxiliar en el rastreo de individuos más vulnerables²⁰, por sí sola no garantiza niveles adecuados de alfabetización en salud. Así, evaluar la AS únicamente a partir del grado de escolaridad configura un enfoque reduccionista, dado que factores sociales, culturales, comunicacionales y las experiencias de vida también influyen en el desarrollo de las habilidades relacionadas con la AS²⁰.

Las estrategias utilizadas para desarrollar la alfabetización de una población, a pesar de las dificultades presentadas, como la baja escolaridad y el bajo ingreso, pueden fortalecerse, por ejemplo, comprendiendo cómo la población adquiere información y

conocimientos, ya sea por el conocimiento tradicional, por la tecnología o incluso por las influencias de la propia comunidad²². En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental en el fortalecimiento de la AS, especialmente en la Atención Primaria de Salud, mediante acciones educativas, escucha cualificada y desarrollo de estrategias de comunicación adaptadas a las necesidades socioculturales de la población rural.

Fortalecer la AS de la comunidad es una estrategia poderosa para compartir, reflexionar y, cuando sea necesario, adaptar la información de salud²³. Los diálogos, las ruedas de conversación y las interacciones entre familiares, amigos, colegas y comunidad son esenciales para la promoción de la AS, de los comportamientos saludables y de los resultados de salud de la comunidad²³.

Además, es importante destacar que algunos estudios han utilizado los resultados obtenidos por instrumentos de AS para planificar intervenciones educativas y fortalecer el autocuidado en personas con enfermedades crónicas. Un estudio observó que la aplicación de los instrumentos SKILLD y HLAT-8 permitió identificar lagunas de conocimiento en personas con diabetes mellitus tipo 2, subsidiando intervenciones conducidas por la enfermería, como consultas individuales, actividades grupales y seguimiento telefónico. Posteriormente, se observó un aumento significativo del conocimiento sobre la enfermedad y una mejora de las habilidades relacionadas con la autogestión del cuidado²⁴.

La AS funcional de la población entrevistada se configuró como baja, a diferencia del estudio realizado en Japón¹⁴ y del estudio realizado en los Países Bajos²⁵, pero similar al estudio nacional¹⁵. Esta disparidad quizás pueda explicarse por las características socioeconómicas de la población estudiada, en contraposición con la de los estudios de los países desarrollados.

Ante este escenario, el estigma puede estar presente, dado que los individuos con menor AS pueden intentar ocultar sus limitaciones al interactuar con los profesionales de salud²⁶. En poblaciones rurales, las fuentes de información en salud influyen directamente en la forma en que los individuos interpretan las orientaciones y toman decisiones relacionadas con el cuidado⁷. Así, las dificultades relacionadas con la comprensión y el uso de esa información pueden favorecer sentimientos de inseguridad e incomodidad durante el contacto con los servicios de salud.

Las dificultades relacionadas con la AS funcional pueden llevar al uso incorrecto de medicamentos prescritos y al abandono del plan de cuidados². Los hallazgos coinciden con un estudio que utilizó el mismo instrumento para evaluar la AS funcional de adultos y personas mayores en Piracicaba/SP, en el cual se observó que la mayoría de los participantes tenía dificultad en la lectura de palabras y tardaba mucho tiempo en leer el prospecto y la receta médica, con impacto en la comprensión sobre la enfermedad y en la calidad de la comunicación entre profesional de la salud y paciente²⁷.

El enfermero, principal vínculo de los usuarios con el sistema de salud, desempeña un papel esencial en la percepción de estas limitaciones y en la acogida frente a las necesidades relacionadas, así como en el desarrollo de las habilidades de la AS¹⁰. El estímulo y el desarrollo de acciones de educación permanente para los profesionales de la salud constituyen una estrategia de sensibilización sobre las influencias de la AS en la comprensión y el uso de la información en salud de los usuarios²⁸.

Se observó una mejor puntuación en cuanto a la AS comunicativa y crítica de la población estudiada. El estudio que utilizó el instrumento HLS-14 para evaluar la AS de adultos en Japón¹³ evidenció diferencias entre las dimensiones funcional, comunicativa y crítica de la alfabetización en salud. Conforme el modelo conceptual propuesto por Nutbeam¹, estas dimensiones son jerarquizadas e involucran habilidades distintas, que varían desde capacidades más básicas de lectura y comprensión de la información en salud, en la alfabetización funcional, hasta habilidades más complejas de comunicación, análisis crítico y toma de decisiones. De esta forma, niveles adecuados de alfabetización

en salud funcional no reflejan necesariamente niveles satisfactorios de alfabetización comunicativa y crítica.

Por otro lado, un estudio nacional, que utilizó el instrumento HLS-14, demostró que existen dificultades en la medición de la AS comunicativa y crítica, pues involucran habilidades más avanzadas de la AS, lo que se convierte en un desafío para el investigador¹⁵. Estas dificultades pueden explicarse por la incomodidad de los participantes al demostrar que no buscan o no comprenden la información de salud necesaria para su bienestar, de modo que omiten sus limitaciones por temor a posibles reprensiones de los investigadores¹⁵.

El estigma asociado a la baja AS lleva al desaliento de los individuos, de forma que se avergüenzan de buscar ayuda y enmascaran síntomas. Además, al sentirse incómodos, se crea una barrera en cuanto al reconocimiento de los problemas de salud y a la obtención de cuidado para esos problemas, con impacto en la salud de los individuos²⁶. Puede haber además consecuencias en las relaciones interpersonales y en el acceso a profesionales y recursos en los servicios de salud, las cuales, asociadas a la baja AS, limitan la autonomía y la comunicación de los individuos²⁶.

En el contexto rural, esta comprensión se vuelve especialmente importante, pues el desarrollo de la AS también es influenciado por los saberes populares, por las experiencias comunitarias, por las formas tradicionales de cuidado y por las relaciones sociales establecidas en el territorio⁶. Desde esta perspectiva, la AS debe ser comprendida de manera contextualizada, considerando las singularidades culturales y sociales de las poblaciones, y no solo indicadores formales de escolaridad.

En cuanto a la AS comunicativa, se observó predominio de participantes que refirieron buscar, encontrar, comprender y aplicar información en salud, lo que indica niveles adecuados en ese dominio. En contrapartida, en la alfabetización en salud crítica, se verificó predominio de participantes que relataron no poseer conocimiento suficiente para evaluar la confiabilidad de la información accedida.

Este hallazgo es semejante al observado en un estudio que también evaluó la alfabetización en salud en las tres dimensiones²⁷, en el cual la alfabetización comunicativa presentó niveles superiores a la crítica, evidenciando mayor facilidad en la obtención y comprensión de información, aunque con limitaciones en la evaluación de su confiabilidad y aplicación para la mejora de la salud. De esta forma, se percibe que las habilidades más avanzadas de la AS, que se refieren a la capacidad de juzgar y evaluar la información encontrada para ponerla en práctica, no estaban bien desarrolladas en la población estudiada.

Este estudio presenta limitaciones, entre ellas la ausencia de cálculo muestral. Además, aunque se adoptaron estrategias para favorecer la comprensión de las preguntas, como la aplicación del instrumento mediante entrevista estructurada, con lectura por parte de las investigadoras y registro de las respuestas, no se puede descartar la posibilidad de dificultades de comprensión por parte de algunos participantes, posiblemente relacionadas con la baja escolaridad. Se destaca también la limitación en cuanto a la disponibilidad de instrumentos para la evaluación de la alfabetización en salud en el contexto brasileño, especialmente dirigidos a poblaciones vulnerabilizadas.

En cuanto a la evaluación de la AS, mediante el instrumento HLS-14, que mide habilidades relacionadas con el tema, se observó el predominio de niveles bajos entre los entrevistados. Sin embargo, a pesar de que parte de los participantes alcanzó niveles más elevados, tales resultados deben interpretarse con cautela, considerando la posibilidad de ocultación o enmascaramiento de las dificultades de lectura y comprensión de la información. Además, se verificó dificultad en la comparación de los niveles de AS comunicativa y crítica, dado que existe escasez de estudios nacionales que utilicen el HLS-14.

CONCLUSIÓN

El estudio evidenció predominio de participantes del sexo femenino, con bajos ingresos y escolaridad, con edades entre 40 y 59 años, además de bajos niveles de AS. Al considerar las dimensiones del instrumento, se observó que los entrevistados presentaron puntuaciones más elevadas en las dimensiones de la AS comunicativa y crítica y una baja AS funcional. Por otra parte, esta población puede aún estar buscando estrategias para compensar la baja AS funcional a partir de la alfabetización comunicativa y crítica, dado que afirmaron buscar y comprender la información en salud.

Este estudio evidenció una mayor frecuencia de participantes con niveles reducidos de AS, lo que puede dificultar la comprensión de la información en salud e influir negativamente en la toma de decisiones relacionada con el autocuidado.

Ante los resultados, se verifica el papel fundamental del enfermero, principal enlace entre la población y los servicios de salud en zonas rurales, quien debe fortalecer la AS en las consultas de enfermería, en las visitas domiciliarias y en la realización de grupos y acciones de educación en salud con la población. El enfermero puede contribuir al desarrollo de las habilidades básicas y más avanzadas de la AS y, en consecuencia, potenciar los desenlaces en salud de esta población.

Este estudio aporta contribuciones para la práctica de la enfermería, para los trabajadores rurales y para la comunidad académica. Considerando la importancia y el impacto de la AS, se evidencia la necesidad de evaluar y comprender este constructo en esta población, con el fin de fundamentar el desarrollo de intervenciones que sean sensibles a la AS. Asimismo, los hallazgos de este estudio pueden orientar futuras investigaciones, especialmente en el desarrollo y validación de instrumentos más sensibles al contexto de poblaciones vulnerables, así como en la elaboración y evaluación de estrategias educativas orientadas a la mejora de la AS en este grupo.

REFERENCIAS

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* [Internet]. 2000 [cited 2026 Feb 28];15(3):259-67. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
2. Peres F. A perspectiva emancipatória da literacia em saúde no Brasil: aportes do pensamento freiriano para a translação de saberes em torno de um conceito global. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 28];40(11):e00089824. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT089824>
3. Lima ACP, Maximiano-Barreto MA, Martins TCR, Luchesi BM. Factors associated with poor health literacy in older adults: a systematic review. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 28];55:242-54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.11.016>
4. Pailaha AD. Public health nursing: challenges and innovations for health literacy in rural area. *Public Health Nurs* [Internet]. 2023 [cited 2026 May 11];40(5):769-72. Available from: <https://doi.org/10.1111/phn.13223>
5. Davis TC, Arnold CL. Health literacy research in rural areas. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];269:241-7. Available from: <https://doi.org/10.3233/SHTI200038>
6. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: a systematic review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];103(10):2142-54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>
7. Chen X, Hu T, Njoroge RW, Li M, Kreps G. Examining the relationship between health literacy and the primary source of information for healthcare services among rural residents. *Health Behav Res* [Internet]. 2025 [cited 2026 May 11];8(4):1-15. Available from: <https://doi.org/10.4148/2572-1836.1334>

8. Panelli BL, Barros MBSC, do Ó DMS, Monteiro EMLM. "Promotores da saúde" em um assentamento rural: Letramento em Saúde como intervenção comunitária. Textos Contextos (Porto Alegre) [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];19(1):e29470. Available from: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.1.29470>
9. Pinheiro AKC, Raymundo CE, Santos ESS, dos Santos MYS, Sarefino AO, Souza MHN, et al. Factors associated with functional health literacy and the quality of life of riverside residents served by the primary care network in the Brazilian Amazon: a cross-sectional study. BMC Prim Care [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 28];25:428. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02684-y>
10. Serbim AK, dos Santos NO, Paskulin LMG. Effects of the Alpha-Health intervention on elderly's health literacy in primary health care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 28];75(Suppl 4):e20200978. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0978>
11. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, da Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. Rev Saude Publica [Internet]. 2010 [cited 2026 Feb 28];44(3):559-65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
12. da Silva DV, Borges JRP. As feiras-livres da agricultura familiar em Arapiraca. Raízes [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];40(1):84-101. Available from: <https://doi.org/10.37370/raizes.2020.v40.642>
13. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). Environ Health Prev Med [Internet]. 2013 [cited 2026 Feb 28];18(5):407-15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12199-013-0340-z>
14. Batista MJ, Marques ACP, Silva Júnior MF, Alencar GP, de Sousa MLR. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of Brazilian Portuguese version of the 14-item Health Literacy Scale. Cienc Saude Colet [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];25(7):2847-57. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018>
15. Perez Puello SC, Silva-Júnior MF, de Sousa MLR, Batista MJ. Criterion validity of 14-item Health Literacy Scale (HLS-14) questionnaire in Brazilian adults and older people. Health Promot Int [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 28];37(5):daac142. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/daac142>
16. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. Cienc Saude Colet [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 28];26(9):4021-32. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
17. United Nations Development Programme. Human development report 2020. New York: UNDP; 2021. 410 p.
18. Silva TL, Maranhão TA, Sousa GJB, da Silva IG, Lira Neto JCG, Araújo GAS. Spatial analysis of suicide in northeastern Brazil and associated social factors. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 28];31:e20210096. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0096>
19. Pimentel SM, de Avila MAG, de Medeiros VDA, Prata RA, Nunes HRC, da Silva JB. Factors related to health literacy among Brazilian adolescents: cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 28];58:e20230310. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0310en>
20. Campos AAL, Neves FS, Saldanha RF, Duque KCD, Guerra MR, Leite ICG, et al. Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. Cad Saúde Colet [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];28(1):66-76. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280295>
21. Shayakhmetov SS, Toguzbayeva KK, Ismailova AA, Tabibi R, Derbishaliev ZK, Dzhusupov KO. Health literacy of rural population of Kazakhstan. Iran J Public Health [Internet]. 2020 [cited 2026 Feb 28];49(7):1391-400. Available from: <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/17785>
22. Li Y, Lv X, Liang J, Dong H, Chen C. The development of health literacy in China. Front Public Health [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 28];10:1034907. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1034907>

23. World Health Organization (WHO). Health literacy development for the prevention and control of NCDs: Volume 1. Overview. [Internet]. Geneva: WHO; 2022. [cited 2026 Feb 28]. 580 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>
24. Paes RG, Mantovani MF, Costa MC, Pereira ACL, Kalinke LP, Moreira RC. Effects of educational intervention on health literacy and knowledge about diabetes: a quasi-experimental study. Esc Anna Nery [Internet]. 2022. [cited 2026 Feb 28];26:e20210313. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313en>
25. Van der Vaart R, Drossaert CHC, Taal E, ten Klooster PM, Hilderink-Koertshuis, Klaase JM, et. al. Validation of Dutch health literacy scales. Patient Educ Couns [Internet]. 2012 [cited 2026 Feb 28];89(1):82-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.014>
26. O'Brien JA, Hickman RL, Burant C, Dolansky M, Padrino S. Health Literacy, Perceived Stigma, Self-Efficacy, and HRQOL in Sickle Cell Disease. West J of Nur Res. [Internet]. 2023[cited 2026 Feb 28];45(4):335-343. Available from: <https://doi.org/10.1177/01939459221135331>
27. Tenani CF, Silva Júnior MF, de Sousa MLR, Batista MJ. Health literacy dimensions among public health service users with chronic diseases in Piracicaba, Brazil, 2019. Braz J Oral Sci [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 28];21:e227259. Available from: <https://doi.org/10.20396/bjos.v21i00.8667259>
28. Stiller C, Brandt L, Adams M, Gura N. Improving the readability of patient education materials in physical therapy. Cureus [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 28];16(2):e54525. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.54525>

Association between health literacy and sociodemographic characteristics of rural workers: a cross-sectional observational study

ABSTRACT

Objective: To assess health literacy and its association with the sociodemographic characteristics of rural workers. **Method:** Observational, quantitative, descriptive, and analytical study conducted with 101 rural workers in the municipality of Arapiraca, Alagoas, Brazil, between 2022 and 2023. A sociodemographic questionnaire and the Health Literacy Scale-14 instrument were used to assess health literacy. Individuals aged 18 years or older, living in rural areas, users of the selected Primary Health Care units, and engaged in agricultural activities were included. Descriptive and inferential data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences, applying the chi-square test. **Results:** Low health literacy predominated, corresponding to 56 cases (55.4%). Functional literacy presented the lowest levels, whereas the communicative and critical domains presented higher scores. A statistically significant association was observed between health literacy and educational level ($p=0.007$). **Conclusion:** Low health literacy may influence the health choices of the rural population, highlighting the importance of the nurse in developing these skills.

DESCRIPTORS: Health Literacy; Rural Population; Rural Health; Health Behavior; Nursing.

Recibido en: 25/11/2025

Aprobado en: 19/05/2026

Editor asociado: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Autor correspondiente:

Mairy Edith Batista Sampaio

Universidade Federal de Alagoas

Av. Manoel Severino Barbosa, S/N, Bom Sucesso, Arapiraca – AL

E-mail: mairysampaio12@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Sampaio MEB, de Almeida AKA, Serbim AK**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Sampaio MEB, de Almeida AKA, de Almeida TG, Quintela SC, dos Santos NO, Serbim AK**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Sampaio MEB, de Almeida AKA, Serbim AK**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que los datos están disponibles en un repositorio en línea: <https://ud10.arapiraca.ufal.br/repositorio/publicacoes/5478>

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).