



**UNIVERSIDADE  
E D U A R D O  
M O N D L A N E**

**FACULDADE DA EDUCAÇÃO**  
Mestrado em Educação de Adultos

Relação entre a Educação de Adultos e Saúde Pública em Moçambique na Perspectiva do Pessoal de Saúde do Centro de Saúde do Hospital Geral José Macamo e Alfabetizandos e Educandos do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Escola Primária Completa Unidade 24

**Pedro Afonso**

**Maputo, Dezembro de 2021**



UNIVERSIDADE  
E D U A R D O  
MONDLANE

## FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Relação entre a Educação de Adultos e a Saúde Pública em Moçambique na Perspectiva do Pessoal de Saúde do Centro de Saúde do Hospital Geral José Macamo e de Alfabetizandos e Educandos do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Escola Primária Completa  
Unidade 24

Dissertação apresentada em cumprimento dos requisitos parciais para a obtenção do grau de Mestre em Educação de Adultos

Pedro Afonso

Supervisor:

Prof. Doutor Domingos Buque

Maputo, Dezembro de 2021

## DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada, na sua essência, para a obtenção de um outro qualquer grau ou num outro âmbito e que constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre Educação de Adultos da Universidade Eduardo Mondlane.

Assinatura

---

Pedro Afonso

Maputo, de Dezembro de 2021

## DEDICATÓRIA

*Este trabalho dedico à minha eterna esposa (em memória). Catarina Massango Afonso, pelo amor, incentivo e que incansavelmente esteve ao meu lado dando impulso para a elaboração desta dissertação.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida.

Aos meus filhos: Lulucha, Nita, Maguy, Eby, Júnior (Juny) e à minha sobrinha Nilsa, que souberam dividir comigo o tempo e o espaço que coabitamos, sobretudo na partilha dos meios informáticos para a realização de trabalhos da escola.

Agradeço especialmente ao corpo docente do Departamento de Educação de Adultos da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane, pela sábia partilha do conhecimento durante os anos que frequentei o curso e, em especial, ao meu Supervisor, Professor Doutor Domingos Buque, pela orientação, confiança e dedicação na realização deste trabalho. Também agradeço à Prof. Doutora Bernardete Tesoura pela orientação na fase inicial desta pesquisa.

Os agradecimentos vão também aos colegas do curso que, incansavelmente, criaram momentos comuns de partilha de informações e de conhecimento.

Endereço os meus agradecimentos especiais ao Dr. André José Caramba que, durante a minha formação até esta fase da dissertação, nunca poupou esforços na disponibilização de informação bibliográfica para o enriquecimento deste trabalho.

Os meus agradecimentos estendem-se à direcção do Centro de Saúde José Macamo e os seus funcionários, assim como à direcção do Centro de Alfabetização da Escola Primária Completa Unidade 24, em particular aos alfabetizandos, por terem disponibilizado o seu tempo para o preenchimento dos questionários que constituíram o meio de recolha de dados desta pesquisa.

A todos os que de forma directa ou indirecta contribuíram para o alcance desta etapa de formação, o meu muito obrigado.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AEA</b>	Alfabetização e Educação de Adultos
<b>CAEAEPCU2 4</b>	Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Escola Primaria Completa Unidade 24
<b>CSHGJM</b>	Centro de Saúde do Hospital Geral José Macamo
<b>EUA</b>	Estados Unidos de América
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>MINED</b>	Ministério da Educação
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONG's</b>	Organizações Não – Governamentais

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Amostra de Pesquisa.	3
	4
Tabela 2: Calendário de recolha de dados	3
	7
Tabela 3: Objectivos, perguntas e técnicas de recolha de dados da pesquisa.	3
	8
Tabela 4: Distribuição dos Alfabetizados por Sexo	4
	3
Tabela 5: Tempo de Estudo neste Centro	4
	4
Tabela 6: Nível de Satisfação com o Curso naquele Centro	4
	4
Tabela 7: Distribuição por Sexo dos Funcionários do Centro de Saúde do Hospital Geral	4
	5
José Macamo	
Tabela 8: Tempo de Serviço na Área de Saúde.	4
	5
Tabela 9: Fluxo de Pacientes no Centro de Saúde	4
	6
Tabela 10: Distribuição pelo Nível de Dificuldades de Compreensão Médica antes de frequentar o Curso	4
	7
Tabela 11: Distribuição dos Utentes do Centro de Saúde por Dificuldades de Percepção Médica	4
	9
Tabela 12: Distribuição pela Faixa Etária que Apresenta mais Dificuldades em Perceber a Prescrição Médica.	4
	9
Tabela 13: Distribuição pelas principais causas da morte	5
	0
Tabela 14: Distribuição pelas Vantagens do Curso de Alfabetização	5
	1
Tabela 15: Distribuição de concordância que uma pessoa alfabetizada pode contribuir para a saúde pública.	5
	5



## .RESUMO

Esta pesquisa trata da Relação entre Educação de Adultos e a Saúde Pública em Moçambique na perspectiva do pessoal de saúde do Centro de Saúde do Hospital Geral José Macamo (CSHGJM) e dos aprendentes do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Escola Primária Unidade 24 (CAEAEPUCU24). Tem como objectivo geral compreender a relação existente entre a Educação do Adultos e a Saúde Pública em Moçambique. Sendo um estudo que recorreu a uma abordagem mista, isto é, a métodos quantitativo e qualitativo, empregou-se questionários e entrevistas para a recolha de dados junto do pessoal de saúde e dos alfabetizandos e educandos, num total de 68 participantes. Para além destas técnicas de recolha de dados, empregou-se também a análise documental e a pesquisa bibliográfica. Os dados obtidos através dos questionários foram tratados estatisticamente através de cálculos da frequência descritiva, no pacote SPSS, para os dados numéricos do questionário, e qualitativamente através da descrição e análise das respostas dadas pelos profissionais de saúde, alfabetizandos e educandos. Os dados captados através da entrevista foram analisados com base no seu conteúdo. A análise dos dados obtidos tanto com recurso a questionários quanto a entrevistas consistiu na triangulação da informação proveniente das referidas técnicas de recolha de dados. Os resultados das entrevistas e do questionário indicam existir relação entre a educação e a saúde, pois a educação proporciona conhecimentos necessários às pessoas de modo a tomarem a assumirem acções e atitudes prudentes e desejáveis face à saúde, podendo assim interpretar e seguir as recomendações médicas e, por conseguinte, a melhorar a sua saúde pessoal e da comunidade, o que se traduz num impacto positivo da educação sobre a saúde pública.

**Palavras-chave:** Educação, Alfabetização, Adulto, Educação de Adultos, Saúde e Saúde Pública

## ABSTRACT

This research deals with the Relationship between Adult Education and Public Health in Mozambique from the perspective of José Macamo General Hospital Health Center (CSHGJM) health staff and learners from the Adult Education Center of *Unidade 24* Primary School (CAEAEPUCU24). Its general objective is to understand the relationship between Adult Education and Public Health in Mozambique. As a study that employed a mixed approach, that is, quantitative and qualitative methods, questionnaires and interviews were used to collect data from health personnel and the learners, in a total of 68 participants. Beside these data collection techniques, document analysis and bibliographic research were also used to collect data. The data obtained through the questionnaires were treated statistically through descriptive frequency calculations, in the SPSS software, for the numerical data of the questionnaire, and qualitatively through the description and analysis of the answers given by health professionals, and the learners. Data collected through the interview were analyzed based on its content. The analysis of data obtained from both questionnaires and interviews consisted of triangulation of information from these data collection techniques. The results of the interview and the questionnaire illustrate that there is a relationship between education and health, since education provides the knowledge needed by people in order to take prudent and desirable actions and attitudes towards health, so that they can be able to interpret and follow medical recommendations and, therefore, to improve their personal and community health, which translates into a positive impact of education on public health.

**Keywords:** Education, Literacy, Adult, Adult Education, Health and Public Health

# Índice

<a href="#">DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE.....</a>	<a href="#">i</a>
<a href="#">DEDICATÓRIA.....</a>	<a href="#">ii</a>
<a href="#">AGRADECIMENTOS.....</a>	<a href="#">iii</a>
<a href="#">LISTA DE ABREVIATURAS.....</a>	<a href="#">iv</a>
<a href="#">LISTA DE TABELAS.....</a>	<a href="#">v</a>
<a href="#">ABSTRACT.....</a>	<a href="#">vi</a>
<a href="#">CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....</a>	<a href="#">1</a>
1.1. <a href="#">Contexto Sociocultural da Pesquisa.....</a>	<a href="#">1</a>
1.2. <a href="#">Local da Pesquisa.....</a>	<a href="#">2</a>
1.3. <a href="#">Justificativa.....</a>	<a href="#">4</a>
1.4. <a href="#">Relevância do Estudo.....</a>	<a href="#">5</a>
1.5. <a href="#">Problema da pesquisa.....</a>	<a href="#">6</a>
1.6. <a href="#">Objectivos da pesquisa.....</a>	<a href="#">8</a>
1.6.1. <a href="#">Objectivo Geral.....</a>	<a href="#">8</a>
1.6.2. <a href="#">Objectivos Específicos.....</a>	<a href="#">8</a>
1.7. <a href="#">Perguntas de Pesquisa.....</a>	<a href="#">8</a>
1.8. <a href="#">Estrutura do Trabalho.....</a>	<a href="#">8</a>
<a href="#">CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA.....</a>	<a href="#">10</a>
2.1. <a href="#">Conceitos Chave.....</a>	<a href="#">10</a>
2.1.1. <a href="#">Educação.....</a>	<a href="#">10</a>
2.1.2. <a href="#">Alfabetização.....</a>	<a href="#">13</a>
2.1.3. <a href="#">Adulto.....</a>	<a href="#">14</a>
2.1.4. <a href="#">Educação de Adultos.....</a>	<a href="#">16</a>
2.1.5. <a href="#">Saúde.....</a>	<a href="#">17</a>
2.1.6. <a href="#">Saúde Pública.....</a>	<a href="#">18</a>
2.2. <a href="#">Quadro Teórico.....</a>	<a href="#">20</a>
2.2.1. <a href="#">Relação entre Educação e Saúde Pública.....</a>	<a href="#">22</a>
2.2.2. <a href="#">Impacto da educação na saúde.....</a>	<a href="#">24</a>

<u>CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....</u>	<u>31</u>
3.1. <u>Tipo e forma de abordagem.....</u>	<u>31</u>
3.2. <u>População e amostra da Pesquisa.....</u>	<u>32</u>
3.3. <u>Processo de amostragem.....</u>	<u>33</u>
3.4. <u>Técnicas e Instrumentos de Pesquisa.....</u>	<u>34</u>
3.5. <u>Processo de recolha de dados.....</u>	<u>36</u>
3.6. <u>Plano de análise dos dados da pesquisa.....</u>	<u>39</u>
3.7. <u>Validade e Fiabilidade.....</u>	<u>40</u>
3.8. <u>Considerações Éticas.....</u>	<u>41</u>
3.9. <u>Limitações do estudo.....</u>	<u>41</u>
<u>CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</u>	<u>43</u>
4.1. <u>Participantes no estudo.....</u>	<u>43</u>
4.2. <u>Relação entre a educação e a saúde pública.....</u>	<u>46</u>
4.2.1. <u><i>Frequência com que se vai ao hospital.....</i></u>	<u>46</u>
4.2.2. <u><i>Comunicação dos alfabetizados e educandos com o pessoal médico.....</i></u>	<u>47</u>
4.3. <u>Impacto da AEA na saúde.....</u>	<u>51</u>
4.3.1. <u><i>Vantagens da AEA na vida social.....</i></u>	<u>51</u>
4.3.2. <u><i>Mudanças na vida pessoal e comunitária como resultado da AEA.....</i></u>	<u>53</u>
<u>CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</u>	<u>58</u>
5.1. <u>Conclusões.....</u>	<u>58</u>
5.2. <u>Sugestões.....</u>	<u>59</u>
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>60</u>

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Este capítulo é constituído de oito secções. A primeira descreve o contexto sociocultural da pesquisa, em que se faz uma reflexão sobre o papel que a educação de adultos pode desempenhar no combate ao analfabetismo e a doenças pandémicas como o HIV/SIDA. Na segunda secção, descreve-se o local da pesquisa, especificamente, o Centro de Saúde José Macamo e a Escola Primária Completa Unidade 24 de Maxaquene. A secção seguinte apresenta as razões que levaram à condução desta pesquisa (justificativa). A quarta secção apresenta a relevância da pesquisa. O problema da pesquisa é formulado na quinta secção. Na sexta, apresenta-se os objectivos gerais e específicos da pesquisa e, na sétima, as respectivas questões. Por último, na oitava secção, apresenta-se a estrutura desta dissertação.

### 1.1. Contexto Sociocultural da Pesquisa

O analfabetismo e as pandemias do século são uns dos maiores problemas que afectam o Continente Africano, porque contribuem para a redução da densidade populacional e o aumento da pobreza. Sendo Moçambique parte integrante de África, é também assolado por estes mesmos problemas e, para os ultrapassar, há que pensar em estratégias adequadas, tais como a educação e a saúde pública.

É neste contexto que a presente dissertação intitulada “Relação entre a Educação de Adultos e a Saúde Pública em Moçambique na perspectiva do pessoal de saúde do Centro de Saúde do Hospital Geral José Macamo e dos alfabetizandos e educandos do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Escola Primária Completa Unidade 24” se constitui num instrumento de pesquisa para uma maior compreensão da relação entre estes dois campos, a educação de adultos e a saúde pública. Efectivamente, o analfabetismo, a taxa de mortalidade e a pobreza absoluta são problemas que evocam a necessidade da busca das causas e da identificação de estratégias capazes de contribuir na redução ou eliminação desses mesmos problemas. Na perspectiva de Rizzo (2002), a importância da redução e da eliminação do analfabetismo e da pandemia do século (HIV/SIDA) através da educação e da saúde pública, pode contribuir para o desenvolvimento, socialização, aculturação e bem-estar biopsicossocial da sociedade moçambicana.

O mesmo autor considera que o ser humano nasce em sociedade, mas não nasce social e, por isso, precisa de uma educação para melhor se inserir numa determinada sociedade, enquanto principal responsável pela busca de satisfação das suas necessidades socioculturais e económicas. Rizzo (2002), ainda, considera a educação como um meio que o ser humano necessita para alcançar os seus desejos de desenvolvimento cultural, de crescimento, de socialização e de bem-estar.

Em países em vias de desenvolvimento como Moçambique, em que cerca de 40% da população é analfabeta (INE, 2017) e doenças como a malária, cólera, HIV/SIDA, entre outras, constituem um problema de saúde pública (MISAU, 2013), a educação de adultos pode contribuir para o melhoramento do *status quo*, desde que se vença as barreiras culturais que muitas das vezes impedem que homens e mulheres se beneficiem de programas de alfabetização e educação de adultos (AEA). Por exemplo, de acordo com Linden e Rungo (2005), alguns homens sentem-se inibidos quando têm de estudar com mulheres nos centros de AEA, preferindo juntar-se a amigos e consumir bebidas alcoólicas, outros, por conta da sociedade patrilinear de que são parte, impedem que as suas esposas se inscrevam em programas de AEA.

Na cultura africana, a oralidade sempre foi um canal privilegiado de transmissão de pensamento, valores, sentimentos, princípios e normas. Através de ritos, mitos, hábitos, lendas se ensinavam as gerações os bons comportamentos, costumes, a higiene e o cuidado da saúde, o trabalho, o estudo e a observação das práticas ensinadas nos ritos de iniciação (Tesoura, 2008). De acordo com este autor, a tradição oral na civilização Bantu desempenha um papel importantíssimo na transmissão do saber e no cuidado da saúde individual e pública, tendo um valor jurídico, moral e religioso, pois ainda continua a fazer-se uso deste tipo de educação sobretudo no interior do país, onde a rede escolar é muitas vezes, pouco presente.

## **1.2. Local da Pesquisa**

Este trabalho foi realizado na Cidade de Maputo, capital de Moçambique, um país que se localiza na Costa Oriental da África austral. Confina ao Norte com a República Unida da Tanzânia; a Noroeste, com o Malawi e a Zâmbia; a Oeste, com o Zimbábwe, a África do Sul e a Suazilândia; e a Sul com República da África do Sul (INE, 2017).

Conforme os dados estatísticos do censo populacional de 2017, Moçambique tem uma população estimada em 27.909.798 milhões de habitantes, sendo que a maioria (50.1%) tem entre 15 e 64 anos de idade. A esperança de vida é de 53.7%, a taxa de mortalidade infantil 67.3% e a taxa de crescimento é 2.8%, desde o censo de 2007. A população economicamente activa corresponde a 57.6%, sendo que a maioria (66.8%) se ocupa da agricultura, silvicultura, pesca e extracção mineira (INE, 2017)

Especificamente, a pesquisa realizou-se no Centro de Saúde José Macamo e na Escola Primária Completa unidade 24 de Maxaquene. Ambas as instituições localizam-se na Cidade de Maputo. Importa referir que o Centro de Saúde José Macamo é um estabelecimento sanitário pertencente ao Estado moçambicano, orientado para o trabalho curativo dos pacientes residentes nos bairros periféricos da cidade de Maputo e até mesmo a pacientes provenientes da província de Maputo. Trata-se de um Centro de Saúde anexo ao Hospital Geral José Macamo (HGJM). Foi construído em Outubro de 2009 pela Amizade Cooperação, em parceria dos Governos dos EUA, de Moçambique e o Fundo de Apoio aos Parceiros (MISAU, 2013).

Segundo MISAU (2013), a construção do Centro teve como objectivo principal o descongestionamento do HGJM. Tem como atribuições específicas o atendimento a pacientes com patologias não graves, isto é, que não necessitam dos serviços de urgência porque, estes são atendidos no Banco de Socorros do Hospital Geral José Macamo, do qual o Centro é anexo, encontrando-se situado ao lado da morgue do mesmo hospital, que se localiza na Avenida da OUA, defronte da Escola Primária Completa Lhanguene Piloto. O referido Centro possui sete blocos, onde funcionam:

- O gabinete do Director do Centro (gabinete médico);
- O gabinete do Enfermeiro-Chefe do Centro;
- Os gabinetes de triagem de adultos e crianças;
- Os gabinetes de consulta de portadoras do HIV-SIDA;
- Os gabinetes de Técnicos de Medicina Geral e Preventiva;
- Os gabinetes de Saúde Materno Infantil;
- Os gabinetes de Aconselhamento e Testagem em Saúde;
- Os gabinetes de Consulta de Criança em Risco;

- Os gabinetes de Curva e Peso;
- Os gabinetes do Programa Alargado de Vacinação; e
- O gabinete de Consulta de Criança Sadia.

De igual modo, o Centro possui um bloco para farmácia com o respectivo depósito de medicamentos, um bloco onde funciona a recepção e o sector Administrativo, balneários femininos e masculinos, duas salas de espera, sendo uma para triagem e a outra para a farmácia e um parque de estacionamento de viaturas para os funcionários e utentes. Os blocos estão separados por um jardim que ornamenta o Centro, por estrada e passarelas de peões. É de salientar que o Centro tem iluminação, água canalizada e possui um gerador e uma bomba de água que automaticamente garantem iluminação e água quando há corte de energia ou água (MISAU, 2013).

Em relação aos recursos humanos, o Centro possui 52 funcionários, dentre os quais um médico, dois psicólogos, dois técnicos profissionais de medicina (geral e preventiva respectivamente), um técnico de farmácia, 22 enfermeiros, três agentes de medicina preventiva, três agentes de farmácia, oito assistentes administrativos e 10 agentes de serviços (serventes).

Relativamente à Escola Primária Completa Unidade 24, localiza-se na Avenida Milagre Mabote, no distrito Municipal Ka-Maxakeni. Nesta escola, funcionam cinco Centros de Alfabetização, sendo um no curso nocturno e quatro no curso diurno, distribuídos desta forma: um na Escola Primária Completa Unidade 24, um no Maxaquene A, um no Centro Santo António de Malhangalene, outro na AMDC e outro no Wesleyana. Nestes centros, funciona um programa de alfabetização e educação de adultos (AEA), isto é, do primeiro ao terceiro nível. O primeiro nível conta com um efectivo de 82 alfabetizandos, distribuídos por quatro turmas. O segundo nível tem um total de 144 alfabetizandos, também com quatro turmas. Finalmente, o terceiro nível tem um total de 105 educandos em três turmas, totalizando 331 aprendentes, distribuídos por 11 turmas e 11 alfabetizadores/educadores. O programa de AEA na Escola Primária Completa Unidade 24 funciona no curso nocturno (MINED, 2005).

### **1.3. Justificativa**

A escolha deste tema deve-se ao facto de a Educação de Adultos constituir um foco de atenção em todo o planeta terra, caracterizada por comunidades de aprendizagem e de conhecimento, o que requer uma aprendizagem contínua. Com base naquilo que se observa na experiência quotidiana da vida no país (analfabetismo, pandemias, malnutrição, entre outros males), pode se dizer que há necessidade de se aprimorar a educação de adultos.

É de salientar, por um lado, que a educação do adulto é um processo de ensino e aprendizagem mediante um programa que promove a aquisição e o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes/valores). Por outro, a EA visa dotar o adulto de conhecimentos da sua própria realidade e do seu próprio meio ambiente. É importante que o adulto tenha um conhecimento básico para melhor discernir o mau e o bom para a sua saúde e para a saúde de todos os que o rodeiam, bem como para prevenir várias enfermidades.

Ademais, da pesquisa bibliográfica realizada no âmbito deste estudo, foi possível constatar a quase inexistência de pesquisa sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública em Moçambique. Daí a realização deste estudo, que procura compreender a relação entre a educação de adultos e a saúde pública.

### **1.4. Relevância do Estudo**

O problema do analfabetismo e da saúde pública não só constitui uma preocupação global hoje como também é tema de actualidade, o que de certa forma, habilita este estudo a contribuir para o desenvolvimento do país, particularmente na área social, permitindo que os governantes, os fazedores de políticas públicas e até as organizações não-governamentais (ONG's) e a sociedade civil tomem uma nova postura, uma nova consciência na problemática da educação de adultos e da saúde. Esta convicção parte do pressuposto que é a partir deste adulto educado que as novas gerações aprendem o abecedário dentro do seu núcleo familiar.

De acordo com a OMS (2003), os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa. O ambiente físico é talvez o factor mais importante que deve ser considerado na classificação do estado de saúde de um indivíduo. Isso inclui factores como água e ar limpos, casas, comunidades e estradas seguras, todos contribuindo para a boa saúde. De facto, ter um adulto instruído ou educado

pode contribuir para a saúde pública, porque, à luz do conhecimento da ciência, ele pode promover a saúde e bem-estar no seio da família, do bairro e da sociedade.

Um adulto educado pode ajudar o outro a tomar consciência sobre como manter a higiene individual e colectiva, pois muitas das vezes a mortalidade infantil, e em algumas vezes de adultos, é resultado da ausência de conhecimento sobre cuidados a tomar para a saúde pública, desconhecimento total de regras de higiene e segurança nos locais de residência ou de trabalho, não se observando o manuseamento ou a disposição adequada de dejectos humanos (fezes e urinas), do lixo e das águas residuais e por falta do conhecimento dos métodos de combate contra os insectos transmissores de doenças, de prevenção de doenças como HIV-SIDA e outras doenças de transmissão sexual. Por isso, a saúde pública passa pela educação de adultos, porque são eles que têm a responsabilidade de velar pela conservação do património colectivo cultural e educativo.

Do ponto de vista pessoal, este estudo permite ao pesquisador informar-se, com base num trabalho científico, sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública, para poder dialogar com outros pesquisadores sobre o tema. Deriva disto que esta pesquisa poderá alimentar o debate académico sobre este tema, o que poderá resultar em mais estudos nesta ou noutra perspectiva.

Do ponto de vista social, o estudo vai servir de base para que a sociedade perceba a importância da educação de adultos como um mecanismo de acesso a uma diversidade de conhecimentos, incluindo sobre a saúde, mormente a prevenção e tratamento de algumas doenças que ainda constituem um problema de saúde pública no país.

Estes são alguns fundamentos sobre a relevância deste estudo, que focaliza a sua abordagem na compreensão da relação entre a educação do adulto e a saúde pública, por se acreditar que os problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento, como é o caso de Moçambique, podem derivar da baixa escolarização, falta dela ou desconhecimento sobre os cuidados a ter em conta para a promoção da saúde pública.

### **1.5. Problema da pesquisa**

Para garantir a melhoria da saúde pública, é necessário educar a população para que tome consciência da sua responsabilidade na criação e conservação de ambientes saudáveis para o bem da comunidade. O termo ‘educar’ aqui usado inclui alfabetizar, como processo básico para o acesso a mensagens escritas. De facto, o acesso à escrita e ao mundo do conhecimento que se amplia no

espaço e no tempo abre horizontes para novas aprendizagens, que permitem a participação na vida política, cultural e social e na gestão de problemas inerentes à vida humana (Santos *et al.*, 2013).

Segundo a OMS (s/d), a alfabetização e a educação de adultos poderão contribuir para a redução da ignorância no aspecto de saneamento do ambiente, aumento da densidade populacional e esperança de vida, produtividade e tutela da saúde individual e colectiva.

Em Moçambique, principalmente nas zonas urbanas, tem-se verificado o incumprimento das regras de higiene pessoal e colectiva. Por exemplo, capta-se odores nauseabundos nas vias de acesso, ruas, jardins e outros lugares públicos. Esta situação mostra claramente a falta de saneamento, com consequências na saúde pública. Para a OMS (s/d), saneamento tem que ver com o controlo da totalidade de factores ambientais com efeitos prejudiciais sobre o bem-estar, físico, mental e social dos indivíduos, tais como, poluição do ar (emissão de gases), do solo (lixo urbano) e das águas (dejectos lançados nos rios, represas, etc.), poluição sonora e visual, ocupação desordenada do solo (margens de rios, mares, etc.), o esgoto a céu aberto, enchentes, etc.

Por outro lado, em Moçambique, segundo Ministério da Saúde (2013), ainda constituem problemas de saúde pública doenças transmissíveis como a malária e o HIV/SIDA, responsáveis, respectivamente, por 29% e 27% de mortes em 2011, e tuberculose; doenças não transmissíveis como as de natureza cardiovascular, diabética, cancerígena (em mulheres no período 2009-2010, na cidade de Maputo, cancro do colo do útero (31%), seguido do cancro da mama (10%) e do sarcoma de Kaposi (7%) e em homens, sarcoma de Kaposi (16%), cancro da próstata (16%) e do fígado (11%)); mortalidade materna e neonatal; malnutrição; cólera na época chuvosa; doenças diarreicas; meningite na época seca e anemia.

O resultado da inobservância das normas da saúde pública é a degradação do ambiente e, mais grave ainda, a proliferação de doenças endémicas como a malária, a cólera que constituem um problema de saúde pública no país. Tanto a degradação do ambiente quanto as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que podem resultar em mortes entre os cidadãos, podem resultar da falta de conhecimentos, habilidades e atitudes no âmbito da saúde.

Neste contexto, a pergunta geral orientadora deste estudo é: De que modo a Educação de Adultos se relaciona com Saúde Pública, na perspectiva do pessoal de saúde do Centro de Saúde do Hospital Geral José Macamo (CSHGJM) e dos alfabetizandos e educandos da Escola Primária Completa Unidade 24 (EPCU24) na Cidade de Maputo?

Relacionados com o problema formulado, o estudo procura alcançar os objectivos apresentados a seguir.

## **1.6. Objectivos da pesquisa**

Para o bom desempenho de qualquer actividade de pesquisa, é necessário definir, antes de mais, os objectivos que se pretende alcançar, os quais são subdivididos em gerais e específicos.

### **1.6.1. Objectivo Geral**

Compreender a relação existente entre a educação de adultos e a saúde pública na perspectiva do pessoal de saúde do CSHGJM e dos alfabetizandos e educandos da EPCU24 na Cidade de Maputo.

### **1.6.2. Objectivos Específicos**

1. Descrever a relação entre a Educação de Adultos e a Saúde Pública;
2. Apresentar as percepções dos participantes no estudo (CSHGJM e dos alfabetizandos e educandos da EPCU24) sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública;
3. Discutir o impacto da Educação de Adultos na Saúde Pública dos participantes no estudo.

## **1.7. Perguntas de Pesquisa**

Para uma melhor compreensão da relação existente entre a educação de adultos e a saúde pública, foram elaboradas as seguintes perguntas de pesquisa, as quais estão alinhadas com os objectivos acima formulados:

1. Que relação existe entre a educação de adultos e a saúde pública?
2. Qual é a percepção dos participantes no estudo sobre a relação entre a educação de adultos e Saúde Pública?
3. Qual é o impacto da Educação de Adultos na saúde pública dos participantes no estudo?

## **1.8. Estrutura do Trabalho**

A presente dissertação aborda a questão sobre a relação entre a Educação de Adultos e a Saúde

Pública. Está estruturada em cinco capítulos, a saber:

O primeiro capítulo compreende à Introdução, que, para além da contextualização da pesquisa, faz a descrição do local da pesquisa, apresenta a justificação da escolha do tema, a relevância do mesmo, descreve o problema da pesquisa, formula os objectivos e as perguntas de pesquisa e, finalmente, apresenta a estrutura do trabalho.

O segundo capítulo faz a Revisão da Literatura. Aqui é apresentado o quadro conceptual, no qual se faz a apresentação e discussão dos termos chave bem como o quadro teórico da pesquisa.

O terceiro capítulo descreve a Metodologia usada para a pesquisa, que é mista (qualitativa e quantitativa); descreve os participantes da pesquisa; o processo de amostragem; as técnicas e instrumentos de recolha dados; o processo de recolha de dados; o plano de análise dos dados; a validade e fiabilidade dos instrumentos, as considerações éticas e, por fim, as limitações do estudo.

O quarto capítulo apresenta e discute os resultados da pesquisa em função dos objectivos da pesquisa. Finalmente, o quinto capítulo apresenta as conclusões e recomendações do estudo.

## **CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA**

Este capítulo apresenta a abordagem teórico-conceitual do tema. Apresenta uma discussão sobre os vários estudos publicados em volta deste assunto. De facto, o estudo de qualquer tema implica uma pesquisa bibliográfica que torna possível o conhecimento de um fenómeno, de uma situação, através dos autores seleccionados para o efeito, isto é, um quadro teórico que serve de base para problematizar e operacionalizar a pesquisa.

Este estudo não tem a pretensão de trazer teorias sobre a Saúde ou sobre a Educação para a Saúde, pois o seu foco é sobre a relação que possa haver entre a alfabetização e educação de adultos e a saúde pública, no sentido de que os participantes neste estudo percebem a existência ou não da relação entre a aprendizagem mobilizada na AEA e a sua saúde individual, familiar e comunitária. Portanto, não interessa neste estudo o tempo que o alfabetizador e o educador de adultos poderão ter dedicado a questões de saúde nas suas aulas, mas sim, o conhecimento da leitura e cálculo dos participantes no estudo, para a prevenção e tratamento de doenças.

Como ponto de partida e para dissipar quaisquer equívocos ao longo do estudo sobre o uso de um e outro termo, a seguir, define-se e discute-se os conceitos chave e, depois, apresenta-se o quadro teórico com base em dois eixos: (i) relação entre educação e saúde pública e (ii) impacto da educação de adultos na saúde pública.

### **2.1. Conceitos Chave**

Nesta secção, define-se e discute-se os termos e expressões recorrentemente usados ao longo do estudo, designadamente: educação, alfabetização, adulto, educação de adultos, saúde e saúde pública.

#### **2.1.1. Educação**

A educação é um processo ideológico que consiste na partilha de uma visão transformadora da realidade com capacidade de modificar o seu meio e suas relações (Freire, 1977). No processo educativo, o educador é o agente chave enquanto mediador das práticas educativas. Nesta mediação, o educador provoca, sensibiliza, motiva e coordena as actividades, experiências e descobertas dos educandos e traz elementos para a construção colectiva do conhecimento.

Para Santos *et al.* (2013, p. 61), “educar significa reflectir sobre as consequências das nossas acções, atitudes, comportamentos e experiências da vida, sobre as implicações éticas, culturais, sociais, políticas e profissionais dos mesmos”. A prática educativa fundamenta os porquês de certas escolhas, de certas posturas e procedimentos que caracterizam a forma de pensar, de sentir, de fazer e de ser do indivíduo. Na mesma perspectiva, Saha e Fangerlind (1998) referem a educação como sendo um factor e instrumento de desenvolvimento, condição para a melhoria do nível produtivo de um País. Esta linha de pensamento dá maior atenção aos programas de educação das sociedades, pois, a escolarização é o mecanismo de preparar o Homem para a vida, para uma visão não apenas do presente, mas também do futuro.

Neste sentido, Mário e Nandja (2005) afirmam que uma população educada constitui um factor fundamental para o desenvolvimento de um país, pois crêem que as sociedades alcançam o desenvolvimento quando a sua população é escolarizada e educada e chamam atenção para o facto de a educação ser um acto intencional pautando por determinados valores. Estes autores procuram fazer entender que a educação é de importância fundamental para o progresso pessoal e social, é por isso que há necessidade de proporcionar uma visão abrangente de educação básica a toda a sociedade para se comprometer com os tais valores sociais e do bem-estar da sociedade.

Segundo Filho (1981), citado por Buffa, e Nosella (1992), “já no século passado, a educação consistia no mais eficiente instrumento para a construção de um Estado Republicano Democrático”. Esta visão remete-nos ao contexto histórico sociocultural do iluminismo (séc. XVIII), no que diz respeito a quem poderia ser cidadão participante no Governo Republicano. Na perspectiva deste autor, o cidadão participante é quem é apto e quem mereça, ou seja, as características do cidadão participante resumem-se em ser honesto, letrado, educado, ordeiro ou detentor de posses ou negócios.

Desta afirmação, pode-se constatar a valorização da educação como um requisito para ser cidadão, mas ao mesmo tempo, sem este requisito, o cidadão é excluído desse direito. Portanto, a educação constitui-se instrumento de mudanças, é um acto participativo e é o centro do processo educativo em que o indivíduo a educar deve participar deste acto para o seu desenvolvimento pessoal e para o desenvolvimento colectivo.

A educação é também concebida como um processo de formação da personalidade do indivíduo através da integração e transmissão cultural que permite o seu desenvolvimento global nos aspectos cognitivo, emocional e social. Ao lado da educação, figura também a actividade complementar, que é a instrução, entendida como formação intelectual ou profissional, isto é, transmissão de saberes e de conhecimentos (Enciclopédia da Filosofia e das Ciências Humanas, 1996).

Tanto a educação quanto a instrução revestem-se de uma grande importância para os indivíduos, para o sistema familiar e social, porque são factores de formação da personalidade, de integração e inovação social e permitem salvaguardar a tradição cultural e persecução de novos objectivos.

A educação e a instrução constituem ainda um desafio para Moçambique, sobretudo se se olhar para a taxa do analfabetismo persistente até aos dias de hoje (MINED, 2005). Baixos níveis de instrução e educação têm um impacto negativo na saúde pública e no desenvolvimento social e económico do país, sobretudo, nesta era da globalização, em que o mundo está em constante e rápida transformação, impulsionada pela ciência e pela tecnologia.

Desta reflexão conclui-se que é pela porta da educação que os educadores e os educandos oferecem mudanças, usam os seus saberes para a construção de valores tornando-se assim participativos no desenvolvimento do País, na erradicação da pobreza e na promoção da saúde e bem-estar comum.

Contudo, Freire (1996, p.26) afirma que “nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão-se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo”. Sob esse ponto de vista, o autor acima citado percebe o educando como sujeito (e não objecto, como acontece no paradigma de educação tradicional) da sua aprendizagem, construindo e reconstruindo o conhecimento, ao mesmo tempo que o educador também é sujeito desse processo, pois também aprende, deixando de ser o detentor e transmissor do conhecimento.

Para Gómez (1999), a educação, nas suas componentes teórica e prática, é uma instância social delimitada, isto é, contextualizada, com epistemologia e metodologia própria. Equivale isto a dizer que a educação não tem as mesmas especificidades em todos os contextos sociais.

No âmbito desta pesquisa, não se pode falar da educação dissociada da alfabetização. Esta é uma das ferramentas chave e básica para a aprendizagem pelo resto da vida dos seres humanos, como a seguir se retracta.

### **2.1.2. Alfabetização**

O termo alfabetização refere-se à capacidade de ler, escrever e calcular numa determinada idade do indivíduo e é um processo importante de comunicação entre os seres humanos pois, é um meio pelo qual estes aumentam o desenvolvimento das suas capacidades intelectuais mediante a aprendizagem de leitura, da escrita e do cálculo mental.

Para Ferreira (1996), a leitura e escrita são sistemas que se constroem paulatinamente. As primeiras experiências de escrita dos educandos no início da aprendizagem devem ser consideradas como produções de grande valor, porque de alguma forma o seu esforço foi colocado no papel para representação de algo ou de uma realidade com a qual interagem. A alfabetização, na visão deste autor, implica que o processo considere os educandos como indivíduos de direitos e deveres, valorize a sua identidade, etnia, políticas e os ajude a exercer a sua cidadania de forma activa e participativa.

No contexto moçambicano, em 1975, a alfabetização foi definida como um instrumento fundamental para se estabelecer o poder popular. No processo de alfabetização, é preciso ter em conta as motivações que levam o indivíduo a aderir a este processo. Em relação ao conceito de alfabetização, o adulto não alfabetizado não significa não possuir nenhum saber, pelo contrário, a partir do seu nascimento e da sua existência no mundo, congrega certos conhecimentos da sua realidade como: a cultura, normas, hábitos e costumes do seu meio social. Neste contexto, DNAEA (2003) define a alfabetização como, por um lado, a aquisição de conhecimentos básicos de leitura, escrita e cálculo e, por outro, um processo estimulante da participação nas actividades sociais, políticas e económicas e que permite a educação contínua e permanente. Isto é, a alfabetização é a base para a participação do cidadão nas actividades sociopolíticas e económicas e na aprendizagem ao longo da vida.

Para Torres (2001), a alfabetização é a aquisição, desenvolvimento e uso significativo da linguagem escrita. Torres (2003) afirma que cada pessoa, criança, jovem ou

adulto, deve estar em condições de aproveitar oportunidades educacionais para responder as suas necessidades básicas de aprendizagem, sendo a própria alfabetização também uma necessidade básica. Para esta autora, as necessidades básicas de aprendizagem variam em função do tempo.

Por seu turno, WCEFA (1990), no seu artigo 1, afirma que essas necessidades compreendem tanto os instrumentos essenciais para a aprendizagem (como a leitura e a escrita, a expressão oral, o cálculo, a solução de problemas), quanto os conteúdos básicos da aprendizagem (como conhecimentos, habilidades, valores e atitudes) necessários para que os seres humanos possam sobreviver, desenvolver plenamente suas potencialidades, viver e trabalhar com dignidade, participar plenamente do desenvolvimento, melhorar a qualidade de vida, tomar decisões fundamentadas e continuar aprendendo. É neste contexto que Botswana Conference (2004) concebe a alfabetização como uma necessidade e instrumento para aquisição e desenvolvimento de capacidades e habilidades para a vida e para a redução da pobreza.

Por esta razão, a alfabetização, enquanto parte essencial da educação de adultos, constitui-se num elemento chave tanto para a saúde como para a redução da pobreza na família e na comunidade, pois não pode haver saúde e bem-estar enquanto houver pessoas adultas não alfabetizadas, não educadas. Um país alfabetizado está preparado e em melhores condições para fazer face aos desafios da saúde, principalmente devido às pandemias do século.

Em suma, uma pessoa alfabetizada aumenta a sua capacidade de conhecimento e gestão da realidade da vida, traz para a sociedade uma nova visão, novas ideias e (re) constrói o conhecimento em prol do desenvolvimento social, promoção da saúde e bem-estar na sociedade onde está inserida.

Sendo a alfabetização uma componente da educação de adultos, é pertinente ter uma visão do significado de adulto a partir dos autores que se dedicam ao estudo da personalidade humana nas suas diferentes fases de crescimento.

### **2.1.3. Adulto**

O conceito de adulto é muito complexo porque carrega consigo significados diferentes em situações e circunstâncias distintas que podem ser influenciadas por factores históricos, tradicionais, físicos, psicológicos, socioeconómicos e políticos. Para Oliveira (1998), adulto

significa ser maduro, capaz de assumir responsabilidades diante de si e da sociedade. Porém, o autor reconhece também que a maturidade humana apresenta uma certa complexidade porque varia de cultura para cultura e de sociedade para sociedade. Estas afirmações são circunstanciadas por quatro aspectos da capacidade humana a ter em conta: sociológico, biológico, psicológico e jurídico.

O autor supracitado reformula o conceito de adulto como sendo o indivíduo que ocupa o “*status*” definido pela sociedade como suficientemente maduro, capaz de dar continuidade à espécie, de auto-administração cognitiva e de responder pelos seus actos. Considera ainda ser importante frisar na definição que não se pode divorciar o tal conceito, do contexto social, sob risco de sua alienação, uma vez que é na base do acordo entre os indivíduos e a sociedade que se estabelece o padrão da vida comunitária.

Para Amubati *et al* (2005, p.2), “adulto é um indivíduo cuja idade ou estado biológico requer uma forma esperada de comportamento e um conjunto de regras sociais. Esses comportamentos e regras têm a ver com os valores, atitudes e posturas positivas, aceites pela sociedade”. Esta definição não difere da de Oliveira (1998) porque responsabiliza a pessoa adulta pela mudança de comportamento e de postura levando-a a acomodar certas regras sociais da comunidade onde se encontra inserida e poder realmente ser considerada adulta.

Por sua vez, Erikson (1974) afirma que a formação da identidade do indivíduo passa por vários estados, caracterizando o adulto como sendo aquele que atingiu já o último grau de desenvolvimento psicossocial da identidade, aquele que possui integridade, consciência crescente de si e das suas capacidades, sentido de responsabilidade e cooperação na actividade laboral, responsabilidade do próprio destino da vida e da morte.

Como referido no início desta secção, o termo ‘adulto’ é polissémico, dependendo o seu significado do contexto em que é usado. Factores biológicos, sociais, culturais e até jurídico-legais concorrem para a concepção de quem é adulto, podendo, por isso, nessa capacidade, participar na educação de adultos, conceito chave que a seguir se discute.

#### **2.1.4. Educação de Adultos**

A educação de adultos é uma prática em que os adultos se envolvem em actividades sistemáticas de auto-educação, que visa a obtenção de formas de conhecimento, habilidades, atitudes e valores. Pode significar também qualquer tipo de aprendizagem de adultos que envolve a escolarização tradicional, alfabetização básica para a auto-realização. Ela reflecte uma filosofia específica de aprendizagem e ensino com base no pressuposto de que o adulto pode aprender, é capaz de assumir a responsabilidade do seu processo de ensino-aprendizagem para satisfação das suas necessidades (Merriam & Brockett 2007).

A educação de adultos, muitas das vezes, principalmente em países com altos índices de analfabetismo, como é o caso de Moçambique, é confundida com alfabetização. Isto se deve ao facto de os governos colocarem enfoque na alfabetização, que na verdade, é uma ferramenta fundamental para a aprendizagem contínua dos cidadãos (Torres, 2003). Por isso a educação de adultos não se refere somente à capacidade de ler e escrever, habilidades úteis para o escrutínio eleitoral ou de saber quanto pagou ou recebeu de trocos durante as compras, mas, como refere Freire (1990), é ter a capacidade de compreender o que captamos por meio da leitura, analisando e posicionando-nos de forma crítica mediante as informações captadas, uma prática que nos permite o exercício mais abrangente e complexo da cidadania.

Esta nova forma de encarar a educação tem como uma das exigências a compreensão crítica do educador relativamente ao que ocorre no quotidiano do meio popular e a reflexão sobre os procedimentos didácticos para com os conteúdos a serem ensinados, os quais não podem ser estranhos para o nível de cultura do educando. O educador deve estar em algum momento inserido no dia-a-dia de cada educando, para melhor facilitar o processo de ensino-aprendizagem.

Para MINED (2001), a educação de adultos é a educação orientada para pessoas adultas, seja de forma isolada ou em grupo, com o objectivo de lhes conferir competências de natureza intelectual, afectiva, física, artística, profissional e social. Sendo MINED uma instituição responsável pela política educativa em Moçambique, pela planificação, execução e monitoria do programa de alfabetização e Educação de Adultos, é o principal responsável pela garantia do direito à educação e formação do adulto.

Por outro lado, o conceito de Educação de Adultos pode ser considerado ambíguo, pois não existe uma definição clara e objectiva do mesmo. Por exemplo, segundo Amubati *et al.* (2005), a Educação de Adultos considerada como “todas as actividades desenvolvidas com o objectivo de proporcionar aprendizagem entre aqueles cuja idade, papéis sociais e auto percepção os define como adultos”, não é clara. Efectivamente, a universalidade das actividades referidas nesta definição peca por não as especificar, acontecendo o mesmo em relação a ‘adultos’, enquanto beneficiários da educação de adultos.

Para a UNESCO (1997), a educação de adultos engloba todo o processo de aprendizagem, formal ou informal onde as pessoas consideradas adultas pela sociedade desenvolvem as suas habilidades, enriquecem o seu conhecimento e aperfeiçoam as suas qualificações técnicas e profissionais direccionando à satisfação de suas necessidades e as de sua sociedade.

Percebe-se desta definição que a aprendizagem de adultos ocorre em diferentes contextos (formal e não-formal). Tal aprendizagem permite o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes de acordo com as necessidades pessoais, do mercado laboral e da sociedade. Na verdade, a demanda da educação de adultos é um processo contínuo ao longo da vida, que contribui para o desenvolvimento de habilidades para a vida (incluindo cuidados da saúde), competitividade no trabalho e empreendedorismo.

Neste processo, integram-se também cursos de curta duração que o adulto pode ter ao longo da vida. A educação de adultos é parte integrante da política pública e, por isso, uma responsabilidade social. Neste sentido, a educação de adultos, de acordo com o princípio da pedagogia de Paulo Freire, é uma prática social presente em vários contextos geográficos que articulam o saber e a vivência num processo participativo.

### **2.1.5. Saúde**

Em relação ao conceito de saúde, a Organização Mundial da Saúde define como sendo uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Sendo esta uma definição que remonta mais ou menos ao tempo da fundação desta organização, nos finais da década de 40, tem estado a sofrer críticas. Por exemplo, Segre e Ferraz (1997, p.539) consideram-na “irreal, ultrapassada e unilateral”. Para estes autores, a irrealidade da definição reside no facto de ao fazer

alusão ao “perfeito bem-estar”, colocar uma utopia. Neste sentido, os autores questionam “O que é “perfeito bem-estar?” É por acaso possível caracterizar-se a “perfeição?”” (p. 539).

Quanto a ser ultrapassada, argumentam que é por ainda fazer destaque entre o físico, o mental e o social. Finalmente, justificam a unilateralidade da definição remetendo para a discussão do que é “qualidade de vida”. Para os autores, na Bioética, no conceito de autonomia, entende-se “qualidade de vida” como algo intrínseco, somente possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Contudo, estes autores não apresentam uma definição acabada, pois sugerem, em forma de questão: “não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?”

As definições acima descritas têm o seu mérito e complementam-se, uma vez que a saúde é vista como o bem-estar físico, mental e social, o que se traduz numa harmonia entre o sujeito e a sua realidade (seja física ou não). Com esta visão, pode-se concluir que a saúde é um elemento de grande importância na vida do ser humano porque manter o indivíduo e toda a população saudáveis requer equilíbrio e desenvolvimento das variadas instituições que podem influenciar os cidadãos a zelar pela conservação deste elemento integrador da personalidade colectiva e individual.

### **2.1.6. Saúde Pública**

A saúde pública foi sempre preocupação mundial. A definição de saúde pública extravasa o campo da medicina e mexe com outras áreas sociais, como, por exemplo, a educação. Neste sentido, assume-se que uma população educada pode contribuir para uma melhor saúde pública, já que esta tem a ver com o bem-estar individual e colectivo.

Em 1920, Winslo definia saúde pública como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma "maquinaria social" que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde. (p.23).

Depreende-se desta definição que a saúde pública precisa de um esforço concertado, desde o indivíduo até à comunidade, que devem tomar medidas preventivas, passando por serviços especializados do sector da saúde, responsáveis pelo diagnóstico precoce e tratamento preventivo de doenças. A implementação de programas educativos virados para a saúde pública é necessária para que se assegure a todos um nível de vida adequado para manter e constantemente melhorar a saúde enquanto bem público.

Numa forma mais sintética, Kickbusch (1989) define saúde pública como a ciência e arte de promoção da saúde baseada no entendimento de que a saúde é um processo que compreende não somente o bem-estar social, como também o mental, espiritual e físico. Para este autor, a saúde pública é um recurso essencial para o indivíduo, a comunidade e a sociedade como um todo. Como recurso, deve ser altamente financiada para garantir condições de vida capazes de manter e proteger a saúde de todos.

No entanto, Forattini (2000) afirma que se reconhecem hoje, dentro do campo da saúde pública, objectivos cada vez mais específicos, relacionados com os factores que dizem respeito aos ambientes biológico, físico e social e à forma pela qual eles poderiam representar riscos, traduzíveis em ameaças à saúde e à qualidade de vida.

Por seu turno, Binns e Low (2015) consideram que o que é comum na discussão sobre saúde pública é que esta lida com saúde da população e não do indivíduo. Procura melhorar a saúde de toda a comunidade com ênfase na protecção, prevenção de doenças e promoção do bem-estar. Para estes autores, os termos chave no conceito de saúde pública são ‘população’, ‘prevenção’ e ‘equidade’.

Porque não existe uma única definição de saúde pública, como se pode depreender das acima apresentadas, qualquer definição que for formulada deve estar relacionada com a sociedade a que diz respeito, porque, como defende OMS (s/d), a saúde pública tem como característica essencial o estudo e a solução dos problemas integrados no meio em que se vive.

Com base nas definições dos vários autores, pode-se considerar saúde pública como um domínio genérico de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente numa determinada sociedade com vista ao bem-estar das populações em termos de acções e medidas a tomar para evitar, reduzir

e/ou minimizar agravos à saúde, assegurando assim condições para a manutenção e sustentabilidade da existência humana.

A partir dos autores consultados, percebe-se que é necessário formular políticas sobre a saúde pública para melhor controlar as possíveis doenças que podem afectar as populações e que devem ser correctamente geridas. Os autores acima revistos fazem entender que, a partir do ponto de vista do indivíduo ou de grupos socioeconómicos e culturais, condicionados pelas suas ideias acerca do mundo, deve-se ter em conta a importância e a necessidade da gestão da saúde pública que é um bem de toda a sociedade.

Sendo o Estado o principal responsável pela saúde pública, tem a responsabilidade de traçar as políticas relacionadas com a organização e administração dos serviços de saúde para a população, e actuar com determinação no processo de promovê-la, controlando assim a incidência de doenças nas populações. Este é ainda um desafio em países como Moçambique, em que, de acordo com Ministério da Saúde (2013), campeiam doenças transmissíveis, principalmente o HIV/SIDA e a malária, que juntas são responsáveis por mais de metade das mortes (27% e 29% respectivamente) na população geral. Concomitantemente, as diarreias, infecções respiratórias, a tuberculose e as mortalidades materna e infantil são outros problemas de saúde pública no país.

Para reverter este quadro mórbido, há toda a necessidade de promover estilos de vida saudáveis através das campanhas de sensibilização e da educação, incluindo a alfabetização. Salienta-se também que os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde só podem ser alcançados se todos tiverem acesso universal à assistência médica e medicamentosa e à saúde produtiva, embora por questões culturais algumas pessoas recorram à medicina tradicional.

Tendo terminado a definição e discussão dos termos e expressões chave deste estudo, a seguir, apresenta-se o quadro teórico à luz do qual se desenvolveu a pesquisa.

## **2.2. Quadro Teórico**

Neste subcapítulo apresenta-se o quadro teórico usado como referência no presente estudo. Este quadro, formulado com base em autores que exploram as temáticas da saúde e educação, sua relação e impacto uma noutra, comporta duas secções, as quais estão alinhadas com os objectivos e perguntas desta pesquisa. Neste sentido, a primeira secção discute a relação entre educação e

saúde pública e a segunda, o impacto da educação na saúde pública.

### **2.2.1. Relação entre Educação e Saúde Pública**

A escolarização e a educação dos pais são factores contribuintes para uma melhor percepção da importância da saúde pública e para a redução da mortalidade infantil, da pobreza, de consumo excessivo de álcool, tabaco, droga (Teixeira, 2007), que ainda constituem problemas de saúde pública em muitos países, incluindo Moçambique.

Na realidade moçambicana nota-se alguns esforços na implementação de programas educativos de prevenção e de promoção de comportamentos saudáveis em vários contextos educativos tais como: casa, vizinhança, escola, comunidades porque se vê a educação como uma alavanca e vector para a promoção da saúde pública. Os comportamentos sociais, os hábitos de higiene para a preservação do meio ambiente e de saúde são aprendidos não só no contexto escolar (formal) como também no contexto não formal.

Muitos estudos, principalmente, no mundo ocidental, têm sido realizados para mostrar a relação entre educação e saúde. Veja-se, por exemplo, Hahn e Truman (2015) e Zajacova e Lawrence (2018). Efectivamente, a educação e a saúde têm uma relação de complementaridade: uma população doente dificilmente poderá desfrutar de educação. Uma população privada de educação também poderá estar privada de todo um conhecimento sobre os cuidados/medidas preventivas e até atitudes a tomar para se manter saudável.

Segundo Hahn e Truman (2015), muitos pesquisadores e profissionais focalizam os seus estudos em três principais relações entre educação e saúde, como se segue:

(i) A saúde é um pré-requisito para a educação. Para os autores supracitados, crianças (também se aplica a adultos) com fome ou com alguma deficiência auditiva ou com alguma doença crónica, por exemplo, têm a sua aprendizagem de certa forma prejudicada. Em Moçambique, por exemplo, conforme Buque (2013), há alfabetizandos que desistem de programas de Alfabetização e Educação de Adultos por terem de procurar o que comer.

(ii) A educação sobre saúde (ou seja, educação para saúde) ocorre em ambiente escolar e em muitas intervenções de saúde pública. Segundo Hahn e Truman (2015) ainda, a educação sobre saúde é

uma ferramenta fundamental para a saúde pública.

Depreende-se desta relação que a educação sobre saúde, quer a que ocorre em contexto escolar, quer a que resulta da intervenção do sector da saúde pública, é crucial para a saúde do indivíduo e da sua comunidade. Significa também que a educação é um campo privilegiado para abordar conteúdos ligados à saúde ou que possam ter impacto na saúde dos educandos, da sua família e da comunidade.

(iii) A educação física nas escolas: concilia a educação sobre a importância da actividade física para a saúde e a promoção da actividade física. Aqui se reitera a relação de complementaridade entre a educação e a saúde, através da educação física. Significa, portanto, que os programas de AEA, cuja clientela são jovens e adultos, deviam ter uma componente de educação virada para aptidão física, através de sessões de educação física e ou para a promoção da educação física.

Para ilustrar a relação entre a educação formal e a saúde, Hahn e Truman (2015) argumentam ainda que, nos Estados Unidos da América (EUA), apesar de as taxas mais elevadas de doenças como cancro da próstata e sinusite serem relatadas mais entre adultos com maiores níveis de educação, verifica-se o inverso relativamente à maioria das doenças, visto que as taxas das principais doenças cardiovasculares, diabetes, doenças hepáticas e vários sintomas de natureza psicológica (tristeza, desespero e sentimento de inutilidade) são mais altas entre adultos com baixo nível de escolaridade.

Por seu turno, com base em estudos empíricos, Zajacova e Lawrence (2018), também nos EUA, concluíram que as disparidades de saúde cresceram paralelamente com as desigualdades socioeconómicas. Apesar de a saúde média da população norte americana ter melhorado nas últimas décadas, os ganhos foram em grande parte para os grupos mais educados. Desigualdades na saúde e mortalidade aumentaram de forma constante, notando-se que saúde e longevidade estão a deteriorar-se entre aqueles com menos educação. Concluíram também que pessoas mais escolarizadas gozam de uma saúde melhor e uma vida mais longa. Pessoas menos escolarizadas reportam condições de saúde geral piores e mais condições de doenças crónicas.

Contudo, não é apenas a educação formal que tem relação com a saúde. A educação não formal (aquela que não conduz a nenhum grau académico) também tem relação com saúde. Por exemplo, é possível planificar sessões em que jovens e adultos aprendem a lidar com o stress, aprendem sobre como evitar ou lidar com uma determinada doença, etc.

Esta educação não formal enquadra-se naquilo que se designa de literacia em saúde, que, segundo a European Association for the Education of Adults (EAEA) (2015), é a capacidade de as pessoas acederem à informação sobre saúde, perceberem-na e aplicarem-na de tal forma que possam fazer escolhas informadas relacionadas à sua saúde; isto implica que podem compreender as explicações do médico, as instruções dos panfletos sobre doenças e saber quando aplicá-las.

Como argumenta EAEA (2015), a literacia em saúde tem a ver com decisões tomadas no dia-a-dia com relação aos cuidados de saúde e prevenção de doenças com vista à manutenção ou melhoramento da qualidade de vida. Trata-se de uma competência básica devendo ser reconhecida como tal através da sua inclusão nas competências básicas de todos os cidadãos. Para a EAEA (2015), a educação de adultos constitui o contexto favorável em que os indivíduos podem aprender sobre saúde, contando com alguém disponível, com conhecimento e respostas adequadas a quaisquer questões ou preocupações por parte dos educandos.

Neste contexto, para Hahn e Truman (2015), por a educação constituir-se um componente essencial e um importante factor para a saúde, a área educacional em geral devia ser uma arena legítima para a intervenção de saúde pública. Isto é, os profissionais de saúde pública poderiam, legitimamente, promover programas educacionais para o desenvolvimento da saúde pública. Por outro lado, a educação deve ser reconhecida como um requisito essencial para a ruptura do ciclo da pobreza e das desigualdades na saúde.

Nesta mesma direcção, Ribeiro (2015) defende que a intervenção educativa pode ser realizada presencialmente (face a face), individualmente ou em grupo, ou indirectamente, via diferentes mídias. As diferenças na intervenção serão em conformidade com os objectivos da intervenção, dos participantes e do contexto em que a intervenção tem lugar.

Ribeiro (2015) afirma ainda que vários programas de intervenção indirecta têm sido desenvolvidos à escala global, como são os casos da prevenção de doenças cardiovasculares, no Japão, na Finlândia ou nos Estados Unidos da América, na educação sobre diabetes do tipo 2, asma em crianças em contexto escolar a partir dos quatro anos de idade, na educação alimentar no pré-escolar entre muitos outros. Estes casos são elucidativos do uso de programas educativos, virados para todas as idades e com variados objectivos, para a promoção, protecção da saúde ou prevenção de doenças. A relação entre a educação e a saúde pública é, portanto, indiscutível.

Ainda segundo Hahn e Truman (2015), a comunidade de saúde pública deve expandir a pesquisa para melhor compreender as relações causais entre educação e saúde e, assim, identificar políticas educacionais baseadas em evidências com grande potencial para melhorar a saúde pública. Isto equivale a dizer que a educação é um domínio de acção da saúde pública e que as áreas de educação e da saúde podem colaborar tendo em vista a saúde da população.

Assim como diversas áreas da vida quotidiana são domínios reconhecidos da acção legítima da saúde pública (por exemplo, agricultura nas componentes de nutrição e segurança alimentar; transportes na componente de acidentes e poluição do ar), então a educação deve ser reconhecida como domínio legítimo da acção de saúde pública, pois é um componente crítico da saúde e principal factor multifacetado para a saúde a longo prazo.

Os argumentos de Hahn e Truman (2015) e Ribeiro (2015) são elucidativos de que os programas educacionais, sejam eles formais ou não, oferecidos presencialmente ou por via dos mídias, têm relação com a saúde, traduzida na adopção de estilos de vida associados à melhor saúde. A colaboração entre os profissionais (educadores e pesquisadores) dos dois campos (educação e saúde), no sentido de avaliarem os contextos e as necessidades de aprendizagem desses contextos, é crucial para uma melhor intervenção com vista à literacia em saúde, na acepção de EAEA (2015), que, na verdade, se constitui na utilização significativa da informação sobre saúde para a manutenção da saúde, prevenção de doenças pelo conhecimento dos potenciais riscos de saúde e comportamento preventivo.

Tendo-se discutido a relação entre educação e saúde, a seguir, discute-se sobre o impacto da educação na saúde.

### **2.2.2. Impacto da educação na saúde**

Esta secção é reservada à discussão sobre o impacto da educação na saúde. Havendo relação entre educação e saúde, é plausível que a educação tenha impacto na saúde, como confirmam os estudos de EAEA (2015), Feinstein *et al* (2006), Field (2011) e Schuller e Desjardins (2011).

Para EAEA (2015), os níveis de literacia em saúde (educação em saúde) impactam a eficiência dos sistemas de cuidados de saúde. Pessoas com baixos níveis de literacia em saúde tendem a ir mais vezes ao médico, a ser mais hospitalizadas ou a seguir tratamento ou prescrição de forma

inadequada. São ainda menos inclinadas a tomar medidas preventivas. Deste modo, garantir a literacia em saúde a todos os cidadãos é benéfico à sociedade visto que reduz os custos para os sistemas de saúde pública, os quais seriam eficientemente usados por aqueles que realmente precisam deles.

A educação em saúde proporciona uma base muito sólida para o melhoramento da situação socioeconómica de muitas pessoas, pois uma população mais saudável em todas as fases da vida pode contribuir melhor para o desenvolvimento social, cultural e económico de sua comunidade e país. Assim, não se trata apenas de educar as pessoas em questões de saúde, mas também de capacitá-las a alcançar uma vida melhor para elas próprias e para a sociedade como um todo. A passagem em revista de alguns estudos cuja temática é sobre educação e saúde permite arrolar uma série de efeitos positivos da educação sobre a saúde, designadamente:

#### **(i) Redução da mortalidade infantil**

O aumento do número médio de anos de educação nas famílias reduz a mortalidade infantil em aproximadamente 10 pontos percentuais de um nível médio de 22,5%, resultados a que se chegou através de um estudo levado a cabo na Indonésia (Breierova e Duflo, 2004, citados por Feinstein *et al*, 2006).

Em países em desenvolvimento como Moçambique, onde cerca de 40% da população ainda é analfabeta e a mortalidade infantil (e materna) é ainda um problema de saúde pública (Ministério da Saúde, 2013), tem-se um campo fértil para se envolver a população jovem e adulta em programas educacionais para que se reduza a mortalidade infantil. Efectivamente, mulheres jovens e adultas, se empoderadas sobre a saúde materna, poderão ter um papel decisivo na redução da mortalidade infantil e materna.

Esta constatação está alinhada com os achados de Alberto (2010), segundo os quais, a educação da mãe é um factor fundamental para a saúde infantil, pois habilita a mulher a “prevenir, reconhecer e providenciar o tratamento de doenças em tempo hábil” (p.25). Por outras palavras, uma mãe educada está em melhores condições para cuidar da saúde da sua criança recém-nascida. Inversamente, recém-nascidos de mães de baixa escolaridade, segundo Jobim e Aerts (2008), correm um elevado risco de mortalidade infantil em virtude não poderem beneficiar dos cuidados necessários.

### **(ii) Redução da probabilidade de fumar/ abandono do tabagismo**

Nos Estados Unidos, entre mulheres matriculadas na faculdade e que permaneceram por um período mínimo de dois anos, diminuiu a probabilidade de fumar durante a gravidez em 5,8 pontos percentuais, um grande feito, visto que, em média, apenas 7,8% das mulheres da amostra fumaram durante a gravidez (Currie e Moretti, 2002, citados por Feinstein *et al* (op. cit.). Por seu turno, Schuller e Desjardins (2011) referem-se ao abandono do vício de consumo de tabaco.

O facto de este impacto ser em contexto do ensino superior não significa que não se possa verificar entre pessoas que possuam ou estejam em níveis inferiores de ensino. Campanhas de sensibilização nas rádios, estações televisivas, sessões de alfabetização e em qualquer outro contexto, formal ou não formal, podem consciencializar os destinatários a reduzir ou a abandonar o consumo de tabaco, o que se traduziria na prevenção de diversas doenças, entre as quais, segundo a WHO (2016), o cancro (do pulmão e de outros órgãos), doenças cardiovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio, e acidente vascular encefálico.

### **(iii) Vantagens na provisão de cuidados de saúde**

Pessoas com mais educação são mais propensas a tirar proveito da prestação de cuidados de saúde, havendo evidências de que as crenças sobre saúde e cuidados de saúde moldaram e determinaram a saúde e comportamentos. Ensaio clínico que testaram a eficácia das intervenções demonstraram que a educação tem o potencial de mudar crenças e comportamentos de saúde se projectada para a abordagem adequada de noções específicas sobre saúde e doença (Feinstein et al, 2006). As pessoas que aprendem sobre os cuidados de saúde, a não ser que sejam suicidas, estarão mais inclinadas a prevenir-se de doenças, e se doentes, a procurar os melhores serviços de saúde.

### **(iv) Redução dos riscos de acidentes de trabalho**

Em relação ao local de trabalho, a educação reduz a probabilidade de que indivíduos trabalhem nas tarefas mais perigosas, expostas a acidentes de trabalho (Feinstein *et al.*, op. cit.). A literacia em saúde no trabalho, mais comumente conhecida por regras de higiene e segurança no trabalho, se escrupulosamente seguida, evita que os trabalhadores se exponham a acidentes de trabalho, por exemplo, usando correctamente a maquinaria e o equipamento de protecção (máscaras, luvas, botas, etc.). Fica claro que quem não puder ler (por desconhecimento do código escrito), se não

informado por outrem sobre as medidas de segurança no local de trabalho, estará mais exposto a riscos de acidentes de trabalho. Logo, a educação tem impacto na saúde pública, particularmente dos que fazem parte da massa laboral.

#### **(v) Melhoramento da saúde mental**

Os modelos de educação em saúde estimulam o crescimento pessoal por meio da consciencialização, que reduz a depressão e, para Katz *et al.* (1997), citados por Feinstein *et al.* (Ibidem), eleva os níveis de auto-estima e auto-afirmação. McGivney (1999) citado por Field (2011) refere-se ao efeito positivo da educação sobre a saúde mental.

Dench e Regan (1999), citados por Field (op. cit.), relatam um impacto positivo da educação em áreas como confiança, satisfação com a vida ou capacidade de lidar com qualquer tipo de situação. Por seu turno, Schuller e Desjardins (2011) citando Schoon e Bynner (2003) referem-se ao desenvolvimento de capacidades psicossociais, como por exemplo, a resiliência, que ajuda a lidar com a adversidade. Apontam também a auto-eficácia (a crença de que o indivíduo pode influenciar o mundo ao seu redor) e eficácia externa (a crença e confiança de que os outros responderão às suas próprias acções) como efeitos psicossociais da educação.

#### **(vi) Evita a maternidade precoce**

A maternidade precoce em Moçambique, como fruto de casamentos prematuros, é um problema de saúde pública. De acordo com UNICEF (2015), acima de meio milhão de raparigas moçambicanas com idades compreendidas entre os 20-24 anos casaram-se antes de completarem 18 anos, sendo que 56.323 delas o fizeram antes dos 15 anos de idade. Segundo ainda UNICEF (op. cit.), este fenómeno é mais comum nas zonas rurais e tem maior incidência nas províncias nortenhas do país, sendo Nampula, com 129.604 casos a província em que campeiam os casamentos prematuros.

As mulheres que casam cedo têm taxas de fecundidade mais elevadas quando são jovens, razão por que 38% das raparigas casadas antes dos 15 anos de idade tiveram filhos antes dos 15 anos (UNICEF, *Ibidem*), isto é, estas jovens tornaram-se mães precocemente. Os casamentos prematuros resultam na maternidade precoce, em virtude de a taxa de fecundidade ser elevada nas raparigas jovens. Ora, isto pode ser por as raparigas não estarem informadas sobre o planeamento familiar, isto é, não terem acesso à literacia sobre como evitar a gravidez precoce, ou por serem

forçadas a casar em idade ainda tenra pelos seus familiares, como tem acontecido, principalmente nas zonas rurais.

Para Feinstein *et al.* (2006), a educação tem efeito na escolha do momento da maternidade de duas formas. Primeiro, mulheres mais escolarizadas passam mais tempo na escola e adiam o casamento e a maternidade para mais tarde. Em segundo lugar, a educação aumenta o carácter agentivo das mulheres, que se traduz na capacidade ou sensação de poder de assumir o controlo de suas vidas, capacitando-as para a escolha da melhor altura para a maternidade, em parte por meio de efeitos sobre a auto-estima e aspirações, mas também por meio de mudanças nas possibilidades de vida. Isso pode levar muitas mulheres a adiarem a maternidade para mais tarde, na idade adulta. Desta arte, educar as raparigas, rapazes, jovens, mulheres e homens constitui-se num mecanismo que pode contribuir para a redução de casos de gravidezes precoces no nosso país.

#### **(vii) Rastreio do cancro do colo do útero**

A aprendizagem de adultos foi positivamente associada à realização do rastreio do cancro do colo do útero (Feinstein, 2006, citado por Field, 2011), facto que concorre para que milhares de mulheres se previnam do cancro do útero (Schuller & Desjardins, 2011), evitando-se, assim várias mortes relacionadas a esta doença.

Segundo Carrilho e Lunet (2014), no nosso país, o cancro do colo do útero, com cerca de um terço dos casos de cancro na mulher, reflecte a elevada prevalência de infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (Human papillomavirus – HPV). Esta taxa é alarmante se se pensar no efeito mórbido da doença. Efectivamente, "O cancro do colo de útero é o mais mortífero, com uma incidência de 4.300 casos registados e cerca de 3.000 óbitos, porque as mulheres chegam [às unidades de saúde] num estado avançado da doença"<sup>1</sup>. Somente mulheres com conhecimento sobre o cancro do colo do útero podem prevenir-se desta doença, visitando os hospitais para o rastreio.

---

<sup>1</sup> Cesaltina Lorenzoni, chefe do Programa Nacional do Cancro em Moçambique, citada pela Lusa a 08 Fevereiro 2019 — 14:00. Disponível em <https://www.dn.pt/lusa/cancro-do-colo-do-utero-e-o-mais-mortifero-em-mocambique-10555852.html>

### **(viii) Maior exercitação física**

Schuller e Desjardins (2011) citam Bynner (2001), Feinstein et al. (2003), Bynner e Hammond (2004) e Feinstein e Hammond (2004), cujos estudos também revelam efeitos positivos da educação sobre a saúde, mormente no aumento do exercício físico, cujos efeitos sobre a saúde são inegáveis. Com efeito, Goldner (2013) argumenta que a falta de actividade física pode ter efeitos negativos na pessoa, traduzidos em diabetes, doenças cardíacas e risco de enfarte, entre outras.

Pessoas escolarizadas aprendem desde pequenas sobre os benefícios do exercício físico. Certamente, são essas pessoas que, nos dias de hoje, caracterizados pela azáfama própria da competitividade, engrossam o número de pessoas que fazem exercícios físicos em ginásios, nas ruas, nos quintais, etc. O exercício físico é como que o tubo de escape para combater, por exemplo, o *stress*.

### **(ix) Redução do consumo de álcool**

O consumo excessivo de álcool no nosso país é já um problema de saúde pública por afectar um número significativo da população tanto da área urbana quanto da rural e de ambos os sexos. Este fenómeno fez com que, em 2011, o Governo de Moçambique, através do Ministério da Saúde, elaborasse uma proposta de lei com o fito de controlar a comercialização e o consumo de bebidas alcoólicas. Esta veio a ser aprovada pelo Conselho de Ministros em Setembro de 2013, tendo sido promulgada através do Decreto nº 54/2013 de 7 de Outubro, com a designação de Regulamento Sobre o Controlo de Produção, Comercialização e Consumo de Bebidas Alcoólicas (veja-se Boletim da República, I Série - Número 80). Sendo o consumo excessivo de bebidas alcoólicas um problema de saúde pública, a educação pode ajudar no sentido de se reverter a situação.

Duckworth e Cara (2012), citando Feinstein et al (2003), usando dados de um estudo focalizado nas mudanças entre as idades de 33 e 42 anos, referem-se ao efeito positivo da participação na aprendizagem sobre a saúde, especificamente na redução do consumo de álcool.

Em países em desenvolvimento como Moçambique, com diversos problemas sociais que fazem com que jovens e adultos se refugiem no álcool, uma intervenção direccionada para este grupo populacional seria de grande utilidade na consciencialização deste grupo no sentido de reduzir os níveis de consumo de álcool, contribuindo desta forma não somente para a saúde individual como também da comunidade.

O impacto da educação sobre a saúde pública parece inegável se se tiver em conta os resultados dos estudos citados nesta secção. Em Moçambique, onde campeiam problemas de doenças transmissíveis e não transmissíveis, responsáveis por muitas mortes, a literacia em saúde pode empoderar os indivíduos e as comunidades para fazerem as melhores escolhas relativamente à saúde. Efectivamente, a implementação de programas educativos virados para a saúde pública torna-se relevante para que se garanta a todos um nível de vida adequado para a contínua preservação e melhoramento da saúde enquanto bem público. Contudo, para enfatizar os benefícios da educação em saúde, mais pesquisas relacionadas à saúde e à educação de adultos são necessárias, documentando boas práticas e apresentando novas teorias, como defende EAEA (2015).

Finda a revisão de literatura, a seguir, apresenta-se os procedimentos metodológicos seguidos na condução deste estudo.

## CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Este capítulo apresenta e descreve as opções metodológicas adoptadas para a operacionalização deste estudo. Segundo Lakatos e Marconi (2001), a metodologia é uma estratégia, um processo que permite a realização de algo para responder aos objectivos e alcançar a meta desejada. Neste caso, o que se está a realizar é a pesquisa cuja meta é compreender a relação entre a educação de adultos e a saúde pública.

Segundo Bellarete e Prelezzo (1989), realiza-se uma pesquisa quando há um problema sem informações suficientes para a sua compreensão, bem como quando há necessidade da busca de soluções através de procedimentos técnico-científicos. Assim, este capítulo organiza e descreve os procedimentos que foram usados neste estudo, tais como o tipo de pesquisa, a população de estudo e o grupo de amostra, os instrumentos de recolha de dados, a sua fiabilidade e validade, bem como as considerações éticas observadas na condução do estudo.

### **3.1. Tipo e forma de abordagem**

De acordo com Lakatos e Marconi (2001), uma pesquisa pode ter duas abordagens do seu problema, qualitativa e quantitativa. Deste modo, a forma de abordagem do problema deste estudo é mista, isto é, conjuga as abordagens qualitativa e quantitativa. Minayo (2008) destaca que, na pesquisa qualitativa, o importante é a objectivação, pois, durante a investigação científica, é preciso reconhecer a complexidade do objecto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de colecta de dados adequadas e, por fim, analisar todo o material de forma específica e contextualizada.

Segundo Denzin e Lincoln (2006 p. 17), “o entendimento do conceito de pesquisa qualitativa ou abordagem qualitativa de pesquisa é variado no campo das ciências”. As autoras argumentam que a pesquisa qualitativa é, em si mesma, um campo de investigação, envolve o estudo do uso e a colecta de uma variedade de materiais empíricos e, como um conjunto de actividades interpretativas, não privilegia uma única prática metodológica em relação à outra. Diante dessas características, as autoras definem genericamente e de maneira inicial que a pesquisa qualitativa é uma actividade situada que localiza o observador no mundo.

Gil (2008) não apresenta uma definição rígida de pesquisa qualitativa, mas destaca algumas características recorrentes da pesquisa naturalística, encontradas nessa abordagem: contacto prolongado com o campo ou a situação real, o papel do pesquisador em garantir uma visão holística do fenómeno e capturar os dados por meio das percepções dos actores locais, suspendendo os seus preconceitos sobre os tópicos pesquisados.

Por outro lado, a abordagem quantitativa, segundo Silva e Simon (2005), é utilizada quando existe um problema bem definido com informações e teorias suficientes sobre o objecto de estudo. Isto é, a abordagem quantitativa é usada quando se conhece as qualidades e controle do objecto do estudo. Para Silva *et al.* (2014), as abordagens quantitativas requerem do pesquisador um conhecimento compreensivo do que vai ser estudado, para que o instrumento de análise seja completo e contemple amplamente as dimensões do objecto de estudo.

Apesar de os métodos qualitativos e quantitativo terem as suas especificidades, não se excluem. De acordo com Creswell (2010), o desenvolvimento e a legitimidade dos dois métodos popularizaram a pesquisa de métodos mistos, que é o caso desta pesquisa, que abrange os aspectos fortes das abordagens qualitativa e quantitativa, propiciando uma maior compreensão do fenómeno estudado.

Para Miles *et al* (2014), a combinação das abordagens quantitativas e qualitativas numa mesma pesquisa é adequada para a minimização da subjectividade e, ao mesmo tempo, aproximação do pesquisador ao objecto de estudo, conferindo maior credibilidade aos dados. Portanto os dois métodos complementam-se.

### **3.2. População e amostra da Pesquisa**

Lakatos e Marconi (2009) afirmam que a população é um conjunto de pessoas com algumas características comuns, sobre a qual se faz um estudo. Neste caso, o foco da pesquisa é o universo populacional constituído por alfabetizandos e educandos (que na altura formavam três turmas, uma do 1º ano, uma do 2º e outra do 3º do CAEA/EPCU24 e pelo pessoal da saúde afecto ao CSHGJM, todos residentes nos diversos bairros da Província e da Cidade de Maputo.

Gil (2008) refere que a amostra é um elemento crucial na pesquisa científica. É a partir da amostra que os pesquisadores obtêm informações sobre os diferentes objectos de estudo, seleccionam as variáveis analiticamente relevantes e conduzem o próprio desenho de pesquisa. Conforme este autor, existem duas principais razões para utilizar amostras: economia de tempo e economia de

recursos.

### **3.3. Processo de amostragem**

O processo de amostragem é uma etapa bastante importante no delineamento da pesquisa, permitindo determinar a validade dos dados colectados e relativos a alguns elementos da população, cuja análise pode proporcionar informações fundamentais sobre toda a população (Mattar, 1996). Neste estudo, devido à impossibilidade de envolver todo o universo da população, trabalhou-se com os alfabetizandos e educandos bem como os funcionários do CSHGJM que se disponibilizaram a participar no estudo. Quer isto dizer que se trabalhou com uma amostra por conveniência.

De acordo com Lakatos e Marconi (2009), este tipo de amostra corresponde a uma técnica de amostragem não probabilística que conta com os elementos da população que estão disponíveis e são acessíveis ao pesquisador. De todas as técnicas de amostragem, a amostragem por conveniência é a que menos tempo consome e a menos dispendiosa. As unidades amostrais são acessíveis, fáceis de medir e cooperadoras. Foi o que aconteceu com os participantes deste estudo relativamente à acessibilidade e cooperação.

Era pretensão desta pesquisa envolver todo o universo na pesquisa. Contudo, a falta de disponibilidade de alguns alfabetizandos e educandos e pessoal do Centro de Saúde gorou esta pretensão. Por isso, foi possível constituir apenas uma amostra de 68 participantes, composta pelo pessoal do Centro de Saúde e pelos alfabetizandos e educandos que frequentavam o programa de alfabetização regular na Escola Primária Completa Unidade 24, como indica a tabela 1. Para o efeito, foi necessário contactar os visados e, neste processo, cada um ia marcando o dia em que estivesse livre para responder ao questionário e às perguntas da entrevista (com seis educandos). Outros se escusaram alegadamente por falta de tempo.

Tabela 1: Amostra da pesquisa

<b>Centro de Saúde do Hospital Geral José Macamo</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Centro de Alfabetização e Educação de Adultos EPC Unidade 24</b>	<b>Quantidade</b>
Médico	02	Alfabetizandos/educandos	30
Psicólogos	02		
Técnicos de Medicina	05		
Enfermeiros	14		
Serventes	06		
Administrativos	03		
Agentes de medicina	04		
Agentes de farmácia	02		
<b>Sub-total</b>	38		
<b>Total</b>		<b>68</b>	

### 3.4. Técnicas e Instrumentos de Pesquisa

Qualquer pesquisa precisa recorrer a uma determinada técnica ou técnicas para a recolha de dados. Tais técnicas devem estar em consonância com o problema, as perguntas e objectivos de pesquisa. Os procedimentos técnicos usados nesta pesquisa foram a aplicação de um questionário a todos os participantes e a aplicação de um guião de entrevista a seis educandos do 3º ano, para a recolha da sua sensibilidade e opinião relativamente à relação entre a educação e a saúde pública, bem como a consulta documental e bibliográfica.

O questionário, segundo Ghiglione e Matalon (1991), é um instrumento de recolha de informação, empregue numa sondagem ou inquérito. Os mesmos autores definem-no, tecnicamente, como uma técnica de investigação constituída por um número grande ou pequeno de questões escritas, cujo objectivo é propiciar determinado conhecimento ao pesquisador.

Gil (2007), na mesma perspectiva, define o questionário como uma técnica de investigação composta por um número variado de questões também escritas e destinadas aos respondentes e que visa captar opiniões, interesses, expectativas, situações vivenciadas, dentre outros. Neste sentido, o questionário é um instrumento útil e importante para o pesquisador que pretende recolher dados

sobre um determinado tema.

Assim, nesta pesquisa, como instrumento de recolha de dados, um questionário foi aplicado ao pessoal da saúde e o outro aos participantes que na altura frequentavam o curso de AEA. O questionário para a primeira categoria de participantes compreende um total de onze questões, ao passo que o destinado aos alfabetizandos e educandos compreende um total de dez questões. Cada questionário apresentava 4 opções de respostas e, em alguns casos, se respeita a escala de Likert (vide apêndices A e B). Relativamente ao conteúdo dos questionários, para além de questões sobre dados sociodemográficos dos participantes, compreende questões sobre a relação entre a educação e saúde; comunicação dos alfabetizandos e educandos com o pessoal médico (antes e depois de ingressarem na AEA); impacto da AEA na saúde, entre outras.

Sendo que os alfabetizandos/educandos do Centro de Alfabetização não eram respondentes minimamente instruídos para pessoalmente responderem o questionário, por forma a garantir a captação da sua percepção sobre a relação entre a educação e a saúde, o pesquisador lia a questão, ouvia a resposta e registava-a no questionário.

Como uma forma de aprofundar a compreensão do fenómeno em estudo, empregou-se também a entrevista semiestruturada. Kabir (2016) defende que a entrevista compreende a feitura de perguntas pelo pesquisador e obtenção das respectivas respostas dos participantes de um estudo. Caracteriza-se por ser um diálogo entre o entrevistador e o participante no estudo. A entrevista semiestruturada permite uma maior flexibilidade para o entrevistador, visto que pode fazer perguntas que derivem das respostas dos participantes e direccionar os participantes a responderem em função dos objectivos da pesquisa.

A entrevista foi aplicada a seis participantes, todos no 3º ano (vide Apêndice C). Ressalve-se que todos os entrevistados responderam também ao questionário. A escolha de participantes que se encontravam no último ano de AEA justifica-se pelo facto de estes terem acumulado conhecimentos, habilidades e atitudes durante a sua aprendizagem, o que os colocava em vantagem para relacionarem a sua educação com a sua saúde, por exemplo, e pronunciarem-se sobre o impacto da educação na saúde. Tanto os questionários quanto as entrevistas foram aplicados em Maio de 2017.

Relativamente à pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2008), trata-se de uma técnica desenvolvida a

partir de material já elaborado, constituído fundamentalmente de livros e artigos científicos. Apesar

de em quase todos os estudos se exigir algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Na mesma acepção, Gil (2008) assegura que a pesquisa documental se assemelha muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas reside na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica utiliza, fundamentalmente, as contribuições dos diversos autores sobre um dado assunto, a pesquisa documental assenta em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados em conformidade com os objectivos da pesquisa.

Desta feita, relativamente à pesquisa bibliográfica, como ficou evidente no capítulo da Revisão de Literatura, uma série de estudos cuja temática focaliza na educação e saúde, foi passada em revista, tendo permitido estabelecer-se uma relação entre educação e saúde bem como examinar o impacto da primeira na outra.

Na pesquisa bibliográfica, incluiu-se a análise de documentos do hospital relativos à história do Centro de Saúde, alguns relatórios do Centro de Alfabetização, bem como documentos do sector pedagógico, como são as listas dos alfabetizandos e dos educandos do centro.

### **3.5. Processo de recolha de dados**

O processo de recolha de dados iniciou após a permissão pelas entidades gestoras do Centro de Saúde e do Centro de AEA seleccionados para a pesquisa, depois da apresentação da credencial da Faculdade de Educação e explicação dos objectivos da pesquisa, no mês de Maio de 2017. Relativamente aos dados recolhidos através do questionário, conforme descrito na secção anterior, contou-se com os alfabetizandos, educandos e pessoal de saúde que se disponibilizaram para participar no estudo.

Sendo que cada um tem a sua agenda, foi preciso elaborar um calendário para a recolha de dados (veja-se a tabela 2 a seguir).

Tabela 2: Calendário de recolha de dados

Categoria de participantes	Instrumento aplicado	Data e hora de recolha de dados
Alf 1	Questionário	08/05/2017 – 14:00h
Alf 2	Questionário	08/05/2017 – 15:00h
Alf 3	Questionário	08/05/2017 – 16:00h
Alf 4	Questionário	08/05/2017 – 17:00h
Alf 5	Questionário	09/05/2017– 14:00h
Alf 6	Questionário	09/05/2017– 15:00h
Alf 7	Questionário	09/05/2017– 16:00h
Alf 8	Questionário	09/05/2017– 17:00h
Alf 9	Questionário	10/05/2017– 14:00h
Alf 10	Questionário	10/05/2017– 15:00h
Alf 11	Questionário	10/05/2017– 16:00h
Alf 12	Questionário	10/05/2017– 17:00h
Alf 13	Questionário	11/05/2017– 14:00h
Alf 14	Questionário	11/05/2017– 15:00h
Alf 15	Questionário	11/05/2017– 16:00h
Alf 16	Questionário	11/05/2017– 17:00h
Alf 17	Questionário	11/05/2017 – 18:00h
E 1	Questionário /Entrevista	12/05/2017 – 13:00h / 22/05/2017 – 13:00h
E 2	Questionário /Entrevista	12/05/2017 – 13:45h / 22/05/2017 – 13:45h
E 3	Questionário /Entrevista	12/05/2017 – 14:30h / 22/05/2017 – 14:30h
E 4	Questionário /Entrevista	12/05/2017 – 15:15h / 22/05/2017 – 15:15h
E 5	Questionário /Entrevista	12/05/2017 – 16:00h / 22/05/2017 – 16:00h
E 6	Questionário /Entrevista	12/05/2017 – 16:45h / 22/05/2017 – 16:45h
E 7	Questionário	15/05/2017 – 13:00h
E 8	Questionário	15/05/2017 – 13:45h
E 9	Questionário	15/05/2017 – 14:30h
E 10	Questionário	15/05/2017 – 15:15h
E 11	Questionário	15/05/2017 – 16:00h
E 12	Questionário	15/05/2017 – 16:45h
E 13	Questionário	15/05/2017 – 17:30h
Pessoal médico	Questionário	semana de 08 a 12 de Maio de 2017

O calendário foi flexível respeitando a ocupação de cada um. A aplicação do questionário aos alfabetizando foi mais demorada relativamente à aplicação aos educandos. Em média, com cada alfabetizando, despendeu-se cerca de 60 minutos. Relativamente aos educandos, sendo que na sua maioria podiam ler e perceber o questionário, despendeu-se uma média de 40 minutos com cada um deles.

Quanto ao questionário aplicado ao pessoal da saúde, o pesquisador deixou-o com os respondentes no dia 08 de Maio, tendo-o recolhido no dia 12 do mesmo mês. Dos 45 questionários que entregou teve um retorno de 38 participantes, isto é, 84,4% dos funcionários que haviam recebido o questionário retornaram-no ao pesquisador.

Relativamente à entrevista, esta decorreu no dia 22 de Maio, na EPCU-24, num local que garantiu a privacidade dos entrevistados e a ocorrência de ruídos que pudessem interferir negativamente na comunicação. A entrevista com os seis educandos foi num ambiente ameno, descontraído, tendo durado em média 30 minutos. Todas as respostas dos participantes foram manuscritas no papel, algumas delas, com o consentimento dos participantes, foram registadas também em áudio. Portanto, nem todos os participantes se sentiram confortáveis para gravar a sua fala.

A seguir apresenta-se a tabela que ilustra os objectivos e perguntas da pesquisa bem como as técnicas de recolha de dados aplicadas.

Tabela 3: Objectivos, perguntas e técnicas de recolha de dados da pesquisa

<b>Objectivos da pesquisa</b>	<b>Pergunta da pesquisa</b>	<b>Técnica de recolha de dados</b>
Descrever a relação entre a educação de adultos e a saúde pública;	Que relação existe entre a educação de adultos e a saúde pública?	Revisão bibliográfica Questionário
Apresentar as percepções dos participantes no estudo sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública	Qual é a percepção dos alfabetizando/educandos sobre a relação entre a educação de adultos e Saúde Pública?	Questionário Entrevista
Discutir o impacto da Educação de Adultos na saúde pública dos participantes no estudo.	Qual é o impacto da Educação de Adultos na saúde pública?	Revisão bibliográfica Questionário Entrevista

### 3.6. Análise dos dados da pesquisa

A análise de dados configura-se numa fase importante no empreendimento de investigações nas Ciências Sociais. O objectivo desta secção consiste em apresentar os parâmetros considerados e necessários para a análise dos resultados de pesquisa.

Os dados dos questionários foram analisados com base no pacote estatístico SPSS. Apesar de se reconhecer que os participantes não eram em número elevado, o uso deste *software* pretendia garantir maior fidelidade aos resultados, do que se os mesmos tivessem sido gerados com base em cálculos matemáticos do pesquisador. Assim, em relação aos dados quantitativos, Ferreira (2005) explica que existem essencialmente dois tipos de procedimentos em estatísticas: a estatística descritiva, cujo objectivo é a descrição dos dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população, e estatística inferencial, que se preocupa com o raciocínio necessário para a obtenção de conclusões gerais, a partir dos dados. O objectivo desta última é obter uma afirmação acerca de uma população com base numa amostra.

O tratamento dos dados foi feito manualmente, tendo-se observado cinco etapas, conforme Blanche, Durrheim e Kelly (2006), designadamente:

- (i) Imersão nos dados para uma melhor familiarização com os mesmos. Para tal, foi necessário ler e reler os dados obtidos através das entrevistas e questionários.
- (ii) Identificação de temas indutivos, que é uma abordagem da base ao topo que compreende a marcação de categorias com base no texto dos entrevistados. Porém, nesta pesquisa, trabalhou-se com categorias pré-determinadas, derivadas das perguntas/objectivos da pesquisa (relação entre a educação e saúde pública; impacto da educação na saúde).

Para Bazeley (2009), não há problemas com as categorias ou temas pré-determinadas, desde que as mesmas sejam reconhecidas e declaradas como tais e sejam fundamentadas nos dados.

- (iii) Codificação dos dados, que consiste em fragmentar os dados de uma forma analiticamente relevante. Nesta conformidade, diferentes segmentos dos dados foram identificados como instâncias de ou relevantes a um(a) ou mais temas/categorias. Neste estágio, fez-se a limpeza de dados e reduziu-se os mesmos a pequenas porções manuseáveis de acordo com as categorias.

- (iv) Elaboração, que consiste em explorar os temas mais detalhadamente. Neste estágio, a fragmentação dos dados permitiu que os segmentos com o mesmo código fossem organizados em grupos.
- (v) Interpretação e verificação, que é o estágio em que se junta os dados na forma escrita para interpretação. As categorias temáticas e princípios derivados da revisão da literatura foram usados como (sub) títulos no capítulo da apresentação e análise dos resultados. Neste exercício, foi possível a inferência da convergência/divergência de respostas sobre o fenómeno em estudo.

Tanto os dados quantitativos quanto os qualitativos foram triangulados. Portanto, a triangulação permitiu que o fenómeno em estudo fosse abordado de diferentes formas, ou por meio de métodos múltiplos, uma vez que o foco desta pesquisa teve duas vertentes: através de diferentes técnicas, colher informações junto dos alfabetizandos e educandos, por um lado, e do pessoal de saúde do centro de saúde, por outro. A partir deste procedimento foi possível relacionar a aprendizagem dos alfabetizandos e educandos à saúde bem como elaborar sobre o impacto da educação na saúde.

### **3.7. Validade e Fiabilidade**

Qualquer estudo científico requer certas condições de validação e fiabilidade dos instrumentos usados, isto é, a certeza que o questionário conseguiu trazer aquilo que se pretendia numa determinada pesquisa. A validade consiste na certificação de que os instrumentos utilizados garantem que se atinjam resultados coerentes e passíveis de serem aceites numa determinada investigação enquanto a fiabilidade é a certificação de que os dados recolhidos correspondem à realidade (Lakatos & Marconi, 2001).

Neste contexto, de modo a garantir a validade e fiabilidade dos instrumentos de recolha de dados e resposta às perguntas da pesquisa, foi realizado um estudo piloto no Centro de Saúde e no Centro de alfabetização em alusão. Os instrumentos (questionários) foram aplicados tanto ao pessoal do Centro de Saúde quanto como aos alfabetizandos/educandos do Centro de AEA envolvendo nove pessoais de saúde e 14 alfabetizandos. Para averiguar a fiabilidade dos instrumentos procedeu-se a triangulação dos resultados através da análise dos dados. Neste contexto, a fiabilidade consistiu, segundo Gil (2008), em avaliar a variabilidade e consistência das respostas dadas pelos

respondentes.

E para averiguar a viabilidade subdividimos os testes-piloto em duas partes, ou seja, os instrumentos foram aplicados em duas fases diferentes para mesmas pessoas com objectivo de examinar a consistência dos resultados nessas duas partes.

### **3.8. Considerações Éticas**

Em qualquer pesquisa, os padrões éticos promovem os valores essenciais ao trabalho colaborativo, como confiança, responsabilidade, respeito mútuo e justiça. De acordo com Lakatos e Marconi (2001), a ética da actividade científica era presumida como natural porque, tal como os demais saberes (práticos, tecnológicos, sociais ou artesanais), eram feitos, em grande parte, por pessoas honestas e sinceras que gostavam do que faziam, que aceitavam os limites da negociação da verdade e reagiam contra proposições que consideravam insustentáveis.

O acesso ao Centro de Saúde e ao Centro de AEA em que decorreu o estudo foi após apresentação da credencial da Faculdade de Educação e permissão pelos gestores das duas instituições depois da explicação dos objectivos da pesquisa.

Assim, quanto aos aspectos éticos de pesquisa, o pesquisador esteve atento às questões relacionadas com autonomia, liberdade, imparcialidade e confidencialidade. Todos os participantes foram tratados de igual modo, considerando as suas diferenças, liberdade e autonomia. Os participantes foram informados que tinham a liberdade de a qualquer momento se retirarem da pesquisa se assim o entendessem. Foi garantido também o direito ao anonimato, daí a codificação dos entrevistados (E=entrevistado, seguido de número, correspondente à sequência da entrevista) e confidencialidade. Os resultados foram tratados com zelo e imparcialidade.

### **3.9. Limitações do estudo**

Qualquer estudo tem limitações. No caso deste, a limitação foi a seguinte:

- (i) O não domínio do código escrito pela maioria dos alfabetizandos, tendo o pesquisador inserido as respostas por aqueles fornecidas.
- (ii) Falta de literatura sobre a temática desta pesquisa. a nível nacional

Relativamente à primeira limitação, se, por um lado, permitiu aferir que os alfabetizandos (no

primeiro e segundo anos de AEA) não conseguem decifrar mensagens escritas, por outro, o facto de o pesquisador ter feito o registo de respostas tal como foram dadas pelos participantes, permitiu a inclusão destes participantes na pesquisa.

Quanto à segunda limitação, para a sua superação, recorreu-se a estudos realizados a nível internacional. Apesar destas limitações, o emprego das diversas técnicas de recolha de dados descritas neste capítulo bem como a análise triangulada dos dados permitiu alcançar os objectivos da pesquisa. A seguir apresenta-se o capítulo da apresentação e discussão dos resultados.

## CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta e discute os resultados de pesquisa em função dos objectivos da mesma. Num primeiro momento, apresenta os resultados referentes aos participantes do estudo, os quais lhes conferem requisitos, tanto como alfabetizandos e educandos quanto como funcionários do sector de saúde para responderem de forma fiável às perguntas que lhes foram apresentadas através dos questionários e entrevistas. Num outro momento, apresenta-se e discute-se os resultados referentes à relação entre a educação de adultos e a saúde pública bem como ao impacto da educação de adultos na saúde pública. Para começar, apresenta-se os resultados referentes aos participantes no estudo.

### 4.1. Participantes no estudo

A tabela 4 indica que foram envolvidos 30 participantes que frequentam o programa de AEA no CAEA/EPCU24, onde 19 participantes, correspondentes a 64,5%, são do sexo feminino e 11, correspondendo a 35,5%, são do sexo masculino. A partir da tabela número 3 a seguir, pode-se compreender que muitos dos que frequentam ou aderem ao programa de AEA são, na sua maioria, mulheres.

Tabela 4: Distribuição dos alfabetizandos por sexo

Variáveis	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Feminino	19	64,5%	64,5	64,5
Masculino	11	35,5%	35,5	100,0
Total	30	100,0%	100,0	

Sendo que se acredita que quanto mais tempo de educação se tiver, mais conhecimento se tem, procurou-se saber o tempo de estudo dos alfabetizandos/educandos no Centro de AEA.

Conforme os dados da tabela 5, foram inquiridos 12 adultos que estão há três anos a frequentar o curso, que perfazem 41,9%; 09 adultos (29,1%) que estão há dois anos; 08 adultos (25,8%) que estão há um ano e 01 que está a repetir o terceiro ano. Estes dados mostram que muitos participantes da pesquisa são adultos prestes a concluir o programa.

Tabela 5: Tempo de estudo no centro

Variáveis	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulativa
Há um ano	8	25,8%	41,9	48,4
Há dois anos	9	29,1%	25,8	74,2
Há três anos	12	41,9%	22,6	96,8
Há mais de três anos		3,2%	3,2	100,0
Total	30	100,0%	100,0	

Procurou-se também saber dos alfabetizandos e educandos sobre o seu grau de satisfação relativamente à frequência do curso. Os resultados mostram que 12 (38,7%) respondentes se sentem bem por estarem a frequentar o programa de AEA, 06 (22,6%) sentem-se suficientemente bem e 12 (38,7%) sentem-se muito bem. Pode-se então verificar que a maior parte dos alfabetizandos/educandos estão satisfeitos com o programa, não havendo nenhum com nível de satisfação negativo, como ilustra a tabela 6. Verificando os resultados da tabela 6, pode-se inferir que os adultos, na sua maioria, sentem a necessidade e a importância de aprender e/ou estudar para enfrentar os problemas do dia-a-dia.

Tabela 6: Nível de Satisfação para com o curso

Variáveis	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sinto-me bem	12	38,7	38,7	38,7
Suficientemente bem	6	22,6	22,6	61,3
Muito bem	12	38,7	38,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Relativamente à recolha de dados efectuada no CSHGJM, 38 funcionários de várias especialidades foram inquiridos para responderem o questionário. Os mesmos responderam a perguntas relacionadas com a medição dos factores demográficos como as referentes a: sexo, local de residência dos utentes do Centro, o tempo de serviço, profissão/especialidade, o fluxo de pacientes ao centro.

Analisada a situação por sexo, verificou-se que a maioria é do sexo feminino e que responderam ao

questionário neste Centro de Saúde 23 (60,5%) funcionários de sexo feminino e 15 (39,5%) de sexo masculino, como indica a tabela 7.

Tabela 7: Distribuição por Sexo dos Funcionários do Centro de Saúde do HGJM

Variáveis	Frequência	Percentage m	Percentage m válida	Percentagem acumulativa
Feminino	23	60,5%	60,5	60,5
Masculino	15	39,5%	39,5	100,0
Total	38	100,0%	100,0	

Pelo tempo de serviço dos funcionários de saúde deste Centro, pode-se depreender que estão dotados de muita experiência e que as informações por estes prestadas são fiáveis. É de salientar que 04 (10,5%) funcionários estavam a trabalhar havia um ano, 07 (18,4%) havia dois anos, 07 (18,4%) havia três anos e 20 (52,6%) havia mais de 3 anos de serviço, conforme mostra a tabela 8.

Tabela 8: Tempo de Serviço na Área de Saúde

Variáveis	Frequência	Percentage m	Percentage m válida	Percentage m cumulativa
Há um ano	4	10,5%	10,5	10,5
Há dois anos	7	18,4%	18,4	28,9
Há três anos	7	18,4%	18,4	47,4
Mais de três anos	20	52,6%	52,6	100,0
Total	38	100,0%	100,0	

Os resultados apresentados conferem alguma fiabilidade aos dados recolhidos junto dos alfabetizandos e educandos, para responder as perguntas da pesquisa sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública, assim como sobre o impacto da educação sobre a saúde, visto que, conforme a literatura revista, quanto mais tempo de escolaridade se tiver, mais literacia em saúde se tem. Significa isto que estão em posse de conhecimentos, habilidades e atitudes relativos à saúde, habilitando-os a prevenir doenças, a proteger a saúde e a promover melhor qualidade de vida. Ademais, os alfabetizandos e educandos, na sua maioria, estão com níveis de satisfação altos para com o programa de AEA: doze (38,7%) alfabetizandos/ educandos se sentem ‘bem’ e igual número ‘muito bem’, enquanto oito (22,6%) se sentem ‘suficientemente bem’.

Em relação ao pessoal da saúde, 20 (52,6%) têm mais de três anos de experiência, o que os coloca na capacidade de saberem sobre os utentes dos seus serviços, bem como as atitudes desses mesmos

utentes relativamente à saúde.

## 4.2. Relação entre a educação e a saúde pública

Esta é uma das categorias pré-determinadas da pesquisa, derivada de um dos objectivos da pesquisa. Os resultados referentes a esta categoria compreendem a frequência com que se vai ao hospital, a comunicação dos alfabetizados e educandos com o pessoal médico.

### 4.2.1. Frequência com que se vai ao hospital

Em relação ao fluxo dos utentes no Centro, 35 dos inquiridos, perfazendo um nível percentual de 92,1%, responderam positivamente, isto é, que o fluxo é maior e um (2,6%) funcionário teria respondido que não, e dois (5,2%) responderam que era razoável, como se pode verificar na tabela 9.

Tabela 9: Fluxo de pacientes no Centro de Saúde

Variáveis	Frequência	Percentage	Percentage m válida	Percentage m acumulativa
Sim	35	92,2%	92,1	92,1
Não	1	2,6%	2,6	94,7
Razoável	2	5,2%	2,6	97,4
Total	38	100,0%	100,0	100,0

Perguntou-se aos entrevistados se costumavam ir ao hospital e porquê. As respostas dos seis mostram que somente quando uma doença grave os apoquentá é que vão ao hospital. A resposta da educanda E1 sintetiza as de todos os entrevistados (4 mulheres e 2 homens):

*“Não vou sempre ao hospital. Só quando tenho uma doença grave ou alguém de casa tem uma doença grave é que vou ao hospital, porque sei evitar doenças que normalmente nos fazem ir ao hospital, e sei o que fazer, por exemplo, quando tenho tosse ou diarreia”*

Enquanto os resultados do questionaram mostram haver um maior fluxo de pacientes no CSHGJM, os resultados da entrevista mostram que não é por qualquer doença que os educandos vão ao hospital. Somente procuram os serviços médicos quando assolados por alguma doença

grave, pois são detentores de algum conhecimento para fazerem face a doenças ligeiras. Esta atitude, sintetizada na fala de E1, já indicia alguma relação entre a educação e a saúde.

Com efeito, se pessoas com baixos níveis de literacia tendem a ir mais vezes ao hospital, como defendido por EAEA (2015), então, estes educandos, porque aprenderam sobre doenças e como evitá-las, vão menos vezes ao médico, procurando os serviços médicos apenas em casos de doenças graves.

#### **4.2.2. Comunicação dos alfabetizandos e educandos com o pessoal médico**

Procurou-se saber dos alfabetizandos e educandos se encaravam dificuldades na compreensão da explicação médica com relação à sua saúde ou dos seus acompanhantes.

Assim, na questão número seis, 24 (77,4%) alfabetizandos/educandos responderam que, antes de estudar naquele centro, encaravam muitas dificuldades em compreender a explicação médica com relação à sua saúde ou do seu acompanhante. Do universo de 30, somente 06 (22,6%) responderam que não tinham dificuldades com a explicação médica, ora porque não compreendiam o Português, ora porque não conseguiam ler o que o médico escrevia. Veja-se a Tabela 10 a seguir.

Tabela 10: Distribuição pelo Nível de dificuldades de compreensão médica antes de frequência do Curso

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem Válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Sim	24	77,4%	77,4	77,4
Não	6	22,6%	22,6	100,0
Total	30	100,0%	100,0	

Perguntou-se, na entrevista aos educandos, sobre como lidavam com a informação do hospital, dos enfermeiros e médicos antes de frequentarem a AEA. Todos responderam que enfrentaram algum tipo de dificuldade, designadamente:

- (i) Compreensão do que se lhes dizia em Português, o que por vezes obrigava a que recorressem a um tradutor para o Xi-Ronga ou Xi-Changana (E1, E2, E6);
- (ii) Decifração do que o pessoal médico prescrevia, conformando-se com o que os farmacêuticos lhes davam (E3, E4, E5);
- (iii) Insegurança na administração da medicação porque, em casa, sem o médico, enfermeiro e farmacêutico, tornava-se difícil seguir as dosagens prescritas (E1, E4, E6).

Um excerto elucidativo desta insegurança é de E6: *“Como sou mãe solteira, quando o meu filho ficava doente, tinha medo de lhe dar os remédios receitados, porque não sabia se lhe dava a mais ou a menos. Às vezes tinha de ir a casa de alguém que estudou para me ajudar a compreender quando e como devia dar os remédios”*

A literatura revista ensina que quanto mais anos de escolaridade mais consciência se tem sobre a saúde e os cuidados a ter para prevenir doenças ou lidar com doenças e, segundo Zajacova e Lawrence (2018), mais anos de escolaridade significam uma melhor saúde e mais tempo de vida. Mais anos de escolaridade permitem o acesso à literacia em saúde, na acepção de EAEA (2015). O acesso à literacia em saúde significa comunicação efectiva no sentido de se perceber o que se ouve e o que se lê e assumir comportamentos consentâneos com as mensagens percebidas. Não é o caso destes alfabetizandos e educandos antes do contacto com a AEA. Não compreendiam o que o pessoal médico lhes dizia relativamente à sua saúde, não conseguiam ler as receitas médicas e dependiam de intermediários para administração de medicamentos, pois não sabiam ler nem percebiam a língua portuguesa.

Não possuir literacia em saúde revela-se pernicioso para o indivíduo, como mostram os resultados deste estudo, pois, por um lado, 24 alfabetizandos e educandos, correspondentes a 77,4% dos inquiridos, quando questionados sobre se tinham dificuldades na compreensão de prescrições médicas antes de frequentarem o curso, responderam afirmativamente.

Os resultados obtidos através do questionário junto ao pessoal médico corroboram os resultados acima apresentados. Efectivamente, quanto à percepção das informações médicas pelos utentes do centro, é considerada negativa porque, segundo o pessoal médico inquirido, há muitas dificuldades em perceber as prescrições médicas, isto é, vinte e quatro (63,2%) funcionários responderam que os utentes não alfabetizados têm dificuldades para perceberem o que o médico prescreve nas receitas médicas, treze funcionários (34,2%) funcionários acham que não tem havido dificuldades, e um (2,6%) não respondeu a questão, como mostra a tabela 11.

Tabela 11: Distribuição dos utentes do Centro por dificuldades na percepção médica

Variáveis	Frequência	Percentage	Percentage Válida	Porcentagem acumulativa
<b>Sim</b>	24	63,2%	63,2	63,2
<b>Não</b>	13	34,2%	34,2	97,4
<b>S/O</b>	1	2,6%	2,6	100,0
<b>Total</b>	38	100,0%	100,0	

Estes resultados fazem sentido quando relacionados aos provenientes da questão sobre a faixa etária com mais dificuldades em perceber a prescrição médica, em que vinte e oito (73,7%) funcionários responderam que são os idosos, conforme a tabela 12 a seguir.

Tabela 12: Distribuição pela faixa etária que apresenta mais dificuldades em perceber prescrição médica

Variáveis	Frequência	Percentage	Percentage Válida	Porcentagem acumulativa
	5	13,2%	13,2	13,2
Jovens	1	2,6%	2,6	15,8
Adultos	2	5,3%	5,3	21,1
Idosos	28	73,7%	73,7	94,7
S/O	2	5,3%	5,3	100,0
<b>Total</b>	38	100,0%	100,0	

Ora, considerando que os idosos, geralmente, no nosso país, fazem parte dos grupos populacionais com menos escolarização, e que se morre, principalmente, por falta de conhecimento (falta de literacia em saúde) e não cumprimento das prescrições médicas (que pode resultar da incapacidade de decifrar as prescrições), como se pode ver na tabela 13, parece ficar claro que a educação tem relação com a saúde. Por isso, pessoas menos escolarizadas tendem a sofrer das principais doenças de natureza cardiovascular, hepática e de diabetes, como concluído por Hahan e Truman (2015), sendo propensas a ir mais vezes ao médico, a ser hospitalizadas ou a seguir tratamento ou prescrição inadequadamente, como argumenta EAEA (2015).

Tabela 13 – Distribuição pelas principais causas de mortes dos utentes no Centro

Variáveis	Frequência	Porcentagem	Porcentagem m Válida	Porcentagem m acumulativa
Falta de conhecimento	10	26,3%	26,3	26,3
Por não cumprir com a prescrição médica	10	26,3%	26,3	52,6
Desleixo	6	15,8%	15,8	68,4
Ignorância	7	18,4%	18,4	86,8
Outras causas	4	10,5%	10,5	97,4
S/O	1	2,6%	2,6	100,0
Total	38	100,0%	100,0	

Para uma melhor comunicação entre os pacientes (sejam eles alfabetizados, educandos ou não) e o pessoal médico, a educação é a melhor ponte, pois permite que o cidadão reúna conhecimentos, habilidades e atitudes que o conduzam a uma melhor saúde. Para os educandos deste estudo, a educação torna-os capazes de “evitar doenças que normalmente nos fazem ir ao hospital”, porque sabem o que fazer quando têm “por exemplo, ... tosse ou diarreia”, como dito por E1. Neste sentido, a educação é a área com mais privilégio para a intervenção da saúde pública.

Profissionais das duas áreas, de forma colaborativa podem impulsionar a saúde individual e, conseqüentemente, a saúde colectiva, organizando intervenções educativas face a face (individualmente ou em grupo) ou intervenções com recurso aos Mídias, que, pela sua natureza de difusão, abrangem um maior número de beneficiários do que quando as intervenções são restritas ao contexto escolar. Tais intervenções educativas, se modeladas aos objectivos educacionais, dos participantes e do contexto em que ocorrem, melhores resultados alcançam, como defendido por Pais Ribeiro (2015).

Efectivamente, em países como Moçambique, onde ainda prevalecem problemas de saúde pública, causados pelo HIV/SIDA e a malária, que são responsáveis por mais de metade das mortes (27% e 29% respectivamente) (Ministério da Saúde, 2013), intervenções educativas no contexto escolar (centros de AEA e instituições educacionais de todos os níveis) e no contexto não formal, e com recurso aos Mídias, podem contribuir para a reversão deste quadro negro. Conseqüentemente, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias, a tuberculose e as mortalidades materna e infantil, que são outros problemas de saúde pública no país (Ministério da Saúde, op. cit), podem reduzir

visto que uma população educada se interessa pela sua saúde e bem-estar.

Portanto, a relação entre a educação e a saúde é inquestionável, tendo em conta os resultados aqui apresentados e discutidos e por referência aos argumentos esgrimidos pelos autores consultados. Em suma, na percepção dos alfabetizandos, educandos e pessoal da saúde, a educação tem relação com a saúde porque mune os que beneficiam da AEA de literacia em saúde que lhes permite evitar doenças, proteger a família e ensinar os outros sobre os cuidados de saúde. A seguir, apresenta-se a discussão dos resultados relacionados ao segundo objectivo da pesquisa.

### 4.3. Impacto da AEA na saúde

Esta é a segunda categoria pré-determinada da pesquisa. Como uma forma de compreender o impacto da AEA na saúde, procurou-se saber sobre as vantagens da AEA bem como sobre o que teria mudado na vida dos alfabetizandos e educandos como resultado da AEA.

#### 4.3.1. Vantagens da AEA na vida social

Através do questionário, procurou-se saber a opinião dos inquiridos sobre as vantagens da AEA na vida social. Os resultados, apresentados na Tabela 14 indicam que todos os inquiridos responderam positivamente, isto é, 18 (61,3%) alfabetizandos e educandos concordam e 12 (38,7%) concordam plenamente que o curso de AEA tem vantagens na vida social.

Tabela 14: Distribuição pelas vantagens do curso de alfabetização na vida Social

Variáveis	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulativa
Concordo	18	61,3	61,3	61,3
Concordo plenamente	12	38,7	38,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Com recurso à entrevista, também se colheu vantagens da AEA, sendo que cinco participantes só veem vantagens. Algumas das respostas elucidativas são:

“Por estudar na AEA [como vantagem] aprendi algumas coisas sobre doenças como SIDA, cólera, malária e como evitar essas doenças.” (E2). Portanto, a educação permite o acesso à informação sobre saúde, permitindo que se evite doenças. No mesmo diapasão, E4 respondeu:

“Antes eu ia ao hospital por tudo e por nada. Hoje vou ao hospital quando são aquelas doenças grandes, porque faço de tudo para proteger a minha família de doenças como cólera, malária, que dependem muito da nossa higiene. Na escola aprendi como evitar essas doenças” (E4).

Uma outra resposta é de E5, que se expressou nos seguintes termos: “Nós que estudamos somos diferentes dos que não estudaram. Por isso no bairro ensinamos os nossos vizinhos como cuidar do lixo, como acabar com charcos, porque isso tudo cria doenças”. Isto é, em posse da literacia em saúde, tem-se como vantagem uma nova identidade, diferente da dos que não possuem essa literacia; pode-se passar o que se sabe aos que não têm acesso a esse conhecimento.

Que a educação traz vantagens para a saúde é um facto, se se considerar os resultados ora apresentados. É a educação (AEA) que faz com que os seus beneficiários saibam evitar “doenças como SIDA, cólera, malária”, porque aprenderam sobre essas doenças (E2), façam “de tudo para proteger a [sua] família” destas doenças, indo ao hospital somente quando são acometidos de doenças graves (E4).

A educação não só lhes confere uma nova identidade (“somos diferentes dos que não estudaram”) mas também um papel agentivo na comunidade porque “ensinamos os vizinhos como cuidar do lixo, como acabar com charcos”, como explicou E5. Aqui se percebe que a educação tem relação com a saúde pública visto que esta, como argumentam Binns e Low (2015), busca melhorar a saúde de toda a comunidade com enfoque na protecção, prevenção de doenças e promoção do bem-estar. É justamente isto que estes educandos fazem ao partilhar com os vizinhos o seu conhecimento sobre os cuidados com o lixo e charcos. Isto é, não se preocupam apenas com a sua saúde, mas com a da comunidade, visto que, cuidando do lixo e dos charcos, se previnem de doenças como a cólera e a malária, por exemplo, promovendo assim o bem-estar da comunidade. Por outras palavras, a educação é uma ferramenta essencial para a saúde pública, como defendem Hahn e Truman (2015).

#### **4.1.1. Mudanças na vida pessoal e comunitária como resultado da AEA**

Perguntou-se aos educandos sobre o que tinha mudado na sua vida e da comunidade depois que começaram a estudar na AEA relativamente a questões de saúde. Todos eles reportaram mudanças

positivas como:

### **(i) Melhor compreensão do que o pessoal médico transmite**

Todos eles já percebem e falam a língua portuguesa sem necessidade de intermediários, o que os habilita a perceber as prescrições médicas.

Assim, o que se aprendeu na AEA *“permite-me conversar com o médico, enfermeiro e as pessoas da farmácia e fazer perguntas sobre a doença que me levou ao hospital”* (E2). Um outro entrevistado disse: *“Agora não preciso de tradutor, no hospital, percebo o que me dizem e sigo a medida da receita quando tenho que dar ou tomar remédios”* (E6).

Os educandos entrevistados reportam poderem participar de uma comunicação efectiva com o pessoal médico, visto que passaram a perceber e a falar a língua portuguesa, podendo assim compreender o que o pessoal médico lhes transmite e interagir com este, como afirmou E2. Podem seguir a prescrição médica sem intermediários, como disse E6. Neste sentido, o domínio da língua portuguesa possibilita o acesso à literacia em saúde, o que, por sua vez, impacta a saúde dos cidadãos.

### **(ii) Maior consciência para a prevenção de doenças**

Todos os educandos, duma ou doutra forma, estão mais conscientes da necessidade de se prevenirem de doenças, desde as sexualmente transmissíveis (E3, E6) até às derivadas da falta de higiene pessoal e comunitária, como são os casos da malária e cólera (E2, E3, E5), passando por aquelas que dependem da atitude pessoal para com o álcool e tabaco.

Relativamente a este último caso, os educandos do sexo masculino (E4, E5) é que se pronunciaram, tendo o E5, por exemplo, dito: *“Na escola, aprendemos que beber muito, principalmente sem comer bem, pode nos levar ao cemitério. O fígado estraga-se. Por isso eu já não bebo muito com os meus amigos desde que comecei a estudar. Fumar muito também não é bom. A pessoa pode ter problema nos pulmões e morrer. Digo isto sempre aos meus filhos e amigos”*

Um aspecto interessante é que duas educandas se referiram ao cancro do útero, tendo uma delas afirmado que, por ter acompanhado na televisão a campanha promovida pela primeira-dama acabou indo ao hospital para rastreio e que *“foi bom ir ao hospital e sem esperar muito tempo ser atendida. Felizmente não tinha esse problema.”* (E1) Para a E3, esta *“doença é muito silenciosa por isso todas as mulheres deviam fazer o teste”* para evitar o pior.

Os resultados apresentados mostram que a educação permite aos educandos uma maior consciência para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como referido por E3 e E6, da malária e cólera, conforme apontado por E2, E3 e E5, e das doenças resultantes do consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabaco, como referido pelos dois educandos de sexo masculino. É neste âmbito, por exemplo, que E5 reduziu o consumo de álcool com os amigos. Duckworth e Cara (2012), citando Feinstein *et al.* (2003) também se referiram à redução do consumo de álcool como resultado da educação. É essa educação que faz que E5 fale frequentemente aos filhos e amigos sobre os males do consumo do tabaco. Mais do que regulamentos sobre o Controlo de Produção, Comercialização e Consumo de Bebidas Alcoólicas (BR nº I Série –Número 80), com fins punitivos, precisamos de uma educação mais assertiva e mais cidadã para fazer perceber às pessoas que consomem abusivamente o álcool que este contribui para a sua degradação física e psíquica. Relativamente a isto, Schuller e Desjardins (2011), no seu estudo, reportaram o abandono do vício de fumar como resultado da educação.

A educação impacta na saúde das mulheres ao habilitá-las a fazer o rastreio do cancro do colo do útero, como fez E1, depois de ter acompanhado na televisão a campanha promovida pela primeira-dama. Este resultado está em consonância com o achado de Schuller e Desjardins (*op. cit.*), para quem a literacia em saúde concorre para que milhares de mulheres se previnam do cancro do útero. Aqui sobressai também a importância da educação não-formal por via dos Mídias, como defendido por Pais Ribeiro (2015), uma modalidade de educação que abrange as massas, o que pode trazer resultados significativos na saúde pública por abarcar um largo espectro populacional.

### **(iii) Melhor saúde pessoal e da comunidade**

Relativamente a esta categoria de respostas, para todos os educandos, a sua saúde pessoal melhorou. A escola ajudou-os a investirem mais na sua saúde, principalmente a nível da alimentação. Todas as quatro educandas se referiram a este aspecto. Por exemplo, a educanda E2 disse “*Crio galinhas e patos e tenho uma pequena horta. Isto ajuda-me a variar a alimentação*”. A educanda E3 pronunciou-se nos seguintes termos “*Raramente os meus filhos ficam doentes porque sei o que devem comer para resistir a doenças*”.

Mas também “a escola” os ajudou a consciencializar os vizinhos a evitar doenças como a cólera e a malária: “*Falamos com os vizinhos para não deixar lixo em casa e na rua de qualquer maneira*”.

e também para não deixar charcos de água porque tudo isto é porta para a malária e cólera entrarem” (E1). Uma outra educanda disse: “Por vezes fazemos limpeza colectiva na rua e os casos de malária reduziram muito” (E3)

Outro impacto da educação é a melhor saúde pessoal e da comunidade, através de melhores opções nutricionais, por exemplo, a E2 cria aves (galinhas e patos) e tem uma horta para melhor diversificação da alimentação. Outra educanda, a E3, sabe o que os filhos “devem comer para resistir a doenças”

Um outro impacto é que os educandos, em posse da literacia em saúde, consciencializam os vizinhos sobre a necessidade da saúde comunitária, por isso fazem limpeza colectiva na rua, como reportado por E3. Consequentemente, na percepção deste educando, “os casos de malária reduziram muito”.

Os resultados do questionário, mormente a resposta à pergunta 10, corroboram os resultados da entrevista. Com efeito, um número muito elevado de funcionários respondeu que concordava que pessoas alfabetizadas podem contribuir para a melhoria da saúde pública, isto é, 11 (28,9%) concordam, 16 (42,1%) concordam plenamente, 08 (21,1%) não concordam e 03 (7,9%) forneceram respostas inválidas, como ilustra a tabela 15.

Tabela 15: Distribuição de concordância que uma pessoa alfabetizada pode contribuir para a Saúde Pública

Variáveis	Frequência	Percentagem	Válida Percentagem	Válida acumulativa
Concordo	11	28.9%	28.9	36.8
Concordo plenamente	16	42,%1	42,1	78.9 7.9
Não concordo nem discordo	8	21,1%	21,1	
Inválidas	3	7.9%	7.9	7.9
Total	38	100,0%	100,0	100.0

Decorre desta discussão que a educação tem impacto sobre a saúde pública. A educação permite o acesso ao código oral e escrito em Português. Através desse código, os alfabetizandos/educandos

apropriam-se da literacia em saúde, operacionalizam-na prevenindo-se de doenças diversas. É assim que reduzem o consumo de álcool, falam sobre os malefícios do tabaco, as educandas fazem rastreio do cancro do útero, e até consciencializam a comunidade em que vivem sobre a necessidade da limpeza pessoal e colectiva, combatendo charcos e lixo. Isto é, em posse dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos na AEA, os participantes deste estudo, procuram melhorar a sua saúde e a de toda a comunidade com ênfase na protecção, prevenção de doenças e promoção do bem-estar, na perspectiva de Binns e Low (2015).

No geral, estes resultados entram em concordância com a visão de Freire (1977), segundo a qual a educação consiste na partilha de uma visão transformadora da realidade com capacidade de modificar o seu meio e suas relações. Isso permite reflectir sobre as consequências das acções, atitudes, comportamentos e experiências da vida, sobre as implicações éticas, culturais, sociais, políticas e profissionais dos mesmos e isso vai caracterizar a forma de pensar, de sentir, de fazer e de ser. Estes alfabetizados e educandos, a partir das aulas de AEA, ganharam uma nova forma de pensar, sentir fazer e ser relativamente à saúde, seja sua, seja dos seus familiares, seja da comunidade de que são membros.

O pressuposto é que, havendo relação entre educação e saúde, como demonstrado neste estudo, a educação impacta a eficiência dos sistemas de cuidados de saúde, como argumenta EAEA (2015) e, consequentemente, a saúde individual e comunitária. Da discussão com a literatura consultada, ficou claro que a educação de adultos tem uma relação intrínseca, fundamental e de complementaridade com a saúde. Os vários estudos demonstram que a educação de adultos, seja no contexto formal, seja no contexto não formal, tem relação com a saúde e tem impacto na saúde.

## **CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Este capítulo apresenta as conclusões e recomendações do estudo. Eram objectivos da pesquisa (i) Descrever a relação entre a educação de adultos e a saúde pública na perspectiva dos participantes no estudo; (ii) Apresentar as percepções dos participantes no estudo (pessoal de saúde do CSHGJM, alfabetizando e educando da EPCU24) sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública; e (iii) Discutir o impacto da Educação de Adultos na saúde pública dos participantes no estudo

### **5.1. Conclusões**

Relativamente ao primeiro objectivo, ficou evidente, com base na literatura revista e nos resultados do estudo, haver uma relação de complementaridade entre a educação e a saúde pública. A educação permite o acesso à informação sobre a saúde. A falta de saúde impede ou dificulta a aprendizagem. A educação pode ser providenciada formal ou não formalmente. No último caso, programas interventivos podem ser organizados e oferecidos através dos Mídias, cuja vantagem está em poderem alcançar as massas. A parceria entre educadores e profissionais da saúde pode resultar em ganhos maiores não só para o indivíduo como também para a comunidade.

A relação entre a educação e a saúde pública é confirmada pelas percepções dos educandos. Antes de frequentarem o curso de AEA, tinham dificuldades em aceder à literacia em saúde, uma situação que mudou depois que começaram a receber aulas. A AEA não somente lhes confere uma nova identidade, visto que eles próprios se consideram “diferentes dos que não estudaram” como também lhes outorga papel agente na comunidade, mobilizando os vizinhos para as boas práticas de higiene comunitária.

Finalmente, em relação ao último objectivo, os resultados confirmam o impacto da educação na saúde pública. O impacto vai desde o acesso à linguagem médica, até às atitudes resultantes da implementação da mesma. As atitudes consistem na prevenção de doenças várias a nível pessoal, familiar e comunitário. Ora, estas atitudes minimizam agravos à saúde, assegurando condições para a manutenção e sustentação da vida humana. É neste contexto que a educação de adultos resultou numa maior consciência para a prevenção de doenças transmissíveis e de doenças não transmissíveis. A redução do consumo de álcool e a conversa com amigos e familiares sobre

os malefícios do álcool e tabaco, a realização do teste de despiste do cancro do colo do útero, a diversificação da dieta alimentar e a redução dos casos de malária são exemplos elucidativos do impacto da educação de adultos sobre a saúde pública.

As implicações do estudo têm a ver com a possibilidade de o mesmo apresentar caminhos para investigações futuras. Sendo que praticamente não há em Moçambique estudos sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública, pode-se explorar o tema numa perspectiva mais abrangente, envolvendo, por exemplo, amostras representativas de todo o país. Uma outra possibilidade é explorar o tema incluindo participantes com formação académica superior e uma condição social acima da média, para ver se de facto os níveis académico e social são determinantes para atitudes positivas em relação à saúde.

## **Sugestões**

As sugestões deste estudo são:

### **Para o Governo:**

- a) Elevar a formação de base da população activa em saúde pública através da educação de adultos e/ou usando outros meios informativos;
- b) Assumir o compromisso de promover a saúde pública das populações em todo o território nacional, por forma a evitar doenças como a malária, cólera, entre outras;

### **Para educadores e profissionais da saúde:**

Avaliar as necessidades de aprendizagem e, em função disso, planificar programas de intervenção para a promoção da saúde pública.

### **Para os alfabetizados e educandos:**

Continuar a implementar o que aprendem sobre saúde, por forma a garantir melhor saúde na sua comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberto, S. A. (2010). *Fatores associados à mortalidade infantil em Moçambique, 1998 a 2003*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais.

Amubati, M., Nakhufo, F. & Otunga, R. (2005). *Foundation of Adult Education in África, Perspective on Adult Education Learning*. Unesco, Pearson Education.

Bazeley, P. (2009). Analysing Qualitative Data: More than ‘Identifying Themes’. *Malaysian Journal of Qualitative Research*, 2, 6-22.

Blanche, M.T., Durrheim, K. & Kelly, K. (2000). *Research in Practice: Applied Methods for the Social Sciences*. UCT Press.

Boletim da República I Série –Número 80 (2013). Decreto nº 54/2013 de 7 de Outubro, que regula o Controlo de Produção, Comercialização e Consumo de Bebidas Alcoólicas.

Boorse, C. (1977). *Health as a theoretical concept*. *Philosophy of Science*.

Botswana Conference, (2004). *Adult Education and Development*. “Poverty Reduction and Adult Education”.

Buffa, E., Arroyo, M. & Noselle, P. (2003). *Educação e Cidadania: quem educa o cidadão?* Cortez Editora.

Buque, D.C. (2013). *Literacy Programmes in Mozambique: Adults’ Motivations, Needs and Expectations – The case of Boane and Pemba*. Doctoral Thesis. University of the Western Cape.

Caliman, G. (2011). *Pedagogia Social: Contribuições para a Evolução de um Conceito*. In R. Silva, J. C. Souza Neto, R. Moura, E. M. Machado, S. M. P. & Caro (Orgs.). *Pedagogia Social: Contribuições para uma Teoria Geral da Educação Social*. São Paulo: Expressão e Arte.

Carrilho, C. & Lunet, N. (2014). Cancro do Colo do Útero – da Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano às Estratégias de Prevenção e Controlo em Moçambique. *Revista Moçambicana de Ciências de Saúde*, 1, (1), 11-16.

- Chilisa, B. & Preece, J. (2005). *Research Methods for Adult Education in Africa*. UNESCO, Pearson, IIZ-DVV.
- Creswell, J. W. (2010). *Projecto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto*. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
- DNAEA. (2003). *Plano Curricular e programas de Estudos para Alfabetização*. Maputo. Ministério da Educação.
- Duckworth, K., & Cara, O. (2012). *The Relationship between Adult Learning and Wellbeing*. Bis Research Paper number 94. Department for Business, Innovation & Skills.
- EAEA (2015). *Adult Education & Health*. Eaea.org. [https://eaea.org/wp-content/uploads/2018/04/2015\\_healthpaper\\_en.pdf](https://eaea.org/wp-content/uploads/2018/04/2015_healthpaper_en.pdf)
- Enciclopédia da Filosofia e das Ciências Humanas (1996).
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Zahar.
- Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, T.M, Sorhaindo, A., & Hammond. C. (2006). *What are the effects of education on health?* In R. Desjardins & T. Schuller (Eds.), *Measuring the effects of education on health and civic engagement: proceedings of the Copenhagen symposium* (pp. 171-177). OECD.
- Ferreira, S.P.A, & Dias, M.G.B.B. (2002). *A Escola e o Ensino da Leitura*. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 39-49.
- Ferreira, P. L. (2005). *Estatística descritiva e inferencial: Breves notas*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Field, J. (2011). *Adult learning, health and well-being – changing lives*. *Adult Learner: The Irish Journal of Adult and Community Education*, 13-25. Eric. <https://eric.ed.gov/?id=EJ95430>.
- Forattini, O.P. (2000). Reemergência de infecções. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 111-112.
- Freire, P. (1990). *Pedagogia do Oprimido*. Paz e Terra.

Freire, P. (1977). *Educação Como Prática da Liberdade*. Paz e Terra.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1991). *O Inquérito*. Ed. Celta.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. Editora Atlas S.A. Brasil.

Goldner, L.J (2013). *Educação física e saúde: Benefício da Actividade física para a Qualidade de Vida*. Vitória.

Gómez, B. M. (1999). *Educação em Moçambique – História de um Processo: 1962 – 1984*. Livraria Universitária.

Hahn, R., & Truman, B.I. (2015). Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *Int J Health Serv.*; 45(4), 657–678.

INE (2017). *Censo Geral da População e Habitação*.

Jobim, R. & Aerts, D. (2008). Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. *Caderno de Saúde Pública*, 24, (1),179 -187.

Kickbusch, I. (1989). Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion International*, 4 (4), 265-268.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2001). *Fundamentos da metodologia científica*. 4ª ed. Atlas.

Mário, M. & Nandja, DA. (2005). *A Alfabetização em Moçambique: Desafios da Educação Para Todos*.

Mattar, F. (1996). *Pesquisa de marketing*. 3ª ed. Atlas.

Merriam, S. B., & Brockett, R. (2007). *The Profession and Practice of Adult Education: An Introduction*. Jossay – Bass.

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. 3rd. ed. Sage.

MINED (2001). *Estratégia do Subsector de Alfabetização e Educação de Adultos/Educação Não-Formal*.

Ministério da Saúde (2013). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*.

Noselle, P. (1992). *A Escola de Gramsci*. Artes Médicas.

Oliveira, M. K. (1998). *Jovens e Adultos como Sujeitos de Conhecimentos e a Aprendizagem*. Caxumbo.

OMS (2003). *Conferência Latino Americano de Promoção a Saúde e Educação para Saúde*.

Ribeiro, J.L. (2015). Educação para a Saúde. *Psicologia., Saúde & Doenças*, 16 (1), 3

República de Moçambique (1990). *Constituição da República de Moçambique*.

Rizzo, R. (2002). *Aprendizes Adultos, Multireferenciais nos Serviços de saúde*.

Schuller, T, & Desjardins, R. (2011). Wider benefits of adult learning. In K. Rubenson (Ed.), *International Encyclopedia of Adult Learning and Education* (pp. 294-298). Elsevier

Saha, C. & Fangerlind, I. (1998). *International Encyclopedia of Education*.

Segre, M. & Ferraz, F.C. (1997). *O Conceito de Saúde*. *Rev. Saúde Pública*, 31 (5), 538-42.

Santos, N. L., Ferreira, B.M.A & Silva, S. L. C. (2013). *A compreensão leitora de alunos de cursos técnicos e superiores*. *Tear: Revista de Educação Ciência e Tecnologia*, 2 (1), 1-12.

Silva, D.; Simon, F. O. (2005). Abordagem quantitativa de análise de dados de pesquisa: construção e validação de escala de atitude. *Cadernos do CERU*, 2 (16), 11-27.

Silva, D.; Lopes, E. L.; & Braga Junior, S. S. (2014). Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. *Revista de Gestão e Secretariado*.

Teixeira, J. (2007), *Psicologia da Saúde: Contexto e Área de Intervenção*. Manuais Universitários. 1ª ed. Clipp's Editora, Lda.

Tesoura, B. (2008). *Lo Studio Empirico Sullo Sviluppo ell' Identità Degli Adolescenti/Giovani in Relazione Alle Inatituzione Educative Del Mozambico*. (Tese de Doutoramento nº 670).

Torres, R. M. (2001). *Educação para Todos*. A Tarefa por fazer. ARTMED Editora.

Torres, R. M. (2003). *Lifelong Learning. A New Momentum and a New Opportunity for Adult Basic learning and Education (ABLE) in the South*. New Education Division Document N. 14. SIDA.

UNESCO (1997). *Declaração de Hamburgo*.

UNICEF (2015). *Casamento Prematuro e Gravidez na Adolescência em Moçambique: Causas e Impacto*. Autor.

Van der Linden, J., & Rungo, R. (2006). 'Being literate means being somebody': Perceptions of participants of literacy programmes in Mozambique. *Adult Education and Development*, 283-296.

WCEFA (1990). *World Declaration on Education for all and Framework for Action to Meet Basic Learning Needs*. UNICEF/UNESCO.

WHO. (2016). *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014*. WHO.

Winslow, C.E.A. (1920). *The untilled fields of public health*. *Science*, 51(1306), 23-502.

Zajacova, A., & Lawrence, E.M. (2018). The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annual Review of Public Health*, 39, 273-289.

## APÊNDICES

### Apêndice A



**GUIÃO DE ENTREVISTA AOS EDUCANDOS**

**CENTRO DE ALFABETIZAÇÃO E EDUCAÇÃO DE ADULTOS DA ESCOLA  
PRIMÁRIA COMPLETA UNIDADE 24**

***RELAÇÃO ENTRE A EDUCAÇÃO DE ADULTOS E A SAÚDE PÚBLICA***

A recolha de dados é uma actividade que se realiza para obter informação que vai permitir fazer uma análise mais detalhada sobre os objectivos que se pretende alcançar. Este processo pode ser feito mediante o uso de vários instrumentos de recolha de dados tais como o questionário, a entrevista, a observação e por via de documentação, isto é, análise documental.

O presente trabalho vai basear-se na entrevista como uma das técnicas de recolha de dados junto dos educandos do Centro de Alfabetização da Escola Completa Unidade 24, sito no Distrito Urbano KaMaxaquene, que são o grupo alvo desta pesquisa.

O objectivo geral desta pesquisa é compreender a relação entre a educação de adultos e a saúde pública na perspectiva de funcionários da saúde e dos alfabetizandos e educandos deste centro de AEA.

Sinta-se à vontade ao responder as perguntas, porque toda a informação será confidencial. A sua participação é voluntária e sem compensação.

Caso não perceba algo, pergunte para esclarecimento.

1. Em que distrito municipal se localiza a sua residência?
2. Há quanto tempo está a estudar neste Centro de Alfabetização?
3. Como se sente por estar a estudar neste Centro?
4. O que mais aprende neste Centro?
5. Antes de estar a estudar neste Centro, tinha dificuldades ou não em compreender o que o Médico dizia no hospital? Porquê?
6. Como os estudos estão a contribuir na sua vida social, como, por exemplo, quando vai ao hospital?
7. O que mudou na sua vida como resultado de estar a estudar neste Centro?
8. Para si, a alfabetização tem ou não vantagens? Porquê?
9. Tem algo a acrescentar sobre a relação entre a educação de adultos e a saúde pública? Se sim, faça favor.

Obrigado pelo seu tempo e participação!

## Apêndice B



Faculdade de Educação

### QUESTIONÁRIO PARA OS FUNCIONÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE DO HOSPITAL GERAL JOSÉ MACAMO. Código -----

#### *RELAÇÃO ENTRE A EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS E A SAÚDE PÚBLICA*

A recolha de dados é uma actividade que se realiza para obter informação que vai permitir fazer uma análise mais detalhada sobre os objectivos que se pretende alcançar. Este processo pode ser feito mediante o uso de vários instrumentos de recolha de dados tais como o questionário, a entrevista, a observação e por via de documentação, isto é, análise documental.

O presente trabalho vai basear-se no questionário como um dos instrumentos para a recolha de dados dos funcionários da saúde do Centro de Saúde do Hospital José Macamo.

Ghiglioni & Matalon (1991) definem o questionário como sendo um instrumento de colecta de informação, utilizado numa sondagem ou inquérito. Os mesmos autores definem, tecnicamente, como uma técnica de investigação composta por um número grande ou pequeno de questões apresentadas por escrito que tem por objectivo propiciar determinado conhecimento ao pesquisador.

É no contexto destas definições que é elaborado o questionário que surge no âmbito da pesquisa sobre a relação entre a Educação de Adultos e a Saúde Pública, cujos resultados se espera que

possam contribuir para a diminuição das mortes das populações sem posses ou carenciadas, o que constitui sobremaneira um problema para os governantes moçambicanos.

O objectivo geral desta pesquisa é compreender a relação entre a educação de adultos e a saúde pública na perspectiva de funcionários da saúde e dos alfabetizandos e educandos.

Sinta-se à vontade ao responder as perguntas do questionário porque toda a informação será confidencial. O mesmo é preenchido numa base voluntária sem compensação.

Caso não perceba algo, pergunte para o esclarecimento.

1. Sexo (Assinale com x na caixinha apropriada)

a) Feminino

b) Masculino

2. Em que distrito urbano se localiza a sua residência? (coloque um x na caixinha apropriada)

a) KaMaxaquene

b) KaMabukwane

c) KaMpfumu

d) KaMavota

3. Há quanto tempo presta serviço neste Centro de Saúde? (Coloque um dígito em cada caixinha)

4. Como se sente trabalhar com os utentes deste Centro? (coloque um x na caixinha apropriada)

a) Sinto-me bem

- b) Sinto-me suficientemente bem
- c) Sinto-me muito bem
- d) Não me sinto bem
- e) Nunca me senti bem

5. O Centro tem maior fluxo de pacientes? (Assinale com x caixinha apropriada)

- a) Sim
- b) Não
- c) Razoável

6. A maioria dos utentes deste Centro é provenientes de que bairro? (Assinale com x a caixinha apropriada)

- a) Bairro Luís Cabral
- b) Bairro de Chamanculo
- c) Bairro do Jardim
- d) Todos os bairros circunvizinhos do Centro

7. Os utentes deste Centro apresentam dificuldades na percepção das prescrições médicas? (coloque um x na caixinha apropriada)

- a) Sim
- b) Não

Por favor justifique a sua resposta .....

.....

8. Quais são as principais causas da morte dos utentes deste Centro? (Coloque um x na caixinha apropriada)

a) Por não cumprirem com a prescrição médica

b) Desleixo

c) Por ignorância

d) Outras causas  (Detalhe-as) .....

9. Geralmente qual tem sido o nível literário dos utentes deste Centro? (Coloque um x na caixinha apropriada)

a) EP 1º Grau

b) EP 2º Grau

c) ESG 1º Ciclo

d) ESG 2º Ciclo

e) Universitário

f) Outro nível  (Especifique-o) .....

10. Em que medida concorda que uma pessoa alfabetizada pode contribuir para a Saúde Pública? (coloque um círculo numa só alternativa)

- a) Concordo                      Concordo plenamente                      Não concordo nem discordo  
Discordo                      Discordo plenamente

Por favor justifique a sua resposta .....

11. Qual é a taxa etária que tem mais dificuldades em perceber a prescrição médica? (coloque um x na caixinha apropriada)

- a) Jovens dos 15 a 25 anos      
b) Adultos de 26 a 40 anos      
c) Adultos de 41 a 55 anos      
e) Adultos da 3ª idade          
d) Outra     (por favor, especifique) .....

Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as perguntas completa e claramente.

Obrigado pelo seu tempo e participação!

## Apêndice C



### **QUESTIONÁRIO PARA OS ALFABETIZANDOS E EDUCANDOS DO DISTRITO MUNICIPAL KaMAXAQUENE. Código -----**

#### **CENTRO DE ALFABETIZAÇÃO E EDUCAÇÃO DE ADULTOS DA ESCOLA PRIMÁRIA COMPLETA UNIDADE 24**

#### ***RELAÇÃO ENTRE A EDUCAÇÃO DE ADULTOS E A SAÚDE PÚBLICA***

A recolha de dados é uma actividade que se realiza para obter informação que vai permitir fazer uma análise mais detalhada sobre os objectivos que se pretende alcançar. Este processo pode ser feito mediante o uso de vários instrumentos de recolha de dados tais como o questionário, a entrevista, a observação e por via de documentação, isto é, análise documental.

O presente trabalho vai basear-se no questionário como um dos instrumentos para a recolha de dados junto dos Alfabetizandos e educandos do Centro de Alfabetização da Escola Completa Unidade 24, sito no Distrito Urbano KaMaxaquene, que são o grupo alvo desta pesquisa.

Ghiglion & Matalon (1991) definem o questionário como sendo um instrumento de colecta de informação, utilizado numa sondagem ou inquérito. Os mesmos autores definem, tecnicamente, como uma técnica de investigação composta por um número grande ou pequeno de questões apresentadas por escrito que tem por objectivo propiciar determinado conhecimento ao pesquisador.

É no contexto destas definições que é elaborado o questionário que surge no âmbito da pesquisa sobre a relação entre a Educação de Adultos e a Saúde Pública, cujos resultados se espera que possam contribuir para a diminuição das mortes das populações sem posses ou carenciadas, o que constitui sobremaneira um problema para os governantes moçambicanos.

O objectivo geral desta pesquisa é compreender a relação entre a educação de adultos e a saúde pública na perspectiva de funcionários da saúde e dos alfabetizandos e educandos.

Sinta-se à vontade ao responder as perguntas do questionário, porque toda a informação será confidencial. O mesmo é preenchido numa base voluntária sem compensação.

Caso não perceba algo, pergunte para o esclarecimento.

1. Sexo (Assinale com x na caixinha apropriada)

a) Feminino

b) Masculino

2. Em que distrito municipal se localiza a sua residência? (coloque um x na caixinha apropriada)

a) KaMaxaquene

b) KaMabukwane

c) KaMpfumu

d) KaMavota

3. Há quanto tempo está a estudar neste Centro de Alfabetização? (Coloque um dígito em cada caixinha)

4. Como se sente estar a estudar neste Centro? (coloque um x na caixinha apropriada)

a) Sinto-me bem

b) Sinto-me suficientemente bem

c) Sinto-me muito bem

d) Não me sinto bem

e) Nunca me senti bem

5. O que mais aprende neste Centro? (Assinale com x caixinha apropriada)

a) Aprendo a ler

b) Aprendo a ler e escrever

c) Aprendo a ler, a escrever e a contar

6. Antes de estar a estudar neste Centro, tinha dificuldades em compreender o que o Médico dizia no hospital? (Assinale com x a caixinha apropriada)

a) Sim

b) Não

c) Por favor, justifique a sua resposta .....

.....

7. Como os estudos estão a contribuir na sua vida quando vai ao hospital? (coloque um x na caixinha apropriada)

- a) Bem
- b) Muito bem
- c) Mal
- d) Muito mal
- c) Nunca contribuíram em nada

Por favor, justifique a sua resposta .....

.....

.....

8. Sente alguma diferença entre antes de estar a estudar neste Centro e agora? (Coloque um x na caixinha apropriada)

- a) Sim
- b) Não

Por favor, pode dizer qual é essa diferença? -----

.....

9. A alfabetização tem a vantagem de ajudar na vida social? (Coloque um círculo numa só alternativa)

- a) Concordo                      Concordo plenamente                      Não concordo nem discordo
- Discordo                      Discordo plenamente

Por favor justifique a tua resposta .....

.....

.....

10. O que pretende fazer depois de concluir o curso de alfabetização e educação de adultos?  
(coloque um x na caixinha apropriada)

a) Continuar com os estudos

b) Ficar em casa

c) Procurar emprego

d) Ensinar os outros

e) Outra coisa  (Especifique por favor) -----  
-----

Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as perguntas completas e claramente.

Obrigado pelo seu tempo e participação!