



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
Departamento de Educação de Adultos

Avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA: Caso do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos ADECOMU-OPTAR da Cidade de Maputo

Adelaide Emília Cumbane

Maputo, Outubro de 2016



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA: Caso do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos ADECOMU-OPTAR da Cidade de Maputo

Adelaide Emília Cumbane

Supervisor

Professor Doutor Francisco Januário
Faculdade de Educação da UEM

Co-supervisora

dra. Débora Nandja
Faculdade de Educação da UEM

Maputo, Outubro de 2016

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau e que ele constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestrado, da Universidade Eduardo Mondlane.

Assinatura

Maputo, Outubro de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

- ◆ À minha querida mãe, por me ter conduzido pelo caminho da inquietude, com a célebre frase: **“Estude e trabalhe, o saber será a sua riqueza.”**
- ◆ Aos meus filhos e esposo, por terem feito o possível para o meu crescimento, legado de virtudes.
- ◆ Aos meus irmãos e restantes familiares, pela importância dos conhecimentos que me passaram ao longo da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu supervisor a quem agradeço o seu gentil apoio intelectual e moral, sua paciência na supervisão desta dissertação e acompanhamento do trabalho até ao fim, fazendo preciosíssimos comentários, críticas e sugestões desde o primeiro passo ao último da realização do estudo.

Os meus sinceros agradecimentos ao dr. Francisco Carvalho pela amizade e orientação sempre segura, pelos ensinamentos preciosos que foram valiosos para a realização deste estudo.

Não deixaria de agradecer aos colegas do Departamento Académico de Bioquímica da Faculdade de Medicina da U.E.M, em especial, ao Dr. Sérgio Chibute, pelo apoio moral e material disponibilizado para que fosse possível frequentar o curso de mestrado em Educação de Adultos.

Os meus agradecimentos a todos os docentes da FACED, em especial a minha co-supervisora, Dra. Débora Nandja, pela colaboração e paciência incansável no tratamento amável prestado ao longo do processo de ensino-aprendizagem, tornando possível a mudança da minha mentalidade a partir dos conhecimentos obtidos durante a formação.

Aos alfabetizadores e alfabetizados do Centro de Alfabetização ADECOMU/OPTAR que aceitaram participar neste estudo.

Finalmente, agradeço a todos os amigos e colegas da turma, particularmente, a de especialização em Educação de Adultos, por terem proporcionado um ambiente alegre e harmonioso. A todos, o meu muito obrigado.

ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE HONRA	i
DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
LISTA DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS.....	xi
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	1
1.1. Contexto geral	1
1.2. Definição do problema	3
1.3. Objectivos e perguntas de pesquisa.....	5
1.4. Justificação do estudo.....	6
CAPÍTULO 2: CONTEXTO DA PESQUISA	9
2.1 Alguns dados demográficos de Moçambique.....	9
2.2 Contexto local do estudo	10
Tabela1: Número de participantes em cada faixa etária	11
Tabela 2: Níveis dos Alfabetizandos	12
2.3 O HIV e SIDA no Subsector de Alfabetização e Educação de Adultos	12
CAPÍTULO 3:REVISÃO DA LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Revisão da Literatura.....	17
3.1.1 Glossário: Terminologia Básica de Educação de Jovens e Adultos	17
3.1.2 Génese histórica da educação de adultos.....	20
3.1.3 Educação de adultos em África no período colonial	21
3.1.4 Contexto político e sócio-demográfico da Educação de Adultos em Moçambique	23

3.1.5	Situação da educação de adultos em Moçambique: Factos ocorridos desde o ano de 1975 até ao contexto actual.....	25
3.1.6	A vulnerabilidade à infecção por HIV e SIDA.....	29
3.2	Referencial Teórico	31
3.2.1	Caracterização da Educação de Adultos.....	31
	Tabela 3: Diferentes teorias da aprendizagem aplicadas à aprendizagem do adulto	34
3.2.2	Directrizes para a implementação da II- Estratégia de AEA no âmbito do HIV e SIDA..	36
	Tabela 4: Principais acções estratégicas para a educação e combate a doenças endémicas incluindo HIV e SIDA.....	37
3.2.3	Factores de Risco de Transmissão do HIV e sua Prevenção	39
3.2.4	Síntese	41
	CAPÍTULO 4: METODOLOGIA.....	44
4.1	Abordagem metodológica geral	44
4.2	População e tipo de amostragem	45
4.3	Instrumentos de recolha de dados.....	47
4.4	Validade e Fiabilidade	49
4.5	Análise de dados.....	51
4.6	Limitações do estudo e resultados esperados	53
4.7	Considerações éticas.....	55
	CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	57
5.1	Introdução.....	57
5.2	Conhecimentos dos alfabetizandos sobre HIV/SIDA e DTS	58
5.2.1	Análise e Interpretação dos Resultados do Questionário Sobre o HIV e SIDA.....	61
5.3	Atitudes e práticas dos inquiridos face às DTS e ao HIV e SIDA	70
5.4	Análise e interpretação dos resultados da entrevista: Conteúdos do HIV e SIDA em Vigor nos Programas curriculares de AEA	82
5.5	Análise e interpretação dos resultados da entrevista: Dificuldades encaradas pelos alfabetizadores na abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA no centro.....	82
	CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	84
6.1	Conclusão	84

6.2	Recomendações	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
	ANEXOS.....	94
	Anexo I: Termo de Consentimento.....	94
	Anexo II: Termo de Confidencialidade da Pesquisadora	97
	Anexo III: Guião de entrevista semi-estruturada	98
	Anexo IV: Questionário.....	100
	Anexo V. Questões retiradas da 1ª versão do Questionário.....	108
	Anexo VI: Credencial	109
	Anexo VII: Carta do Tradutor.....	110

RESUMO

Este estudo tem como objectivo avaliar o nível de conhecimentos, atitudes e práticas dos jovens e adultos no âmbito do HIV e SIDA, bem como conhecer as dificuldades encaradas pelos alfabetizadores na abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA neste grupo alvo. O problema e as perguntas de pesquisa do estudo centram-se no facto de, em Moçambique, a prevalência da infecção por HIV em jovens e adultos, dos 15 aos 49 anos, ser de 11,5%, considerando que um dos aspectos mais críticos desta epidemia é a sua concentração na população em idade activa. Os efeitos da doença não só se limitam na simples perda de mão-de-obra, mas têm implicações muito profundas na estrutura de famílias, a sobrevivência das comunidades e problemas a longo prazo da capacidade de sustentação produtiva. Foram colocadas 3 perguntas de pesquisa e, de acordo com o enfoque do estudo, importa salientar a seguinte:

- Qual é o nível de conhecimentos, atitudes e práticas que os jovens e adultos do Centro de alfabetização possuem em relação ao HIV?

Para a realização da pesquisa seguiu-se a metodologia qualitativa e quantitativa. Foram seleccionados para o estudo 52 elementos na base da técnica de amostragem aleatória simples. Os instrumentos usados foram os questionários e as entrevistas semi-estruturadas, tendo-se obtido os seguintes resultados: 52 alfabetizandos inquiridos revelaram possuir domínio sólido e abrangente em relação aos conteúdos sobre o HIV e SIDA, mas em contrapartida 28,8% dos inquiridos não usaram preservativo nos últimos 3 meses e, dos 6 alfabetizadores entrevistados, foi possível perceber que os conteúdos são abordados de forma inadequada. Como conclusão, o estudo mostrou que os participantes têm comportamentos vulneráveis e de risco em contrair o HIV, apesar de possuírem conhecimentos básicos sobre a doença. Assim, o estudo recomenda a aprimorização das condições materiais de trabalho dos alfabetizadores, a promoção do uso do preservativo masculino e feminino na camada jovem, o uso das línguas locais para facilitar a comunicação entre os jovens e adultos, assim como oferecer sistematicamente formações ou capacitações andragógicas nos Centros de AEA e garantir a avaliação e monitoria permanente da implementação das estratégias traçadas pelo sector de Alfabetização e Educação de Adultos do MINED.

- **Palavras-chave:** Atitudes, Conhecimentos, HIV e SIDA, Jovens e adultos, Práticas.

ABSTRACT

The study assesses young people and adults' level of knowledge, attitudes and practices concerning HIV and AIDS as well as the difficulties faced by literacy tutors in addressing HIV/AIDS issues. Both the research problem and questions are based on the fact that, in Mozambique, HIV prevalence in persons aged 15-49 is at 11.5%. As to the effect, one of the most critical aspects concerning this epidemic is that it is mostly found in people who are in active working age. Yet, the effects of the disease not only draw a blow on skilled labor, but also bring major implications on family structure, community survival and long-term sustainable productive capacity. There were four research questions, of which, given the focus of the study, it is worth highlighting the following:

- What level of knowledge, attitudes and practices do young people and adults from the Literacy Center have about HIV?

The study was conducted following qualitative and quantitative research tools. Fifty-two participants were selected on the basis of a simple random sampling technique, and questionnaires and semi-structured interviews were used. The results showed that 52 learners had sound and comprehensive knowledge of HIV/AIDS information, but 28.8% of the respondents had not used condoms in the previous 3 months, and that tutors addressed HIV/AIDS contents in an inadequate manner. The study concludes that participants have vulnerable behaviours and are at risk of contracting HIV, despite having basic knowledge about the disease. The study thus recommends that material working conditions for literacy tutors be improved; that the use of male and female condoms in young people be promoted; that local languages be used to facilitate communication between young people and adults; that andragogical training be systematically offered in Adult Education and Literacy Centers (AEA) and finally that the implementation of strategies outlined by the Literacy and Adult Education sector within the Ministry of Education be continuously reviewed and monitored.

Key words: Attitudes, knowledge, HIV/AIDS, Young people and adults, Practices.

LISTA DE ABREVIATURAS

AEA	Alfabetização e Educação de Adultos
ADECOMU/OPTAR	Associação para o Desenvolvimento Comunitário/ Oportunidades Para o Trabalho, Aprendizagem e Recreação
CAEA	Centro de Alfabetização e Educação de Adultos
COVs	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
DINAEA	Direcção Nacional de Alfabetização e Educação de Adultos
DPEC`s	Direcção Provincial de Educação e Cultura
DTS	Doenças de Transmissão Sexual
ENF	Educação Não-Formal
EAEA	Estratégia de Alfabetização e Educação de Adultos
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPT	Educação Para Todos
FACED	Faculdade de Educação
HIV	Human ImmunodeficiencyVirus
IFEA´s	Institutos de Formação de Educadores de Adultos
INEFP	Instituto Nacional de Emprego e Formação Profissional
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação Sobre o HIV e SIDA em Moçambique
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
IFP´s	Instituto de Formação de Professores
MINED	Ministério da Educação
ONG	Organizações Não-Governamentais
OUA	Organização da União Africana
PEEC	Plano Estratégico de Educação e Cultura
PEN II	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2005-2009
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica
SDEJT´s	Serviço Distrital de Educação Juventude e Tecnologia
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SPSS	Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (<i>do inglês</i> , Statistical Package for the Social Sciences)
TB	Tuberculose
TB/HIV	Tuberculose/Human Immunodeficiency Virus
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (<i>do inglês</i> , United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNAIDS	United Nations Program on AIDS
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

Tabelas

Tabela1: Número de participantes em cada faixa etária	11
Tabela 2: Níveis dos Alfabetizados	12
Tabela 3: Diferentes teorias da aprendizagem aplicadas à aprendizagem do adulto	34
Tabela4: Principais acções estratégicas para a educação e combate a doenças endémicas incluindo HIV e SIDA	37

Figuras

Figura 2.1- Mapa de Moçambique.....	10
-------------------------------------	----

Gráficos

Gráfico 5.1-Como se chama o agente causador do SIDA?.....	61
Gráfico 5.2 - Quais as doenças, relacionadas com HIV e SIDA, mais frequentes?.....	62
Gráfico 5.3 - Como é que alguém pode desconfiar da presença de uma DTS?.....	63
Gráfico 5.4 - SIDA tem cura?	64
Gráfico 5.5 - Qualquer pessoa pode apanhar SIDA?.....	65
Gráfico 5.6 - Como uma pessoa pode apanhar o HIV e SIDA?.....	66
Gráfico 5.7 - Onde se pode fazer o teste de HIV?.....	67
Gráfico5.8 - Para quê é que se usa o preservativo ou camisinha?	68
Gráfico 5.9 - Onde se pode obter os preservativos?	69
Gráfico 5.10 - Onde você ouve ou lê informação sobre HIV e SIDA?	70
Gráfico 5.11 - Com que idade teve a sua primeira relação sexual?.....	72
Gráfico5.12 - O que é que uma pessoa pode fazer para evitar doenças de transmissão	73
Gráfico 5.13 - O que faz quando desconfia que tem uma DTS?	74
Gráfico 5.14 - Teve alguma relação sexual nos últimos 3 meses?.....	74
Gráfico 5.15 - Respostas dadas em diferentes faixas etárias.	75
Gráfico 5.16 - Se sim, terá usado preservativo (camisinha) nessa última relação sexual	75

Gráfico 5.17 - Respostas dadas em diferentes faixas etárias	75
Gráfico 5.18 - Qual foi a principal razão para não ter usado o preservativo na sua última relação sexual?	76
Gráfico 5.19 - Quais das seguintes formas de prevenção do HIV e DTS são as melhores para si?	77
Gráfico 5.20 - Alguma vez já pensou em fazer o teste de HIV?	77
Gráfico 5.21 - Se sim, quantas vezes já fez o teste de HIV?	78
Gráfico 5.22 - Qual é a razão que o (a) levou a fazer o teste de HIV?	79
Gráfico 5.23 - Qual é a principal razão para não fazer teste de HIV?	80
Gráfico 5.24 - Tente imaginar o que faria se soubesse que tem vírus do SIDA (se estivesse infectado/a).	81

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta a seguinte estrutura: No capítulo 1 apresenta-se uma breve introdução, em que se coloca o contexto geral da prevalência do SIDA ao nível mundial, a definição do problema, os objectivos e perguntas de pesquisa, respectivamente e a justificação do estudo. No capítulo 2 descreve-se geograficamente o país e o contexto local do estudo. De seguida, no capítulo 3 define-se os conceitos-chave da revisão da literatura, na qual se faz abordagens dos autores em relação aos temas fulcrais da pesquisa sobre a gênese histórica da alfabetização e educação de adultos no contexto africano até aos tempos actuais. O mesmo capítulo abarca o referencial teórico sobre a Educação de Adultos na vertente do HIV e SIDA, conhecimentos de percepção dos factores de risco de transmissão do HIV e sua prevenção, necessidades de aprendizagem dos adultos e por fim a síntese. O capítulo 4 corresponde à metodologia e aborda as opções metodológicas, população e tipo de amostragem, instrumentos de recolha de dados, validade e fiabilidade, análise de dados, limitações do estudo, resultados esperados e as considerações éticas. O capítulo 5 dedica-se à discussão dos resultados e faz a análise e interpretação dos dados. Por fim, apresenta-se o capítulo 6, dedicado às conclusões e recomendações do estudo.

1.1. Contexto geral

O aparecimento da SIDA, no início dos anos 80, abalou as certezas do mundo contemporâneo, tendo desregulado e sobrecarregado os sistemas sanitários e sociais nos países ricos e pobres. Veio ainda agravar outros flagelos e tornar, muitas vezes, ineficazes os inúmeros esforços de luta contra outras doenças endémicas. A SIDA é uma doença biológica e social, sendo objecto simultâneo de um tratamento médico e social.

De acordo com UNAIDS (2009), ao nível mundial, a prevalência de pessoas vivendo com HIV, em 2009, era estimada em 33,4 milhões. Apesar desta taxa de prevalência continuar elevada, ela mostra uma tendência de aumento em cerca de 27% quando comparada com a reportada em 1999, que era de 26,2 milhões de pessoas infectadas.

Entretanto, na América do Norte e Oeste da Europa Central, o número total de pessoas infectadas por HIV continua a crescer tendo atingido, em 2009, aproximadamente 2,3

milhões, correspondentes a 30% a mais que o número reportado em 2001 (UNAIDS, 2009).

O autor acima citado acrescenta ainda que na Ásia, o número de pessoas que viviam com HIV parece ter-se estabilizado e nenhum país desta região apresenta uma epidemia generalizada. Em 2009, este número era estimado em cerca de 4,9 milhões, que era aproximadamente o mesmo número há 5 anos.

Em África, no geral, a epidemia de HIV continua sendo um problema de saúde pública e constitui a principal causa de morte e internamentos. Embora habitem neste continente apenas 14,5% da população mundial, a percentagem de pessoas vivendo com HIV nesta região era estimada, em 2009, em cerca de 67%, e o número de mortes por causas relacionados com SIDA rondava aos 72%. Na África Ocidental e Central, a prevalência do HIV continua a ser relativamente baixa. Em adultos sexualmente activos, a prevalência de HIV era estimada, em 2009, em cerca de 2%, em 12 países que são: Benin, Burkina Faso, República Democrática do Congo, Zâmbia, Gana, Guiné, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal e Serra Leoa (UNAIDS, 2010).

Entretanto, a África Oriental e Austral continuam sendo as regiões mais afectadas pela epidemia de HIV. Em 2009, estimou-se que cerca de 34% do número total de pessoas vivendo com HIV no mundo residiam em 10 países da África Austral. Nos países da África sub-sahariana a prevalência de HIV varia consideravelmente, sendo a região sul a mais afectada. Nesta região, o número de pessoas que viviam com HIV era estimado em 11,3 milhões, que representavam quase um terço de mais de 8,6 milhões de pessoas infectadas por HIV na década passada (UNAIDS, 2010).

Segundo UNAIDS (2011), nos finais de 2010, cerca de 34 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo, um aumento de 17% a partir de 2001. Isso reflectiu o grande número de novas infecções pelo HIV e uma expansão significativa de acesso ao tratamento anti-retroviral, o que ajudou a reduzir as mortes relacionados com SIDA, especialmente nos anos mais recentes. Embora o número de novas infecções tenha reduzido globalmente, a epidemia continua elevada e o número de Pessoas Vivendo Com HIV e SIDA (PVHS) aumenta devido à redução da mortalidade pela doença.

Ainda, de acordo com UNAIDS (2010), na África Sub-sahariana, no geral, e na África Austral, em particular, o número de novas infecções no grupo etário dos 15-24 anos é estimado em 45%. A África Subsaariana também foi responsável por 70% das novas infecções pelo HIV em 2010. Embora houvesse um declínio notável na taxa regional de novas infecções, a epidemia continua a afectar severamente a África Austral, com a África do sul, um país que faz fronteira com Moçambique, a ter mais pessoas vivendo com HIV (estima-se que 5,6 milhões) do que qualquer outro país do mundo.

Por sua vez, UNAIDS (2004) afirma que a maior parte das pessoas infectadas são mulheres e jovens sexualmente activas, em que algumas delas são chefes de famílias. Este grupo constituído por mulheres e raparigas sexualmente activas é oito vezes mais propenso a contrair a infecção por HIV do que os homens com a mesma idade. Esta tendência é impulsionada por vários factores sociais como a existência de uma estrutura social na qual a actividade sexual ocorre entre raparigas muito jovens e homens mais velhos propensos a contraírem o HIV que os homens jovens com o poder económico e social; e a difícil negociação do uso do preservativo pelas mulheres africanas devido às desigualdades do género na região.

A violência sexual é um factor que também impulsiona o aumento do risco de transmissão do HIV nas mulheres e a consequente maior taxa de prevalência neste grupo. Algumas mulheres ainda carecem de informação e recursos necessários para evitar a infecção pelo HIV (UNAIDS, 2012).

Perante este cenário, Moçambique tem-se empenhado, desde a eclosão da doença, na procura de formas e mecanismos de resposta para a redução da taxa de mortalidade devido ao SIDA pois estas mortes ameaçam reverter os ganhos dos últimos anos do ponto de vista do desenvolvimento social, político e económico, o que, naturalmente, suscita preocupações e a busca de soluções por parte do Governo e particularmente do sector da Educação.

1.2. Definição do problema

Desde o início da epidemia do HIV e SIDA, mais de 25 milhões de pessoas ao nível global morreram devido a causas relacionadas com o HIV. Colectivamente, estes óbitos representam uma perda incalculável de capital humano. Assim, pessoas com importantes papéis económicos e sociais (tanto homens como mulheres) deixam de dar a sua plena contribuição para o desenvolvimento do país. Um dos aspectos mais críticos desta epidemia é a sua concentração na população em idade activa (entre 15 e 49 anos). Os efeitos da doença não se limitam à simples perda de mão-de-obra, mas têm implicações muito mais profundas para a estrutura de famílias, a sobrevivência de comunidades e problemas a longo prazo de capacidade de sustentação produtiva (UNAIDS, 2011).

Em Moçambique, a prevalência da infecção por HIV em adultos é de 11,5%, sendo superior nas mulheres (13,1%), comparativamente aos homens (9,2%). Esta prevalência é também mais elevada nas áreas urbanas (15,9%) em relação às áreas rurais (9,2%). Os jovens estão no centro da epidemia do HIV e SIDA, sendo que metade das novas infecções por HIV ocorre na faixa etária dos 15 aos 24 anos de idade. Nesta mesma faixa etária, as raparigas são 3 vezes (11.1%) mais contaminadas quando comparadas com os rapazes da mesma faixa etária (3.7%). No grupo das mulheres, as mais jovens dos 15-19 anos estão 4 vezes mais em risco de contrair a infecção por HIV, em relação às adultas acima dos 40 anos (INSIDA, 2009).

De acordo com o CNCS (2009), Moçambique desde o ano de 2000 tem vindo a responder à epidemia do HIV em parceria com o governo, os líderes políticos e comunitários seguindo as orientações acordadas numa estratégia nacional multi-sectorial que tem vindo a ser regularmente actualizada para dar um forte apoio político à resposta ao HIV, em muitas comunidades africanas, e em particular moçambicana, as pessoas responsáveis em cuidar dos maridos, filhos, e outros parentes padecendo do SIDA são tipicamente as mulheres da família, desde as avós idosas até as raparigas que são obrigadas a desistir da escola muito cedo.

Portanto, o sector de AEA não está alheio a esta situação, uma vez que este sector alberga um número maior de mulheres nos seus centros de Alfabetização. Sabe-se também que a mulher e a rapariga revestem-se de muita importância se tivermos, igualmente, em conta o papel de uma mulher alfabetizada na educação dos seus filhos e para o sucesso escolar.

Sobre as discussões acima apresentadas relativamente à mulher infectada ou afectada pelas consequências desastrosas do HIV e SIDA, torna-se relevante avaliar o nível de implementação e o seguimento das acções estratégicas desenhadas pelo sector da AEA na sua II estratégia (2010-2015), no âmbito de prevenção e combate ao HIV e SIDA, tomando como linha principal a avaliação e monitoria dos programas curriculares usados nos centros de alfabetização.

Portanto, é imprescindível encontrar formas de elaborar programas contextualizados de acordo com o ambiente envolvente dos alfabetizadores bem como dos alfabetizados de modo a consciencializá-los do perigo a que todos estão sujeitos face a esta pandemia do século. Assim, para o desenvolvimento e efectivação das acções estratégicas de prevenção e combate ao HIV e SIDA, a mulher terá de ser incentivada a ganhar o controlo da sua vida e isso passa por investimentos na igualdade de oportunidades educacionais e de saúde e, em particular, na área da saúde sexual, considerando implícito aqui o direito à saúde e à educação.

Por conseguinte, ao nível comunitário e individual este processo inclui fortalecer a auto estima da mulher, para que esta ganhe um poder interior de se expressar, defender os seus direitos na área da saúde sexual e reprodutiva, tomar decisões informadas e controlar a sua saúde nas relações pessoais, familiares e comunitárias. Estes papéis são considerados essenciais para o aumento do poder da mulher e a sua afirmação na sociedade e consequentemente, para o desenvolvimento sustentável da comunidade onde se encontra inserida.

1.3. Objectivos e perguntas de pesquisa

Para a execução do presente estudo, tem-se em conta o seguinte **objectivo geral**:

Avaliar o nível de conhecimentos gerais, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA.

De forma a garantir o cumprimento do objectivo geral da pesquisa, o presente estudo tem os seguintes **objectivos específicos**:

- Determinar o nível de conhecimentos gerais, atitudes e práticas de risco associadas à infecção por HIV no seio dos alfabetizandos do Centro de Alfabetização ADECOMU/OPTAR;
- Verificar como são abordados os conteúdos relacionados com o HIV e SIDA nos programas curriculares em vigor no Centro de Alfabetização ADECOMU/OPTAR;
- Identificar as dificuldades encaradas pelos alfabetizadores na abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA no Centro de Alfabetização e Educação de Adultos ADECOMU/OPTAR;

Para o alcance do objectivo da pesquisa, formulou-se como pergunta principal:

Qual é o nível de conhecimentos, atitudes e práticas que os jovens e adultos do Centro de alfabetização possuem em relação ao HIV?

Com base nesta pergunta, procurou-se ainda perceber sobre os seguintes aspectos:

1. De que forma são abordados os conteúdos relacionados com o HIV e SIDA no Centro de Alfabetização?
2. Quais têm sido as dificuldades apontadas pelos alfabetizadores no Centro de alfabetização?

É de salientar que as perguntas de pesquisa apresentadas neste estudo foram formuladas no âmbito de conhecimentos básicos relacionados com o HIV e SIDA, incidindo concretamente sobre os jovens e adultos do Centro de alfabetização ADECOMU/OPTAR.

1.4. Justificação do estudo

Moçambique vive um ambiente de epidemia do HIV severa em que a taxa de prevalência geral é de 11,5%. Segundo INSIDA (2009), a prevalência do HIV na faixa etária de 12-14 anos é similar entre raparigas e rapazes (1,2% e 2,5%, respectivamente). Contudo, ela difere por sexo entre indivíduos dos 20-24 anos (14,5% em mulheres e 5,0% em homens) e de 25-29 anos (16,8% em mulheres e 11,6% em homens), podendo-se notar que as mulheres são no geral infectadas em idades mais jovens comparativamente aos homens.

Todavia, a principal forma de transmissão continua a ser heterossexual em cerca de 90% dos casos em adultos. Entre os principais factores impulsionadores da epidemia destacam-se os parceiros sexuais múltiplos e concomitantes; baixos níveis de utilização do

preservativo; alta mobilidade e migração associada à elevada vulnerabilidade; prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes; relações entre homossexuais; desigualdade de género, violência sexual; e níveis baixos de circuncisão masculina entre outros.

O impacto socio-económico da epidemia do HIV tem se traduzido na redução da força de trabalho, na sobrecarga do sistema de saúde, destruindo os ganhos em todos os sectores de actividade económica e social, em número elevado de crianças órfãs e vulneráveis, obrigando assim ao desvio de recursos destinados ao desenvolvimento, para minimizar as múltiplas crises que ela própria origina. Assiste-se a uma contínua fragilização das estruturas familiares devida à pressão criada pelos cuidados e apoio que têm de ser proporcionados a um número crescente de jovens e adultos debilitados e/ou aos órfãos devido ao SIDA.

Assim, torna-se urgente a necessidade de olhar para o grupo alvo dos jovens e adultos do Centro de alfabetização ADECOMU/OPTAR, pois alguns já são pais que provavelmente estejam infectados ou afectados pelo vírus que provoca o SIDA e, rapidamente encontrar-se soluções exequíveis para minimizar os impactos das novas infecções por HIV. Portanto, torna-se oportuno realizar um estudo que vai permitir elucidar o que está sendo feito nos Centros de Alfabetização e Educação de Adultos (CAEA) em relação à abordagem sobre a prevenção e o combate à epidemia na vertente educacional, familiar e comunitária.

Neste contexto, as motivações para a escolha deste tema derivam da consciencialização sobre diversos factores:

- As interacções vividas entre a autora e os seus educandos jovens e adultos, ao longo dos anos de exercício da sua função de docência nas disciplinas de Biologia e Química no ensino secundário, contribuíram para o acompanhamento das necessidades, preocupações, manifestações, sonhos e receios que os jovens e adultos têm em relação à pandemia do HIV e SIDA, que directa ou indirectamente afecta a todos. Estas relações humanas alertaram para uma mudança de consciência, bem como para a compreensão de que a prevenção e combate ao HIV e SIDA

devem começar com a pessoa humana de modo a que as gerações vindouras estejam livres deste flagelo.

- Os contributos teóricos obtidos durante o período de formação no Mestrado em Educação de Adultos na Faculdade de Educação da UEM propulsionaram, de certa forma, o interesse em desenvolver uma pesquisa à volta desta temática do HIV e SIDA, com a finalidade de encontrar caminhos conducentes para uma geração livre do HIV e SIDA nas escolas, Centros de Alfabetização e Educação de Adultos (CAEA), no seio familiar e nas comunidades.

Assim, esta pesquisa será útil para os órgãos de tutela melhor avaliarem o nível de implementação da II Estratégia de AEA 2010/15, em relação à abordagem da temática do HIV e SIDA nos centros de alfabetização, e em simultâneo reflectir para o desenvolvimento e melhoria de novas propostas. A mesma vai constituir uma grande valia a quem de direito e aos fazedores dos programas de AEA por poder espelhar até que nível os programas de AEA estão a ser devidamente implementados nos Centros de Alfabetização e Educação de Adultos em prol da transferência de conhecimentos sobre o HIV e SIDA na perspectiva de mudança de atitudes e práticas rotineiras no âmbito da prevenção e combate à epidemia do século contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento sócio-económico do País.

As conclusões da pesquisa poderão permitir aos vários actores do sector de AEA, desenham estratégias que incentivem aos jovens e adultos a usarem frequentemente o preservativo nas relações ocasionais e distribuirem nos centros de alfabetização materiais didácticos ilustrativo para auxiliar aos alfabetizadores ao longo do processo de ensino-aprendizagem.

CAPÍTULO 2 - CONTEXTO DA PESQUISA

CAPÍTULO 2: CONTEXTO DA PESQUISA

Neste capítulo apresenta-se, em primeiro lugar, alguns dados demográficos de Moçambique indicando a percentagem populacional segundo as idades (2.1). Em segundo lugar, descreve-se o contexto local do estudo, caracterizando todos os aspectos que se encontram ao redor do Centro. Por fim, e em terceiro lugar faz-se uma contextualização sobre a educação de adultos tomando em consideração as duas estratégias do subsector de AEA na vertente do HIV e SIDA (2.3).

A importância desta contextualização reside no facto de proporcionar uma vista geral da evolução do sector de Alfabetização de modo a compreender e melhor analisar os constrangimentos que afectam o seu funcionamento actual em particular no local onde foi desencadeado o estudo.

2.1 Alguns dados demográficos de Moçambique

A população moçambicana é estimada em 20.634.434 milhões de habitantes (INE, 2007 projecção 2010). De acordo com a mesma fonte, cerca de 52% da população moçambicana é constituída por mulheres, e a maioria desta reside nas áreas rurais (70%). Esta tem idades compreendidas entre os 15-49 anos, constituindo 48% da população total. As principais actividades económicas e de subsistência da população são a agricultura, pecuária e a silvicultura.

A figura 1, que se segue, mostra a divisão político-administrativa de Moçambique e as 3 regiões (1-Sul; 2-Centro e 3-Norte).

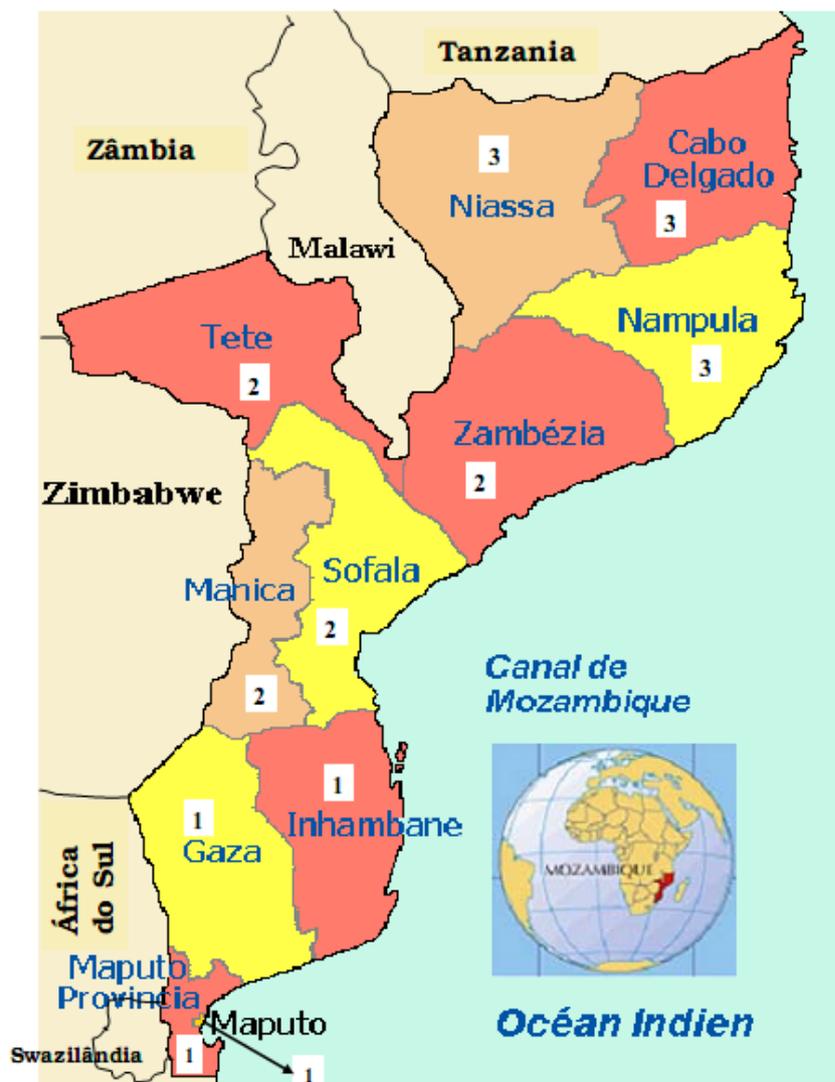


Figura 2.1- Mapa de Moçambique

Fonte: africommconference.org/2009/maps.shtml

2.2 Contexto local do estudo

A presente pesquisa teve como alvo o Centro de Alfabetização e Educação de Adultos ADECOMU\OPTAR, localizado na cidade de Maputo (região 1- sul), no distrito Kamaxaquene, no bairro da Polana-Caniço B, Avenida Vladimir Lenine, Quarteirão 12, número 5712. Defronte ao centro, funciona a farmácia Polana-caniço e na outra margem da estrada encontra-se a Escola Primária Nkurula, local de ensino destinado a pessoas desfavorecidas. A maioria dos alfabetizandos inscritos no Centro ADECOMU/OPTAR é constituída por jovens e adultos de ambos os sexos em idade reprodutiva.

A razão da escolha deste Centro deveu-se ao facto de estar localizado numa zona estratégica da cidade de Maputo, onde a maior parte das famílias residentes é predominantemente migratória oriunda de outros pontos do país caracterizados por uma forte diversidade de culturas.

No centro ADECOMU\OPTAR, existem casas construídas de madeira e zinco e alguns quiosques de comercialização de produtos de primeira necessidade. Ao longo da estrada é possível ver bancas pertencentes a vendedores informais bem defronte das suas residências.

O centro é composto por 3 salas de aulas, suficientemente equipadas com cerca de 25 a 30 carteiras por sala. Tem água canalizada, energia eléctrica e duas casas de banho, das quais uma serve aos alfabetizandos de ambos os sexos e a outra serve aos funcionários também de ambos os sexos. O centro não possui nenhuma sala de informática à excepção do gabinete do Director Pedagógico que possui um computador de partilha comum.

O centro dispõe também de materiais de ensino tais como manuais de Português, Matemática e outros que retratam a vida das comunidades e que são distribuídos gratuitamente aos alfabetizadores e alfabetizandos pelo Ministério da Educação, instituição que tutela o Centro. Em 2011 estavam matriculados 150 alfabetizandos, dos quais 30 são de sexo masculino e 120 são de sexo feminino, grande parte destes provinha dos bairros da Polana-Caniço, Compone-Xiquelene, Maxaquene, CMC, Guava, T3 e baixa da cidade de Maputo. O estudo apresenta como grupo alvo 52 alfabetizandos jovens e adultos (dos quais 47 mulheres e 5 homens), com idades compreendidas entre os 18 e 61 anos, segundo o resumo da tabela 2.1.

Tabela1: Número de participantes em cada faixa etária

Faixa etária	Número de participantes	Sexo
Jovens < 20 anos	8	5 Mulheres e 3 Homens
Adultos > 21anos	42	40 Mulheres e 2 Homens
Idosos > ou = 60anos	2	2 Mulheres

Fonte: Elaborada pela autora, 2014

Para além destas particularidades, os alfabetizandos deste centro, na sua maioria, provêm de famílias de baixa renda e de nível socioeconómico médio e baixo, onde se pode encontrar empregados domésticos, vendedores dos mercados Compone-Xiquelene. O Centro funciona em dois turnos sendo o primeiro turno das 15:30h às 17:50h e o segundo turno é da noite, das 18:00h às 20:20h, período em que são leccionados os 1º, 2º e 3º níveis cuja correspondência das classes consta na tabela abaixo 2.2. Participaram do estudo os alfabetizandos dos três níveis inscritos no Centro, mas com maior incidência para os alfabetizandos do 3º nível do curso diurno, pois estes apresentavam ligeiras dificuldades de leitura e escrita relativamente ao 1º e 2º nível.

Tabela 2: Níveis dos Alfabetizandos

Níveis	Correspondência
1º	1ª e 2ª classes
2º	3ª e 4ª classes
3º	5ª classe

Fonte: Elaborada pela autora, 2014

O centro é constituído por 6 alfabetizadores, dos quais 5 com nível médio, mas sem formação psico-pedagógica e um em formação na UEM (curso de Administração Pública). Dos 6 alfabetizadores, 4 são mulheres e 2 homens. O director pedagógico é o único elemento que se beneficiou duma formação e capacitação em matéria de educação de adultos, curso ministrado pela Direcção de Educação da Cidade de Maputo, sector de alfabetização e educação de adultos.

2.3 O HIV e SIDA no Subsector de Alfabetização e Educação de Adultos

A Educação de Adultos caracteriza-se por ser complexo, pela diversidade de práticas, e até de finalidades. A maior parte dos educadores tem consciência desta diversidade e da complexidade da educação de adultos. Contudo, não parece tão evidente que estes procedam a uma reflexão sistemática acerca desta diversidade no âmbito da educação de adultos (Bergano, 2002).

Em Moçambique, a Educação de Adultos tem sido caracterizada como um “instrumento indispensável de um desenvolvimento económico e social sustentável, centrado no Homem

e na mulher moçambicanos” (Mário 2002, p.99). No entanto, poucas referências existem sobre a história de Educação de Adultos no país.

Segundo MINED (2011, p.4), a Educação de Jovens e Adultos é um “processo de aprendizagem formal, não formal e informal, em que jovens e adultos desenvolvem habilidades, conhecimentos e atitudes, aperfeiçoando as suas qualificações técnicas e profissionais, na perspectiva de satisfazer as suas necessidades, da comunidade e da sociedade em geral”.

Na I estratégia de AEA, MINED (2001) traçou como um dos objectivos estratégicos do subsector de alfabetização na componente Educação para a Prevenção e Combate ao HIV e SIDA, o seguinte objectivo:

- *Desenvolver e implementar uma estratégia e programas de AEA/ENF que inclua o tema da educação para a prevenção e combate ao HIV e SIDA.*

A componente educação para a prevenção e combate ao HIV e SIDA foi identificada como uma das áreas-chave na primeira estratégia de Educação de Adultos, devido à ameaça que representa para o desenvolvimento social e económico em todo o país. Ao introduzir-se esta área, pretende-se, em parceria com a Sociedade Civil, estabelecer e manter um programa educativo com enfoque permanente contra o HIV e SIDA.

O HIV e SIDA tem maior prevalência na população sexual e economicamente activa, sendo o analfabetismo um factor agravante. O analfabetismo não permite um acesso mais efectivo à informação para o entendimento do HIV e SIDA, às formas de prevenção e combate e as consequências causadas por esta doença, quer no âmbito pessoal e familiar, quer no social. Uma das consequências mais directas desta doença é a orfandade (MINED, 2001).

A mesma Estratégia indica que o número de crianças que perdem os seus progenitores devido ao HIV e SIDA tem vindo a crescer assustadoramente, contribuindo para o agravamento das condições difíceis em que o país já se encontra. Um dos grupos mais vulneráveis ao HIV e SIDA são as mulheres e raparigas. Há necessidade de se criar programas específicos de AEA/ENF para este grupo com uma componente curricular muito forte sobre a educação para a prevenção e combate ao HIV e SIDA.

Nos últimos anos verificou-se o acesso de jovens e adultos de ambos os sexos aos programas de AEA, tendo aumentado na ordem dos 50%, permitindo uma redução da taxa de analfabetismo em cerca de 10%, de 60.5% em 2001 para 50,4% em 2007, segundo os dados do INE. Apesar dos dados acima reportados, o analfabetismo em Moçambique é um problema crítico que tem implicações não só para o desenvolvimento geral do país, mas também para outros problemas e desafios vitais do país como é o combate ao HIV e SIDA. O sucesso da AEA/ENF no país pode ser um catalisador de mudanças positivas em muitos âmbitos da sociedade moçambicana.

Estas constatações até certo ponto são secundadas por MINED (2001), referindo que uma minoria dos moçambicanos usa a língua oficial Portuguesa como língua materna, este factor constitui um grande desafio para a planificação curricular na área de Educação de Adultos em Moçambique, pois o veículo de transmissão de conhecimento tem sido a língua oficial, apesar de algumas tentativas para introduzir línguas nacionais, estas não são utilizadas com frequência nos níveis de maior abstracção, como seja o da Educação de Adultos.

No entanto, olhando para a estratégia do subsector de AEA, pode-se observar que este continua a pautar pelo desenho dos objectivos estratégicos. Importa salientar que essas acções estratégicas devem ser abordadas de forma transversal, quer no desenvolvimento curricular, quer nos programas de formação, bem como nos materiais a produzir no âmbito dos programas de AEA/ENF. Contudo a abordagem desta temática tanto nos planos de estudo, como no desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem deve ter em conta as especificidades dos diferentes públicos-alvo que compõem a AEA/ENF de forma a garantir que a mensagem seja adequada aos mesmos (MINED, 2001).

Em Moçambique, a educação de adultos, incluindo a alfabetização, desempenha um papel importante como elemento chave para a redução da pobreza absoluta, daí a razão da sua inclusão nos vários programas de governação. É nesta linha que em 2011 foi elaborada e implementada a II Estratégia do Subsector de Alfabetização e Educação de Adultos/ Educação (AEA) - 2010-2015, cujo objectivo principal em parceria com a sociedade civil é o de aumentar as oportunidades para que mais jovens e adultos, com especial atenção para mulher e rapariga, sejam alfabetizados, com vista à redução do analfabetismo, através de um conjunto de acções integradas das instituições governamentais e não-governamentais,

que contribuam para promoção da cidadania e a participação dos diferentes segmentos da sociedade, no processo de desenvolvimento humano, político-social, económico e cultural do país (MINED, 2011).

Assim sendo, a II Estratégia de AEA materializa o compromisso do Governo na erradicação da pobreza, promovendo o desenvolvimento humano, por um lado, e, por outro, a realização das metas do Milénio e da Educação para Todos. A Estratégia II tem em conta a análise de Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças e enuncia as principais acções estratégicas a serem implementadas no período 2010/15, no domínio de alfabetização e educação de adultos e é direccionada para todos os cidadãos não alfabetizados de ambos os sexos que não concluíram o primeiro ciclo do nível primário escolar de modo a adquirirem habilidades de leitura, escrita e cálculo e sejam estimulados para aprenderem ao longo da vida (MINED, 2011).

De acordo com o autor acima citado, os desafios que se colocam para a AEA estão relacionados com a disponibilização de Programas de alfabetização de jovens e adultos, formação e capacitação dos recursos humanos, em particular, os alfabetizadores e educadores; a existência de livros didácticos para a alfabetização e pós-alfabetização e a continuação de concepção de políticas e estratégias viradas, não só para o acesso, mas sobretudo, para a qualidade.

Segundo MINED (2011), na área do Reforço da Capacidade Institucional, salienta-se a necessidade da continuação da implementação dos dispositivos aprovados que clarificam as atribuições e funções dos Institutos de Formação de Educadores de Adultos (IFEAs), o reforço do subsector em recursos humanos a todos níveis (distrital, provincial e central) e a melhoria da organização.

O mesmo autor considera também desafios a ter em conta, a exiguidade de recursos materiais e financeiros nos diferentes níveis e a fragilidade do sistema de Monitoria e Avaliação, bem como o funcionamento pleno do sistema de colecta, sistematização e disseminação de dados do subsector, com vista à melhoria da gestão dos programas de AEA.

É de salientar que para o subsector de AEA revela-se importante continuar a estabelecer parcerias entre o MINED, sociedade civil, organismos internacionais bilaterais e multilaterais, instituições governamentais e não-governamentais, para o estabelecimento das formas de articulação no desenvolvimento dos programas de Alfabetização e Educação de Adultos de forma a assegurar um ensino de qualidade a todos os jovens e adultos.

**CAPÍTULO 3 - REVISÃO DA LITERATURA E REFERENCIAL
TEÓRICO**

CAPÍTULO 3:REVISÃO DA LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo, referente à revisão da literatura e ao referencial teórico, contém duas secções. A primeira refere-se á revisão da literatura e abarca seis subsecções de 3.1.1 a 3.1.6 que aprofundam as diferentes abordagens dos vários autores na vertente educação de adultos em África com enfoque para Moçambique. A subsecção 3.1.1apresenta o glossário da terminologia básica de educação de jovens e adultos, seguida da subsecção 3.1.2. sobre a gênese histórica da educação de adultos, a terceira subsecção focaliza a Educação de Adultos em África no período colonial (3.1.3), a quarta subsecção faz referência à contextualização política e sócio-demográfico da Educação de Adultos em Moçambique (3.1.4), a quinta subsecção aborda a situação da educação de adultos em Moçambique (3.1.5); A subsecção subsequente(3.1.6) focaliza a componente vulnerabilidade à infecção por HIV/SIDA. A segunda secção 3.2 retrata o referencial teórico, sendo que na subsecção 3.2.1 se faz a caracterização da educação de adultos, seguida da subsecção 3.2.1.1. onde se aborda a andragogia, espelhando as necessidades de aprendizagem dos adultos, na subsecção 3.2.2. focaliza-se as directrizes para a implementação da II- estratégia de AEA no âmbito do HIV e SIDA, a subsecção 3.2.3.versa sobre conhecimentos dos factores de risco de transmissão do HIV e sua prevenção, e por fim, na subsecção 3.2.4 temos a síntese.

3.1 Revisão da Literatura

3.1.1 Glossário: Terminologia Básica de Educação de Jovens e Adultos

Como ponto de partida para a contextualização da pesquisa, esta secção apresenta um glossário constituído por alguns conceitos básicos de educação de jovens e adultos estritamente ligados à alfabetização que ao longo da pesquisa são mencionados, o glossário em foco tem como propósito esclarecer as concepções do referencial teórico visando a contextualização de assuntos abordados na presente pesquisa.

- **Alfabetização**

Segundo DNAEA (2003), alfabetização é entendida, por um lado, como a aquisição de noções básicas de leitura, escrita e cálculo e, por outro, como um processo que estimula a

participação nas actividades sociopolíticas e económicas e possibilita uma educação contínua e permanente.

- **Alfabetizador**

Refere-se ao “Indivíduo facilitador do processo de aprendizagem básica da leitura, escrita e cálculo” (MINED, 2011.p 4).

- **Alfabetizado**

Pessoa alfabetizada é aquela que tenha adquirido as habilidades de leitura, escrita do alfabeto na língua em que aprende e competências de leitura, escrita de números e operações de cálculos aritméticos (FACED, 2011).

- **Adulto**

Do ponto de vista psicológico, o termo “Adulto” emprega-se como sinónimo de maturidade de personalidade, ou seja, sujeito responsável pelos seus actos (Street, 1984).

- **Atitude**

“Disposições comportamentais que constituem uma certa maneira de ser e estar de um indivíduo em relação aos outros e aos desafios da vida” (FACED, 2011 s/p).

- **Conhecimento**

De acordo com Marcelo (1992 p.37), refere que o conhecimento didáctico do conteúdo é a combinação adequada entre o conhecimento da matéria a ensinar e o conhecimento pedagógico e didáctico de como a ensinar.

Entretanto, para o presente estudo importa frisar o seguinte aspecto relativo ao Conhecimento do Conteúdo – Segundo Marcelo (1992:88), “conhecer algo permite-nos ensiná-lo; e conhecer um conteúdo em profundidade significa estar mentalmente organizado e bem preparado para o ensinar de um modo geral”. Quando o professor não possui conhecimentos adequados sobre a estrutura da disciplina que está a ensinar, o seu ensino pode apresentar erradamente o conteúdo aos alunos. O conhecimento que os professores possuem do conteúdo a ensinar também influencia o que e como ensinam. Por outro lado, a falta de conhecimentos do professor pode afectar o nível de discurso na classe, assim como o tipo de perguntas e o modo como critica e utiliza os livros de texto.

- **Educação de Jovens e Adultos**

De acordo com MINED (2011.p4), Educação de Jovens e Adultos refere-se ao “processo de aprendizagem formal, não formal e informal, em que jovens e adultos desenvolvem habilidades, conhecimentos e atitudes, aperfeiçoando as suas qualificações técnicas e profissionais na perspectiva de satisfazer as suas necessidades, da comunidade e da sociedade em geral”.

- **Práticas**

“Acto ou efeito de praticar, aplicação das regras e dos princípios de uma arte ou ciência, maneira de proceder, costume, experiência, rotina, praxe, cumprimento de um dever, conversa, palestra, breve discurso”. Prática no sentido Aristotélico do termo praxis ou no sentido da “vida prática” respeita o domínio prático-moral de agir segundo as regras (Costa & Sampaio 1999, p.292).

- **HIV e SIDA**

Segundo UNESCO (2009, p.75), HIV “É o vírus que causa a doença do SIDA. O HIV debilita o nosso sistema imunitário ou imunológico, isto é, as defesas naturais do corpo contra os organismos que causam doenças”. Um indivíduo que tem o vírus de HIV designa-se de seropositivo. Não existe cura para o SIDA.

Terminada a apresentação do glossário, procurou-se dentre os diversos termos aqui apresentados, operacionalizar-se para este estudo o termo “Educação de Jovens e adultos”, pois, este constitui foco da pesquisa.

Pode-se afirmar, então, que a educação dos jovens e adultos, por definição, ajuda as pessoas a melhorarem a sua condição de vida, da sua família e, em última análise da sua comunidade e da sociedade no geral, pois através dela os indivíduos se apropriam de conhecimentos que lhes permitem decidir sobre o que é bom ou prejudicial para a sua saúde e dos seus.

3.1.2 Génesse histórica da educação de adultos

A Educação de Adultos surgiu no séc.XIX para dar respostas aos problemas do analfabetismo da classe trabalhadora, isto é, o analfabetismo literal ou tradicional que é a incapacidade de ler, escrever e contar (Michael e Nóvoa, 1998).

Os autores acima citados referem que a primeira formalização que aborda o assunto acima ocorreu em Abril de 1792 e, em Outubro de 1794, foi votado pela Convenção outro documento legal que criava, em Paris, o primeiro Centro de Instrução de Adultos.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a Instrução de Adultos foi generalizada em vários países da Europa (Espanha, através da Lei Moyano, de 9 de Setembro de 1857) e nos Estados Unidos da América no séc XIX. A alfabetização era feita à noite ou aos domingos e tratava do ensino rudimentar e elementar respectivamente e, às vezes, explicava-se aos trabalhadores como usar os vários instrumentos de trabalho e máquinas.

Os autores acima citados afirmam ainda que as igrejas, as associações operárias e outras instituições criaram uma série de Universidades populares, círculos de estudo e campanhas de extensão cultural. Em 1922, foi instituída em Espanha a Comissão Central para combater o analfabetismo.

Ainda os autores Michael e Nóvoa (1998) referem que, em Portugal, o desenvolvimento da Educação de Adultos aconteceu muito tarde e só em 1952 foram criados o Plano de Educação Popular e a Campanha Nacional de Educação de Adultos com um modelo tipicamente escolar.

Os mesmos autores afirmam que, em Portugal, a Educação de Adultos continua a estar em grande parte subordinada ao modelo escolar (ensino recorrente). Esta situação é paradoxal, uma vez que são as próprias condições de funcionamento da escola que conduzem, por um lado, ao insucesso, ao abandono e exclusão escolar de grande número de jovens.

Entretanto, na perspectiva histórica da educação de adultos em África, pode se afirmar que desde os tempos primórdios a Educação de Adultos em África sempre foi vista como uma

ferramenta essencial para a integração imediata e preparação dos indivíduos de ambos os sexos para a vida adulta na sociedade e enfatizava a responsabilidade social, orientação do trabalho, participação política e valores morais.

Nafukho, Amutabi e Otunga (2005) referem que a educação ou aprendizagem organizada iniciou em África com a criação do Homem no continente, pois África tinha um conhecimento bem desenvolvido e sistemas de educação fundados no passado. Havia sistemas de conhecimento antes do contacto com as culturas externas em muitas áreas disciplinares equivalentes às disciplinas académicas modernas, como história, geografia, e matemática.

A história do povo africano ajuda a compreender que a educação de adultos não se desenvolveu num espaço vago. A mesma mostra-nos ainda onde nos encontramos e para onde vamos comparados com o resto do mundo. Contudo, a História de Educação de Adultos em África obviamente foi para além das habilidades de sobrevivência das comunidades locais um elemento avançado e sofisticado no âmbito científico e tecnológico.

3.1.3 Educação de adultos em África no período colonial

No período colonial a educação de adultos tinha como objectivo proporcionar ao indivíduo uma integração imediata à sociedade e a preparação para a vida adulta, através da educação participativa, envolvendo as crianças e os adolescentes em cerimónias tais como ritos de iniciação e outros afazeres ligados aos usos e costumes das comunidades (Nafukho et al., 2005).

Os autores acima citados referem que, no período colonial, se dava mais primazia à educação ocidental em detrimento da educação tradicional, devido a várias razões das quais se destacam as seguintes:

- Influência das missões cristãs estrangeiras, línguas estrangeiras, agências de ajuda humanitária estrangeira;

- Os estilos de vida das elites que não inspiravam qualquer respeito pelos sistemas locais de conhecimento;
- Muitas invenções tecnológicas africanas não eram reconhecidas, mas apenas, eram referenciadas como meros fenómenos culturais, por exemplo, os instrumentos musicais tradicionais.

Nafukho et al. (2005) afirmam que muitos países africanos tinham diversas formas tradicionais da Educação de Adultos que se fundiram com as formas modernas da educação introduzida por missionários Islâmicos, Cristãos e Colonialistas, especialmente depois do séc. XVIII. É essencial sublinhar que muitos países africanos têm perfil da história da Educação de Adultos distinta devido às diferenças locais. Em África, por exemplo, as razões da escolha da data da origem da Educação de Adultos variam bastante, dependendo da visão de quem está a analisar o seu significado.

Nafukho et al. (2005) defendem que, mesmo depois da independência, África não escapou aos objectivos neo-coloniais ocidentais, que hoje são levados a cabo indirectamente através da manipulação económica e controlo, entre outras formas.

Os autores em referência afirmam que África continua a ser subordinada e controlada pelo Ocidente até aos dias de hoje. A Educação de Adultos em África é liderada por preocupações ocidentais com a demanda contemporânea dos conhecimentos da informática.

De acordo com Nafukho et al. (2005), quando o Gana proclamou a sua independência em 1957, lançou um movimento em massa de alfabetização de adultos que viria a desempenhar um papel importante na primeira reunião da OUA, em Addis Abeba, onde foi desenvolvido um plano de acção sobre a Educação, em 1963, a qual abriu as portas para a Educação de Adultos em África.

Por outro lado, Julius Nyerere, Presidente da Tanzânia e membro fundador da OUA, Kwame Nkrumah e Kenneth Kaunda eram os líderes visionários da OUA para as estratégias de libertação de África. Nyerere interessou-se muito sobre a Educação de Adultos tendo colocado a mesma no centro da mobilização através da sua presidência na

Tanzânia. Julius Nyerere considerou a Educação de Adultos como sendo uma chave fundamental no desenvolvimento da consciência dos homens para pensar, decidir e agir.

3.1.4 Contexto político e sócio-demográfico da Educação de Adultos em Moçambique

Com cerca de 20 milhões de habitantes, ocupando uma extensão territorial de aproximadamente 801.590 Km², Moçambique é a mais populosa das antigas colónias portuguesas de África. Deste universo, cerca de 6,5 milhões são menores de 10 anos, podendo aferir-se que a população é maioritariamente jovem (Mário, 2002).

O crescimento médio anual da população tem sido de 2,5%, o que faz prever uma atenção rigorosa à questão da expansão e acesso à educação, por parte do governo moçambicano. Em Moçambique, poucas referências existem sobre a história da Educação de Adultos, ainda que a mesma seja caracterizada como um “instrumento indispensável de um desenvolvimento económico e social sustentável centrado no homem e na mulher moçambicanos” (Mário 2002, p.99).

Por outro lado, há a considerar o facto de Moçambique ser um país com cerca de 20 línguas nacionais, sendo estas línguas maternas o veículo de comunicação usada pela maioria dos moçambicanos, principalmente nas zonas suburbanas e rurais onde encontramos a maior parte da população com níveis baixos de escolaridade. Atento a esta situação, em 1991 o Governo Moçambicano decidiu introduzir um programa de Alfabetização em Línguas Moçambicanas, no âmbito do projecto de Educação Bilingue de Mulheres (MINED, 2001).

Nesta perspectiva, ainda segundo MINED (2001), na fase inicial o projecto bilingue seleccionou duas línguas do norte (*emakhwa e nyandja*), duas do centro (*sena e ndau*) e uma do sul do país (*changana*). Posteriormente fez-se a revisão, adequação e multiplicação de materiais instrucionais já existentes, principalmente nas línguas portuguesa, *emakhwa, changana, rhonga, nyanja, mwani, sena, ndau, maconde e yao*, e a elaboração de materiais em mais línguas moçambicanas, nomeadamente, *lomwé, nyungwe, tewe, bárue, copi, tonga, tshwa, e chuwabo*, evidenciando assim a relevância que as línguas nacionais possuem nos diferentes contextos de aprendizagem.

Entretanto, uma minoria dos moçambicanos usa a língua oficial, a portuguesa, como língua materna. Este factor constitui um grande desafio para a planificação curricular na área de Educação de Adultos em Moçambique, pois o veículo de transmissão de conhecimento tem sido a língua oficial. Apesar de algumas tentativas de introduzir línguas nacionais, estas não são utilizadas com frequência nos níveis de maior abstracção, como sejam o da Educação Não- Formal e Educação de Adultos (Lopes, 2004).

Em Moçambique, mesmo com a introdução das línguas nacionais, os níveis de escolaridade continuam baixos sobretudo nas zonas suburbanas, onde em 2001 o índice de analfabetismo atingiu os 71% para mulheres e 40% para homens. Nas zonas rurais estes índices eram mais elevados ainda, sendo 83% para mulheres e 52% para homens, este problema é visto como um dos maiores entraves para o desenvolvimento do nosso país (MINED, 2001).

Segundo PNUD (2005), Em 2003, a taxa de analfabetismo das mulheres a nível do país era de 68,8%, contra 36,7% dos homens e ainda mais acentuada nas zonas rurais, onde as taxas de analfabetismo atingiam mais de 80% entre as mulheres contra pouco mais de 40% entre os homens. Estas percentagens mostram que as desigualdades entre homens e mulheres continuam evidentes em Moçambique, registando-se níveis muito mais elevados entre as mulheres do que entre os homens.

Para além da desigualdade de oportunidades, outro factor que pode inibir a participação das mulheres nos programas de alfabetização e educação de adultos é o tipo de programas oferecidos. Este é um problema encarado com preocupação, uma vez que, segundo Lind (2007), as mulheres parecem ser mais interessadas nos programas quando os mesmos estão orientados para a melhoria de suas próprias vidas e do bem-estar de suas famílias. O Governo de Moçambique (2006), preconiza a alfabetização e a educação de adultos como um dos factores-chave da redução da pobreza no país e relaciona o sucesso das acções com os programas orientados particularmente para as mulheres das zonas rurais.

3.1.5 Situação da educação de adultos em Moçambique: Factos ocorridos desde o ano de 1975 até ao contexto actual

A abordagem sobre a Educação de Adultos em Moçambique remete-nos a uma apreciação crítica sobre aspectos que marcadamente sobressaem merecendo uma reflexão profunda. É fundamental salientar que a Constituição de Moçambique estabelece a Educação como um direito, bem como um dever, de todos os cidadãos.

Na altura da Independência (1975), Moçambique tinha uma taxa de analfabetismo de 95%, com índices ainda maiores nas mulheres, colocando desse modo um desafio ao desenvolvimento nacional. Foram mobilizados recursos do Governo, das comunidades e das empresas, para se criar as condições de aprendizagem, através das escolas primárias formais, Educação Formal e não Formal de Adultos e de actividades de Alfabetização. As oportunidades de ensino cresceram e o analfabetismo reduziu para 72%, em 1980. Em 1983, o governo adoptou um novo sistema de educação integrado (Sistema Nacional de Educação), incluindo um sistema de Educação Básica de Adultos, ao fim do qual se dava equivalência à 4ª do ensino primário e o acesso à 5ª classe nos cursos nocturnos. A escolha de Português como língua oficial e como meio de instrução nas escolas e na Alfabetização dos Adultos foi motivada pela política de Unidade Nacional e por motivos práticos. No entanto, esses factos criaram dificuldades de aprendizagem sobretudo para as mulheres e camponeses (Mansson, 1995).

O mesmo autor enfatiza que tornou-se impossível atingir o objectivo de educação para todos na década de 1980, como previsto nas políticas, por causa da guerra e da crise económica. Cinquenta por cento das escolas foram destruídas e a participação na Alfabetização de Adultos diminuiu drasticamente de 450 000 em 1981 para 24 000 em 1992. Outros factores como, por exemplo, o uso do Português como única língua de ensino contribuíram para este declínio. As prioridades do governo também mudaram para a melhoria da qualidade, reconstrução da rede escolar destruída pela guerra, e reabilitação das crianças afectadas pela guerra. Com a implementação do Plano de Reabilitação Económica em 1987, as despesas para a educação e outros sectores sociais foram na prática reduzidas e a dependência de ajuda externa aumentou. Com o fim da guerra e a adopção duma nova constituição, em 1990, o governo reiniciou planos para reduzir o analfabetismo.

Uma nova política de educação para todos, incluindo educação de adultos foi definida, com enfoque para:

- A educação de adultos e alfabetização para o desenvolvimento das comunidades locais;
- Os grupos alvo: mulheres, jovens acima de dez anos e sem acesso a escolas, e trabalhadores nos sectores produtivos;
- A alfabetização em línguas locais, e só depois em Português;
- O financiamento e implementação diversificados de organizações internacionais, não-governamentais.

Actualmente, a Educação de Adultos e a Educação Não-Formal continuam a desempenhar papel chave em conjunto com o Ensino Primário, no avanço para o alcance da Educação Para Todos. O objectivo geral é trabalhar em parceria com a sociedade civil, de modo a dar acesso e oportunidades de Educação Básica aos Jovens, adultos e principalmente as mulheres em prol da redução do analfabetismo.

Para além da redução do analfabetismo, os programas AEA/ENF também contribuem para o desenvolvimento da comunidade, respeito pelos valores culturais, desenvolvimento de uma cultura de paz, tolerância e democracia, prevenção e mitigação do impacto do HIV/SIDA e das doenças de transmissão sexual, e a redução da pobreza absoluta (MINED, 2001).

Para o efeito, em 2001, o Conselho de Ministros aprovou a Estratégia de Alfabetização e Educação de Adultos e Educação Não-Formal (AEA e ENF), a primeira depois da Independência Nacional, cujo horizonte temporal previa o término da implementação em 2005 mas esta prolongou-se até 2010. A Estratégia foi desenvolvida com a visão de proporcionar uma oportunidade a pessoas jovens e adultas de ambos os sexos, com atenção especial à mulher e rapariga, com idade igual ou superior a 15 anos, não alfabetizados, ou que não tenham concluído o primeiro ciclo do primeiro grau, do nível primário, para que sejam alfabetizados, e promover a aprendizagem ao longo da vida (MINED, 2011).

Na altura da implementação da primeira Estratégia, a taxa de analfabetismo era de 60,5%, para uma população de 17 000 000, o que significa em termos absolutos que 10 285 000

peças jovens e adultas de 15 anos ou mais não sabiam ler nem escrever. A implementação da primeira Estratégia resultou na redução da taxa de analfabetismo para 48,1%, o correspondente a 9 860 500 pessoas da actual população de 20 500 000 (INE, 2007).

Portanto, de acordo com o MINED (2011), de 2001 a 2008 foram alfabetizadas 2 542 000 pessoas. A redução da taxa de analfabetismo deveu-se ao envolvimento de parceiros da sociedade civil, da introdução de iniciativas como Família Sem Analfabetismo, Distrito Livre de Analfabetismo e programas de alfabetização pela Rádio, Alfalit, Reflect, Felitamo, entre outros, e a adopção da estratégia de responsabilização das instituições escolares como epicentros na gestão dos centros de Alfabetização e Educação de Adultos. Apesar dos avanços alcançados, a actual taxa ainda constitui desafio para o logro da erradicação de analfabetismo no país.

Contudo, o autor acima citado afirma que no contexto actual, a alfabetização assume um papel preponderante nos esforços do Governo de combate à pobreza, por isso, liderou o processo de elaboração da segunda Estratégia, que visa aumentar as oportunidades de educação básica dos jovens e adultos, através de um conjunto de acções integradas das instituições do governo e não-governamentais, para a redução da taxa do analfabetismo dos actuais 48,1% para 30% em 2015, contribuindo desta forma para promoção da cidadania e redução da pobreza.

As demandas que se colocam para o Sector da Educação e seus parceiros, na área de Alfabetização e Educação de Adultos para o alcance das metas do Milénio, incluindo as de Dacar, exigem o estabelecimento de uma plataforma de trabalho entre todos os intervenientes, isto passa pela necessidade de assegurar o acesso e retenção, melhoria da qualidade e o reforço da capacidade institucional, de forma a responder, da melhor maneira, aos desafios de erradicação de analfabetismo e contribuir, dessa forma, para o desenvolvimento sócio-económico do País (MINED, 2011).

Ainda MINED (2011), o acesso e retenção configuram-se como sendo elementos fundamentais para o sucesso da educação e exercício da cidadania, uma vez que, através deles, se resguarda a entrada e permanência de jovens e adultos nos programas de

educação, em todos os níveis, saindo com competências e habilidades requeridas de leitura escrita e cálculo e sua utilização para a vida, permitindo enfrentar, de forma sustentável, os desafios da mudança e do desenvolvimento.

Portanto, a actual estratégia está alinhada com os Objectivos de Programa Quinquenal do Governo operacionalizados no Plano Estratégico do Sector da Educação, além do alinhamento vertical e horizontal entre o nível nacional, local e a coordenação intra-sectorial de esforços entre o Subsector de Alfabetização e Educação de Adultos com o Ensino Primário, com o curso nocturno do Ensino Secundário, através do envolvimento das Zonas de Influência Pedagógica (ZIP's) e das escolas primárias como epicentros e dos respectivos Directores na gestão da Educação de Adultos, através da tutoria dos Centros de Alfabetização em torno das escolas. Por outro lado, deverá haver uma coordenação com o Ensino Técnico Profissional, particularmente, na Educação Não Formal (ENF) que propicie actividades educativas que criem habilidades e aptidões profissionalizantes e de assunção de comportamentos e atitudes socialmente positivas (MINED, 2011).

O mesmo autor enfatiza que a estratégia vai beneficiar a todas instituições públicas e privadas, em particular, para Jovens e adultos em idade activa de ambos sexos, incluindo pessoas portadoras de deficiência, instituições do Governo, Parceiros, Sector Privado, Lideranças comunitárias, ONG's, Sociedade Civil e Sindicatos.

Nesse sentido, o esforço a ser empreendido é o de criar condições para que estes grupos estejam suficientemente motivados para frequentarem os cursos oferecidos nos programas de AEA e prosseguirem os seus estudos até elevados níveis de escolaridade. Trata-se aqui de garantir que os grupos-alvo se beneficiem de forma igualitária das oportunidades, de acordo com as suas especificidades.

De acordo com o MINED (2011), a qualidade de ensino tem que ser entendida como satisfazendo critérios bem definidos que expressam: Definição de critérios pedagógicos e sociais; explicitação de indicadores; planificação e execução de estratégias de avaliação mais amplas para validação da qualidade de ensino desejado. Nesta área serão revistos o currículo, os materiais de alfabetização e realizadas acções de formação e capacitação, acções no âmbito de Habilidades para a Vida, Género, Prevenção e Combate a Doenças

Endémicas incluindo a Pandemia do HIV e SIDA, em parceria com outros intervenientes a todos os níveis, com profissionais capazes de responder com eficiência e eficácia às atribuições e desafios que se colocam na implementação da II - Estratégia de AEA.

3.1.6 A vulnerabilidade à infecção por HIV e SIDA

A posição social e económica das mulheres torna-as vulneráveis à infecção pelo HIV e as prováveis explicações apontam a natureza biológica do seu sistema reprodutivo, que as predispõe à infecção por HIV e não só o início precoce da actividade sexual quando o seu organismo ainda se encontra na fase de desenvolvimento e em crescimento (UNAIDS, 2010).

Em algumas sociedades africanas, as normas sociais fazem com que as mulheres jovens solteiras se sintam inibidas de procurar informações sobre saúde sexual e reprodutiva e também sobre o HIV e SIDA, por causa do receio de serem rotuladas como imorais ou promíscuas. É importante salientar que factores culturais e étnicos, nomeadamente, crenças, tabus e mitos, colocam a mulher directamente em maior risco (HIV-AIDS virtual congress 2003, p.152).

As mesmas normas socioculturais exigem que as mulheres consultem os seus parceiros e os chefes das famílias alargadas sobre as principais decisões que afectam a sua saúde, especialmente a saúde sexual reprodutiva, bem como a unidade sanitária onde ela se deve dirigir (por exemplo, para o parto, cuidados pós parto e a amamentação do recém nascido, sendo a vulnerabilidade biológica uma realidade, esta pode ser evitada através de mensagens de prevenção claras de como o vírus se pode transmitir e de como prevenir essa transmissão (WHO, 2009).

O mesmo autor afirma que a exiguidade de recursos materiais (económicos e financeiros) bem como a aplicação dos hábitos e costumes que regem as normas tradicionais em muitos países africanos, em particular Moçambique, colocam a mulher em níveis mais baixos de educação do que os homens, e isso limita a eficácia do uso dos meios de comunicação verbais e escritas dirigidos a este grupo alvo.

Em Moçambique, o HIV e SIDA constituem um problema social que afecta a sociedade no geral e sobretudo a camada jovem. Embora os resultados preliminares sobre a revisão dos dados de vigilância epidemiológica do HIV em Moçambique tenham registado uma queda nos índices de seroprevalência nacional entre adultos (15-49 anos), de 16% em 2007 para 15% em 2009, o HIV continua a ser um problema de saúde pública. Estima-se que em 2008 mais de 95000 jovens com idades compreendidas entre 15 e 19 anos viviam com HIV (MISAU, 2009).

Os jovens e particularmente as raparigas e mulheres são as camadas mais vulneráveis. Em 2005, a prevalência nas raparigas entre os 15-24 anos era de 10,7%, enquanto nos rapazes da mesma idade era apenas de 3,6%. O número de raparigas e mulheres a viver com HIV e SIDA cresce rapidamente e conseqüentemente cresce o número de crianças infectadas pela mãe por transmissão vertical através da placenta, do sangue, e também do leite materno (UNESCO, 2009).

O contacto heterossexual continua a ser a forma primária de transmissão de HIV sendo a transmissão vertical, as transfusões de sangue e a utilização de drogas injectáveis contribuintes menores para a epidemia. As conseqüências desta situação reflectem-se nos rácios mais elevados de dependência com possíveis efeitos em agregados familiares que desviarão recursos de investimentos produtivos, acabando por afectar o crescimento económico. Calcula-se que a epidemia do HIV e SIDA possa fazer baixar as taxas de crescimento económico em Moçambique em 1% ao ano (UNAIDS, 2010).

Durante a última década, Moçambique tem feito grandes esforços para controlar o desenvolvimento da expansão do HIV e SIDA que ameaça minar as conquistas da economia alcançadas ao longo deste período. Dados da Ronda de Vigilância Epidemiológica (RVE) mostram que a epidemia de HIV em Moçambique encontra-se abaixo das epidemias de outros países da região da África Austral, actualmentecerca de 1.6 milhões de moçambicanos vivem com HIV (INE2007, projecção 2010).

Contudo, as mulheres e os jovens têm maior probabilidade de sofrer violações, de serem coagidas a manter relações sexuais contra a vontade, até mesmo como factor da própria sobrevivência ou dos filhos, seja dentro de relações com parceiro fixo como em relações

comerciais, no caso das profissionais do sexo que por vezes não têm coragem para propor o uso do preservativo nas suas relações sexuais ocasionais. Além do maior risco que sofre a mulher de ser contaminada pelo HIV, é sobre ela que recai grande parte da carga social da epidemia, nos cuidados familiares e na responsabilidade de sustento da família.

3.2 Referencial Teórico

A abordagem da Educação de Adultos no âmbito da avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao HIV e SIDA tem como base teórica as estratégias traçadas ao nível do subsector de AEA no país para o alcance dos objectivos da presente pesquisa.

3.2.1 Caracterização da Educação de Adultos

A educação de adultos é um domínio que se caracteriza pela complexidade e diversidade. Em educação de adultos podemos falar de alfabetização, formação e actualização profissional, educação para a cidadania, educação para a saúde, referindo algumas das inúmeras possibilidades.

É importante não esquecer que a educação de adultos representa uma nova oportunidade para aprender e, neste sentido, pode representar uma oportunidade de concluir uma escolaridade interrompida precocemente e constituir uma oportunidade de aprofundar conhecimentos na área de conhecimento do indivíduo (Canário, 1999).

Assim, podemos considerar como educação de adultos toda e qualquer iniciativa organizada que vise promover o desenvolvimento académico, profissional, social e pessoal de indivíduos adultos, mesmo tendo consciência de que existem adultos muito diferentes. Neste sentido e referindo-se à heterogeneidade do grupo dos adultos quanto à variabilidade, Dias (1982, p.136) refere que “a educação de adultos deve durar até ao fim da vida e, neste sentido, a Recomendação de Nairobi fala de adultos de todas as idades”.

O autor acima citado refere que o grande grupo dos adultos é heterogéneo relativamente a outras variáveis das quais se destacam variáveis de ordem académica como, por exemplo, a

habilitação académica de cada um e, assim, pode-se estabelecer uma linha contínua que vai desde cursos de alfabetização de adultos a cursos de formação pós-graduada.

Para a definição do âmbito da educação de adultos, enquanto campo de saber, concorrem também algumas características da sociedade contemporânea, que apresenta a nível profissional, social, familiar e de lazer, grandes exigências no que toca à constante necessidade de actualização dos saberes. O desenvolvimento tecnológico e científico, a emergência da sociedade da informação, as novas dinâmicas sociais e culturais são uma clara ameaça para os que não desenvolverem fortes capacidades adaptativas e transformativas. Se, por um lado, os indivíduos têm que, num processo contínuo, integrar novos conhecimentos, adoptar novas formas de saber, de fazer e até de ser por outro lado, para fazer face a esta forte dinâmica de alterações sociais e culturais, exige-se uma atitude transformadora.

Actualmente, sabe-se que há exigência de mais conhecimentos e habilidades pessoais, assim como certificados de maior escolarização, em função de novas perspectivas e necessidades de contextos sociais, culturais, económicos, tecnológicos e ambientais em constante transformação. Essa necessidade de aperfeiçoamento permanente tem levado as pessoas a regressar à escola, enquanto jovens, ou depois de adultas, para se qualificar. Sendo assim, tal realidade tem sido responsável pela criação de diversos projectos voltados para a alfabetização e educação de jovens e adultos, tendo em vista que, cada vez mais, a EJA mostra-se como uma necessidade social (Danis e Solar, 2001).

3.2.1.1 A Andragogia

A andragogia é, portanto, a arte e ciência de ajudar os adultos a aprender, por oposição à pedagogia como arte e ciência de ensinar as crianças. A andragogia baseia-se noutros pressupostos de aprendizagem e de acção com os adultos. Portanto é necessário dar um salto qualitativo no momento de estudar, compreender e praticar a educação de adultos (Osório 2003, p.93).

O mesmo autor afirma que existe uma diferença fundamental entre o modelo pedagógico, que é um modelo “ideológico” que exclui todas as hipóteses andragógicas, e o modelo andragógico, que é um sistema de hipóteses que compreende as hipóteses pedagógicas. O

modelo pedagógico sustenta-se num conjunto metodológico de crenças que conduz à “lealdade e à conformidade dos envolvidos” (estilo de aprendizagem dependente), enquanto o modelo andragógico é um sistema de contra-hipóteses. Entre estas destacam-se as seguintes:

- a) *A necessidade de aprender dos adultos, em função das situações e necessidades do contexto laboral.* Os adultos têm necessidade de conhecer o motivo pelo qual devem aprender antes de se comprometerem com a aprendizagem. A primeira acção do formador é torná-los conscientes da “Necessidade de aprender”.
- b) Em relação ao “*Conceito de discente*”, os adultos têm um conceito de si como pessoas responsáveis pela sua própria vida, e, portanto, expressam a necessidade psicológica de serem tratados como seres capazes de tratar da sua própria auto-organização e aprendizagem, que deve ser favorecida pelos docentes.
- c) O factor importante da experiência faz com que o grupo adulto apresente consideráveis diferenças individuais, em relação a motivações, necessidades, etc. por isso, a educação de adultos deve colocar a tónica nos processos individuais de aprendizagem face aos processos mais colectivos de outras etapas evolutivas.
- d) A disponibilidade para aprender, no caso de adultos, está relacionada com a necessidade de defrontar com eficácia uma situação da vida, coisa que não se verifica de forma particular nas etapas infantis.
- e) Quanto à orientação para aprender, os temas dos adultos devem estar centrados na vida (solucionar problemas), ao contrário da aprendizagem infantil e juvenil, mais relacionada com matérias (pelo menos, nas actividades escolares).
- f) Finalmente, no que respeita à motivação para aprender, ainda que os adultos também sejam sensíveis, como os jovens, a certas motivações extrínsecas (um trabalho melhor, uma promoção, um melhor salário), os motivos mais

importantes são os intrínsecos (melhorar o nível de auto-estima, qualidade de vida, programa de saúde, satisfação no trabalho, etc.).

Para Osório (2003), ao centrar-se na diferenciação da aprendizagem das pessoas adultas relativamente à população infanto-juvenil, a andragogia transforma-se na base para estabelecer a fronteira entre o que é uma disciplina ou conhecimento pedagógico, em geral, e uma nova disciplina – a Andragogia. O seu ponto de referência fundamental apoia-se no facto evolutivo que marca uma tendência na natureza humana de uma maior dependência a uma maior independência.

Merriam e Caffarella (1991, p.53) fazem referência ao contributo que as diferentes teorias clássicas da aprendizagem humana podem dar para explicar e facilitar a aprendizagem das pessoas adultas, tais teorias são: Comportamental, cognitivista, humanista e da aprendizagem social (ver a tabela 3.1). Um dos aspectos que mais se salienta é o objectivo que tem a educação e a aprendizagem das pessoas adultas segundo as diferentes teorias. Assim, enquanto a teoria comportamental se centra na aquisição e aperfeiçoamento de condutas, as teorias cognitivassalientam a necessidade de desenvolver capacidades metacognitivas e de fomentar a capacidade de aprender a aprender. A teoria humanista destaca o objectivo da auto-realização e desenvolvimento pessoal através da aprendizagem, enquanto a teoria da aprendizagem social salienta a importância da modelagem como via para adquirir e modificar condutas, mas fundamentalmente atitudes.

Tabela 3: Diferentes teorias da aprendizagem aplicadas à aprendizagem do adulto

ASPECTOS	COMPORTA MENTAL ou CONDUTISTA	COGNITIVIS TA	HUMANISTA	APRENDIZA GEM SOCIAL
Teóricos de aprendizagem	Thomdike, Pavlov, Watson, Guthrie, Hull, Tolman, Skinner	Koffka, Kohler, Lewin, Piaget, Ausubel, Bruner, Gagne	Maslow, Rogers	Bandura, Rotter
Concepções do processo de aprendizagem	Modificação na conduta	Processos mentais internos (processamento de informação,	Um acto pessoal para desenvolver as potencialidades	A interacção e a observação de outros em contextos sociais

		memória, percepção)		
Origem da aprendizagem	Estímulos em ambientes externos	Estruturação cognitiva interna	Necessidades afectivas e cognitivas	Interação de pessoas, condutas e ambientes
Objectivos da educação	Provocar uma mudança comportamental na direcção desejada	Desenvolver a capacidade e competência para aprender melhor	Conseguir ser autónomo, independente	Aprender novos papéis e condutas
Papel do formador	Dispor o ambiente para que se produza a resposta desejada	Estruturar o conteúdo da actividade de aprendizagem	Facilitar o desenvolvimento da pessoa como um todo	Servir como modelos e guias de novos papéis e condutas
Manifestações na aprendizagem do adulto	Objectivos comportamentais; Formação baseada em competências; Desenvolvimento e treino de competências	Desenvolvimento cognitivo; inteligência, aprendizagem e memória como função da idade; aprender a aprender	Andragogia; Aprendizagem autodirigida	Socialização; Papéis sociais; Mentores; Local de controlo

Fonte: Adaptado de Merriam e Caffarella, (1991:54)

Os autores acima apresentados referem que as teorias tratadas fazem referência à aprendizagem humana sem ter em conta as características quer de maturidade, quer cognitivas ou sociais dos indivíduos. Mais concretamente, não significa que não as considerem, mas sim que pretendem ser gerais e adaptáveis a qualquer situação de aprendizagem. Em relação à aprendizagem das pessoas adultas, não se pode afirmar que existe uma única teoria da aprendizagem do adulto que com maior frequência tem sido proposto por Knowles (1984, p.55), e definida como “a arte e a ciência de ajudar os adultos a aprender”. Knowles diferenciou mesmo a andragogia da pedagogia, sendo a primeira a ciência da educação dos adultos, enquanto a segunda seria a dos sujeitos não adultos. Esta teoria fundamenta-se em cinco princípios que são:

1. O autoconceito do adulto, como pessoa madura, evolui de uma situação de dependência para a autonomia;
2. O adulto acumula uma ampla variedade de experiências que podem ser um recurso muito rico para a aprendizagem;
3. A disposição de um adulto para aprender está intimamente relacionada com a evolução das tarefas que representam o seu papel social;
4. Produz-se uma mudança em função do tempo à medida que os adultos evoluem de aplicações futuras do conhecimento para aplicações imediatas. Assim, um adulto está mais interessado na aprendizagem a partir de problemas do que na aprendizagem de conteúdos.
5. Os adultos são motivados para aprender por factores internos em vez de por factores externos.

Assim, é importante destacar como primeiro princípio que os adultos evoluem de uma condição de dependência para outra de autonomia. Mais adiante, no segundo princípio faz-se uma análise relativa a experiência quotidiana e imediata do mesmo. O terceiro princípio expressa a necessidade que leva o adulto a apreender algo de acordo com as tarefas que lhe são incumbidas na sociedade. O quarto princípio enunciado por Knowles (1984, p.12), a aprendizagem deve partir de ou ter em conta problemas e necessidades percebidos pelos próprios. O último princípio leva-nos à motivação para aprender. Este princípio é sugestivo na medida em que vem confirmar que os adultos aprendem (significativamente) unicamente em função de impulsos internos (gosto por aprender, intenção de conseguir resultados) e não por recompensas.

3.2.2 Directrizes para a implementação da II- Estratégia de AEA no âmbito do HIV e SIDA

Na implementação da II-Estratégia de AEA, foram desenhadas directrizes ao longo dos cinco anos (2010 a 2015), focalizando três pilares com as seguintes responsabilidades: Primeiro Pilar: Acesso e Retenção, Segundo Pilar: Melhoria da Qualidade e Relevância, Terceiro Pilar: Reforço da Capacidade Institucional. No âmbito do HIV e SIDA foram levantados alguns aspectos estritamente ligados ao segundo pilar, por isso é necessário capacitar os técnicos do Sector da Educação (DINAEA, DPEC's, SDEJT's) e dos actores

de outros sectores e parceiros para a articulação e coordenação da implementação da mesma Estratégia (MINED, 2011, p.19).

Para o presente estudo importa salientar acções referentes ao segundo pilar: Melhoria da Qualidade e Relevância. A qualidade de ensino pressupõe um julgamento de mérito que se atribui tanto para o processo quanto para os produtos decorrentes das acções desenvolvidas, que, de certa maneira, implicam obviamente um juízo de valor. A qualidade de ensino tem que ser entendida como satisfazendo critérios bem definidos que expressam: Definição de critérios pedagógicos e sociais; explicitação de indicadores; planificação e execução de estratégias de avaliação mais amplas para validação da qualidade de ensino desejada (MINED, 2011, p.19 e 20).

Segundo o autor acima citado, ao abordar-se a questão da qualidade de ensino, deve-se analisar as relações e determinantes entre as políticas públicas do sector de educação e qualidade de ensino, para além de outros factores que poderão ser agregados para melhor elucidar as razões e as relações entre as variáveis e factores analisados. À luz do que está contido na estratégia institucional, expresso no Pilar do PEEC, a Qualidade, enquadra-se em quatro áreas prioritárias e interdependentes. Essas áreas são:

- i) Desenvolvimento curricular;
- ii) Desenvolvimento de materiais adequados;
- iii) Formação e capacitação de recursos humanos;
- iv) Educação para as habilidades para a vida, prevenção e combate a doenças endémicas incluindo a pandemia do HIV e SIDA, Malária, Cólera e outras.

A tabela 3.1 ilustra um resumo das principais acções estratégicas para a educação e para as habilidades para a vida, género, prevenção e combate a doenças endémicas, incluindo a pandemia do HIV e SIDA, bem como os respectivos resultados globais previstos na implementação da estratégia de 2010 a 2015 no sector de Alfabetização e Educação de Adultos.

Tabela4: Principais acções estratégicas para a educação e combate a doenças endémicas incluindo HIV e SIDA

Objectivo Estratégico	Ações Estratégicas para a educação e para as Habilidades para a Vida, Género, Prevenção e Combate a Doenças Endémicas, incluindo a Pandemia do HIV e SIDA	Resultados Globais Previstos
<p>Conceber e implementar em parceria com outros intervenientes acções no âmbito de Habilidades para a Vida, Género, Prevenção e Combate a Doenças Endémicas incluindo a Pandemia do HIV e SIDA</p>	<p>Desenvolvimento do programa integrado virado para as habilidades para a vida, género, prevenção e combate ao HIV e SIDA e outras doenças endémicas em parceria com outros intervenientes.</p>	<p>Implementado um programa integrado virado para as habilidades para a vida, género, prevenção e combate ao HIV e SIDA e outras doenças endémicas.</p>
	<p>Elaboração dos Manuais para orientar os Alfabetizadores, Facilitadores, Formadores e educadores na implementação dos cursos sobre habilidades para Vida e Género.</p>	<p>Providos Manuais para formação em habilidades para Vida , incluindo as doenças endémicas.</p>
	<p>Envolvimento dos curandeiros e praticantes da medicina tradicional em acções de capacitação sobre Prevenção e Combate ao HIV e SIDA e outras doenças endémicas, em parceria com o MISAU.</p>	<p>Capacitados 1000 curandeiros e médicos tradicionais em acções de prevenção e Combate ao HIV e SIDA e outras doenças endémicas até 2015, em parceria com o MISAU.</p>
	<p>Criação de bibliotecas, imprensas rurais e centros culturais para leitura e lazer; incluindo o desenvolvimento de materiais didácticos, ilustrativos e que se debruçam sobre temas dos programas de AEA.</p>	<p>Angariados, seleccionados e disponibilizados livros para o reforço da aprendizagem da literacia e numeracia dos adultos na pós-alfabetização dos níveis 2 e 3.</p>

Fonte: MINED (2011:31)

Para o efeito deste estudo, e tomando em consideração a tabela 3.1, a implementação eficiente e eficaz da II-Estratégia do Subsector necessita de uma avaliação e monitoria para reforçar e desenvolver a capacidade institucional da DINAEA a nível local, distrital, provincial e central e das organizações da Sociedade Civil envolvidas na implementação de programas de AEA em todo o país.

A prioridade deve ser dada, primeiramente, ao nível local e ir avançando para os outros níveis, pois deve-se partir do princípio que o centro das atenções reside onde se encontra o processo de ensino-aprendizagem, daí a necessidade de criação de todas as condições essenciais para os resultados desejados. Assim, na implementação da estratégia de reforço da capacidade deve dar-se primazia aos Institutos de Formação de Educadores de Adultos (IFEA's) e às Instituições de Formação Profissional para o auto-emprego e emprego (INEFP e Escolas Técnicas), Institutos de Formação de Professores (IFP's) (MINED, 2011, p.20).

Neste contexto, a coordenação e articulação inter e intra-institucional joga um papel fundamental para a consecução do propósito de estabelecimento de um programa integrado de alfabetização no âmbito da Educação Não Formal com maior ênfase na componente do HIV e SIDA.

3.2.3 Factores de Risco de Transmissão do HIV e sua Prevenção

O conhecimento de transmissão sexual e sanguínea do HIV remonta desde o início dos anos 80. De igual modo, a importância da prevenção como única medida eficaz no controlo da epidemia, cedo nos confrontou com as dificuldades práticas que deixava antever (Antunes, 2008).

A prevenção do risco de infecção por HIV implica informar, clarificar aspectos relevantes sob o ponto de vista da transmissão do vírus e dos comportamentos que a favorecem e, sobretudo, modificar esses mesmos comportamentos em áreas tão complexas como a da sexualidade.

Em todo o caso, o conhecimento dos riscos e dos comportamentos seguros a adoptar perante esta epidemia deve se fazer acompanhar pela adesão às normas de prevenção da infecção, sendo aparentemente mais fácil modificar as atitudes face ao HIV, do que o comportamento sexual (HIV/AIDS – Virtual Congress, 2003).

A análise dos determinantes prováveis dos comportamentos tornou-se, então, indispensável quer em termos de percepção do risco, quer da avaliação do risco e dos factores que influenciam a modificação de comportamentos, no sentido de promoção de saúde.

Actualmente, as principais formas de transmissão de HIV associam-se a relações heterossexuais e a comportamentos de riscos ligados à toxicoddependência, quer em termos de partilha de material de injeção infectado, quer em termos de relações sexuais não protegidas. Esse aspecto reforça a noção de que o tratamento da toxicoddependência e as medidas de minimização de riscos são factores muito importantes no contexto da prevenção face à Sida (ONUSIDA, 2008).

Nas relações heterossexuais, torna-se necessário analisar a forma como as mulheres se colocam face à prática do sexo seguro. A distribuição de poder homem/mulher na relação pareceu determinante para a capacidade de manter o uso do preservativo, num estudo efectuado numa comunidade de mulheres latino-americanas (Antunes 2008, p.527).

A importância da prevenção em adolescentes tem sido objecto de vários estudos de (HIV-AIDS virtual congress.net, 2003), que procuram situar a questão do risco de infecção por HIV numa perspectiva mais geral, a da problemática específica da adolescência. Dados recentes desses estudos salientam a importância de múltiplas vertentes na prevenção face aos adolescentes, nomeadamente os programas de educação sexual a nível das escolas, das clínicas de tratamento de ITS, de planeamento familiar e de cuidados primários de saúde e ainda a nível das famílias, no sentido de melhorar a comunicação entre os adolescentes e os seus pais.

Ainda o mesmo autor afirma que a análise da estrutura das intervenções que se revelam mais eficazes remete, entre outras questões, para a importância da redução de comportamentos sexuais de riscos, quer para o HIV quer para outras ITS, e ainda para a

prevenção da gravidez indesejada. Por outro lado, remete para a necessidade de adequar o material utilizado na prevenção e à experiência sexual das populações alvo. De igual modo, deve ser objecto de análise o treino de técnicas de comunicação, negociação e de outras competências comportamentais, bem como a importância do treino e da atitude dos orientadores da formação.

A questão da idade assume uma importância crescente nas intervenções de prevenção. As estatísticas do final dos anos 90 indicam que 10 a 15% dos casos de infecção ocorriam em pessoas com idades a partir dos 50 anos. É de salientar que o secretismo associado à sexualidade e à infecção, a negação que daí decorre e a ausência de intervenções de prevenção especificamente dirigidas aos adultos mais velhos colocam a população desta faixa etária numa situação de risco acrescido face ao HIV (Antunes, 2008).

Os esforços a desenvolver no futuro, no sentido da prevenção, assentam no desenvolvimento de investigação de forma a permitir o melhor conhecimento e integração de dados socioculturais e da dinâmica comportamental da população jovem e adulta.

3.2.4 Síntese

De acordo com o referencial teórico descrito nesta pesquisa, os argumentos de Osório (2003) constituem o ponto fulcral do presente estudo na vertente do “modelo andragógico”, destacando-se os pontos *a)*, *e)*, *f)*, *d)* da subsecção 3.2.1.1 do capítulo 3, espelham respectivamente “a necessidade de aprender dos adultos”; a orientação e centralização dos temas dos adultos para “a resolução de problemas da vida”, e finalmente no que respeita à “motivação para a aprendizagem”. Estes aspectos básicos da pedagogia versus o modelo andragógico baseado na educação dos jovens e adultos em relação à aprendizagem constituem alicerce e proporcionam aos mesmos uma motivação para um determinado conteúdo que deve ser assimilado.

Outros autores, no entanto, dão a sua contribuição em torno deste referencial. Por ex., Danis e Solar (2001) referem que o adulto precisa ser eficiente em qualquer actividade que aprende ou realiza com base nos conhecimentos ou experiências que adquire ao longo da vida. Segundo estes autores, a ligação intrínseca entre a experiência vivida e a aprendizagem do adulto determinam a importância de perceber e compreender a realidade.

Assim, a aprendizagem é, antes de mais, um processo que requer atenção e reflexão por parte do adulto relativamente a uma experiência determinada e que conduz a uma transformação, nesse adulto, em relação aos seus comportamentos, atitudes, aptidões ou ainda em relação aos seus conhecimentos ou as suas próprias convicções. Esta reflexão constitui para o presente estudo uma acção essencial, uma vez que permite estabelecer a ligação entre a experiência vivida pelo aprendiz e os conteúdos que o mesmo deve assimilar ao longo da vida.

Para conciliar os pensamentos teóricos dos autores acima citados, nesta área de Educação de Adultos, há necessidade de o alfabetizador apropriar-se do conhecimento científico do conteúdo a ser transmitido, de saber organizá-lo e articulá-lo, de possuir materiais didácticos que o auxiliem no processo de ensino-aprendizagem e de ter competência. Mas essa competência, para o verdadeiro alfabetizador, deve estar impregnada de humildade, de simplicidade e de atitude. É necessário perceber o alfabetizando jovem e adulto, construindo com ele o alicerce do conhecimento, não só para servir a sociedade mas também para prepará-lo a situações adversas da vida quotidiana.

Em 2001 foi elaborada e implementada a I Estratégia do Subsector de Alfabetização e Educação de Adultos/ Educação Não-Formal, (AEA/ENF) - 2001-2005, cujo objectivo principal em parceria com a sociedade civil é Educação para a Prevenção e Combate ao HIV e SIDA, com a seguinte componente:

- *Desenvolver e implementar uma estratégia e programas de AEA/ENF que inclua o tema da educação para a prevenção e combate ao HIV e SIDA, contribuindo para:*

A prevenção e combate ao Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/ SIDA) e doenças de Transmissão sexual (DTS), e a redução da pobreza absoluta (MINED, 2001, p.7).

A componente educação para a prevenção e combate ao HIV e SIDA foi identificada como uma das áreas-chave na primeira estratégia de Educação de Adultos, devido à ameaça que representa para o desenvolvimento social e económico em todo o país. Por conseguinte, na II estratégia institucional de 2011, novamente está expresso no segundo Pilar do PEEC como uma das áreas prioritárias nos programas do sector de AEA, “a Educação para as

habilidades para a vida, prevenção e combate a doenças endémicas incluindo a pandemia do HIV e SIDA, Malária, Cólera e outras” (MINED, 2011 p.19 e 20).

Na análise aprofundada das duas estratégias pode se reflectir na vertente dos conteúdos que devem ser ministrados ou outros factores que intervêm na motivação dos alfabetizadores e alfabetizandos. Pois, apesar das limitações de ordem económica que o Estado Moçambicano enfrenta, a combinação dos dois planos estratégicos acima descritos mostra claramente a manifestação da vontade do Governo e da Sociedade Civil em proporcionar programas educativos de qualidade na componente do HIV e SIDA dentro das obrigações que o Estado tem em relação aos seus cidadãos, apesar de existirem alguns constrangimentos que impedem aos profissionais da área responderem com eficiência e eficácia às atribuições e desafios que se colocam na implementação das Estratégias de AEA, a nível local, distrital, provincial e central.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA

CAPÍTULO 4: METODOLOGIA

Para a operacionalização da pesquisa, este capítulo apresenta a metodologia do estudo. O mesmo é composto das secções 4.1 a 4.7, que abordam respectivamente as opções metodológicas tomadas em consideração (4.1), a população e o tipo de amostragem (4.2), os instrumentos de recolha de dados (4.3), a validade e a fiabilidade (4.4), a análise dos dados (4.5), as limitações do estudo e os resultados esperados (4.6) e, por fim, as considerações éticas (4.7).

4.1 Abordagem metodológica geral

A metodologia, segundo Gil (2007, p.185), é “um conjunto de procedimentos e regras utilizados por determinado método”. Sabe-se, pois, que a pesquisa é uma actividade voltada para a solução de problemas, possibilitando resultados mais confiáveis, caso seja conduzida usando-se conceitos, métodos, técnicas e procedimentos científicos bem definidos. Quanto ao tipo, as pesquisas podem ser exploratórias, descritivas ou explicativas (Richardson et al. 1999).

Com vista ao alcance dos objectivos vinculados na introdução desta dissertação, foi usado preferencialmente o método qualitativo, o qual traz como valia ao trabalho de pesquisa uma combinação de procedimentos racionais e intuitivos capazes de ajudar para a melhor compreensão dos fenómenos.

De acordo com Richardson et al. (1999, p.79), o método qualitativo caracteriza-se, fundamentalmente, pela predominância da descrição verbal, tanto das modalidades de recolha, quanto de processamento e análise dos dados e/ou informações pertinentes numa pesquisa. Este autor refere que este método afigura-se mais adequado para entender fenómenos sociais, como é o caso da pesquisa em curso. Entretanto, sempre que necessário recorreu-se ao método quantitativo, que consistiu na quantificação numérica das modalidades de recolha e tratamento dos dados e/ou informações de pesquisa.

Adicionalmente, o método qualitativo proposto para o presente estudo tem um carácter descritivo que, de acordo com Gil (2007, p.35), permite a “ descrição das características de

uma determinada população ou fenómeno ou ainda o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Portanto, a combinação dos métodos qualitativo e quantitativo fundamenta-se no facto de a pesquisa avaliar questões ligadas a doenças de transmissão sexual (ITS, HIV e SIDA), reportadas ao longo do questionário, dirigido aos alfabetizandos. Dada a situação, torna-se imperiosa a integração de métodos e técnicas que respondam a esta complexidade, de modo que a pesquisa sirva o melhor possível para a compreensão dos fenómenos em causa. Richardson et al. (1999) referem que, dependendo das necessidades do estudo, uma pesquisa em alguns momentos, pode assumir formas mistas (qualitativas ou quantitativas) para melhor explicar os fenómenos em estudo.

Deste modo, a abordagem descritiva fará a apresentação exaustiva de aspectos relacionados com o HIV e SIDA no âmbito de conhecimentos gerais, atitudes e práticas sexuais no seio dos alfabetizandos jovens e adultos, tendo em conta a componente prevenção como forma de reduzir o elevado índice de novas infecções.

A abordagem metodológica usada nesta pesquisa foi o estudo de caso. Esta abordagem é relativamente simples e económica, uma vez que pode ser realizado por um único investigador, ou por um grupo pequeno de investigadores, e não requer a aplicação de técnica de massas para a recolha de dados (Gil, 2007).

Contudo, o autor Bell (1997, p.22), enaltece o método de “estudo de caso” afirmando que:

A vantagem deste método, consiste no facto de permitir ao investigador, a possibilidade de se concentrar num caso ou casos específicos e identificar os diversos processos interactivos em curso, que podem permanecer ocultos num estudo de maior dimensão.

4.2 População e tipo de amostragem

A população de estudo é definida por Gil (1999) como sendo o conjunto de todos os objectos ou elementos sob consideração e amostra como uma porção de uma população geralmente aceite como representativa desta população.

De acordo com Ribeiro (1999), na recolha de informação acerca de uma população ou universo, normalmente adopta-se duas estratégias, a citar:

- Recolher a informação de toda a população;
- Recolher a informação de uma amostra representativa dessa população.

Sendo assim, esta pesquisa recorreu à segunda estratégia, tendo-se seleccionado uma amostra da população estudada que, segundo Kerlinger (1980, p.230), “é uma porção de uma população geralmente aceite como representativa desta população”.

Constituiu universo desta população um número global de 150 alfabetizandos, dos quais 120 são alfabetizandas. Em relação aos instrutores (alfabetizadores) em exercício no Centro são no total de 6, e leccionam nos dois turnos, diurno e nocturno.

Neste estudo, a selecção da amostra seguiu a técnica de amostragem probabilística que, segundo Selltiz e Cook (1987), pode especificar para cada elemento da população a probabilidade de ser incluído na amostra. No caso mais simples, cada elemento tem a mesma probabilidade de ser incluído, mas esta não é uma condição necessária, ou seja, é necessário que haja, para cada elemento, uma probabilidade específica de que ele será incluído na amostra.

O mesmo autor afirma que a amostragem probabilística é a única abordagem que torna possível o plano de abordagem representativa. Torna possível a cada investigador que estime a extensão em que os resultados baseados em sua amostra são prováveis de diferirem daqueles obtidos com o estudo da população.

Este tipo de amostragem probabilística induziu a incorporação do método de amostra aleatória simples ou ao acaso. Segundo Selltiz e Cook (1987), este serve para sortear amostras casuais através da selecção de cada elemento individualmente, usando uma lista ou tabela de números casuais ou equiprováveis. De salientar que primeiramente para a presente pesquisa foi necessário enumerar todos os elementos da população que vai ser estudada. Então, marcou-se na tabela um ponto de partida casual (por exemplo: usou-se um lápis de carvão golpeando a página) e os elementos cujos números vão aparecendo à

medida que percorremos a coluna de números foram incluídos na amostra até que se obteve o número de elementos desejados.

Deste modo fizeram parte da amostra 52 alfabetizandos do 1º, 2º e 3º nível, sendo 47 indivíduos de sexo feminino e 5 indivíduos de sexo masculino. É de salientar, que participaram no estudo alfabetizandos do 1º nível num número muito reduzido, por estes apresentarem elevado nível de dificuldades de leitura e escrita. Foram incluídos na presente pesquisa indivíduos com idade superior ou igual a 18 anos de ambos os sexos; matriculados no centro de Alfabetização, e que aceitaram participar no estudo. Foram excluídos do mesmo todos aqueles indivíduos que não reuniram os requisitos acima referenciados.

Terminada a descrição da população e da amostra da pesquisa, de seguida são descritos os instrumentos para a recolha de dados.

4.3 Instrumentos de recolha de dados

Seleccionada a amostra, nesta secção apresentam-se os instrumentos que foram usados na recolha de dados. Porém, antes importa referir que para a operacionalização dos objectivos e perguntas de pesquisa do presente trabalho, os dados recolhidos centraram-se nos seguintes aspectos:

1. Percepção dos jovens e adultos em relação ao risco de contrair o HIV.
 - a) Conhecimentos gerais, práticas e atitudes sobre o HIV e SIDA;
 - b) Medidas de prevenção do HIV;

2. Opiniões sobre:
 - a) A forma de abordagem da temática do HIV e SIDA durante o processo de ensino e aprendizagem no Centro de Alfabetização ADECOMU\OPTAR;
 - b) Dificuldades encaradas pelos Alfabetizadores na transferência de conhecimento sobre o HIV e SIDA.

Para a recolha dos dados recorreu-se à aplicação do questionário (anexo IV), aos alfabetizandos do 1º, 2º e 3º níveis, pois este instrumento permite recolher informações

provenientes de um grande número de pessoas num curto espaço de tempo, mesmo que estejam dispersas geograficamente. É de salientar que o processo de recolha de dados foi muito moroso e dispendioso, pois a pesquisadora teve que permanecer no centro várias semanas, tendo investido muitas horas de trabalho para poder ler as questões em cada sala, para os alfabetizados perceberem melhor antes de assinalarem as respostas.

Gil (2007) refere que o questionário constitui a forma mais rápida e menos dispendiosa para a recolha de uma determinada informação, em que o pesquisado responde por escrito as perguntas que lhe são feitas, garante o anonimato das respostas e permite que as pessoas respondam no momento em que julgarem mais conveniente.

Neste instrumento colocou-se maioritariamente perguntas de múltipla escolha. A utilização deste tipo de perguntas ajudou na uniformização das respostas e facilitou a busca das mesmas sem molestar o respondente, por outro lado, este recurso facilita o agrupamento e interpretação dos resultados obtidos. Procurou-se colocar poucas perguntas abertas, uma vez, que foi possível incorporar-se o essencial em torno do tema nas perguntas de múltipla escolha, permitindo que o respondente se enquadre e escolha a alternativa que melhor representa a sua situação ou ponto de vista em concordância com os seus conhecimentos.

De facto, o questionário é um instrumento vantajoso, quanto à entrevista pelo facto de garantir anonimato dos respondentes, assim como evita a exposição dos mesmos à influência directa do pesquisador (Gil, 1999).

Para além do questionário, no presente estudo aplicou-se entrevistas semi-estruturadas (anexo III) a seis alfabetizados do centro, por constituírem um grupo bastante reduzido e de fácil interacção. A entrevista é, pois, uma técnica de interacção social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes procura colher dados e a outra apresenta-se como fonte de informação. Existe, assim, a lateralidade da comunicação, que pode variar de uma comunicação plenamente bilateral a uma unilateral. Por definição, a entrevista é uma comunicação bilateral (Gil, 2002).

Como já foi referenciado, no presente estudo optou-se pela entrevista semi-estruturada, pois, para além de possibilitar ao entrevistado a estruturação do seu ponto de vista, a

mesma é desenvolvida de forma espontânea, sem que esteja sujeita a um modelo pré-estabelecido de interrogação; daí a escolha deste. (Lakatos, 2009).

Na entrevista, procurou-se saber dentre outros os seguintes aspectos: as estratégias adoptadas no centro para a abordagem dos conteúdos em torno do HIV e SIDA; o conhecimento básico dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA, que estratégias a seguir para a mudança do comportamento dos jovens e adultos no âmbito de prevenção da doença.

Todas as questões consideradas fundamentais para este estudo foram cautelosamente tratadas, de forma a triangular as informações dos respondentes inquiridos e dos alfabetizadores entrevistados nos centros.

4.4 Validade e Fiabilidade

Na presente secção discute-se a validade e fiabilidade dos instrumentos que foram usados no trabalho em curso. Segundo Selltiz e Cook (1987, p.3), uma pesquisa é válida quando as suas conclusões são correctas. É fidedigna quando os seus resultados são replicáveis. Fidedignidade e validade são requisitos que se aplicam tanto ao delineamento quanto à mensuração da pesquisa.

Das várias maneiras de classificar a validade de delineamentos de pesquisa e conclusões, o estudo em causa adequa-se com as seguintes: validade interna, validade externa e validade de conteúdo. Para a compreensão dos diferentes tipos de validade importa acrescer a contribuição de (Gil, 1999, p.151), que refere a validade interna como sendo a exactidão dos dados e a adequação das conclusões. A validade externa refere-se à possibilidade de generalizar os resultados a outros grupos semelhantes e, por fim, a validade de conteúdo consiste em “mostrar que os itens do teste são amostras do universo no qual o pesquisador está interessado”.

Para dar resposta à teoria que versa sobre a validade interna e externa recorreu-se à revisão da literatura e ao referencial teórico detalhado no capítulo 3, delineando com os objectivos e perguntas de pesquisa referidas na secção 1.3. do capítulo 1, posteriormente fez-se a interligação com os resultados da análise de dados e as conclusões da pesquisa. No tocante

à validade do conteúdo, considerou-se os critérios usados na amostra populacional, assim, como os instrumentos de recolha da amostra de forma a adequar o conceito de acordo com a prática.

Tomando em consideração o conceito de Costa (2008b), a validade é um meio de certificação que garante o alcance dos resultados coerentes e passíveis numa determinada investigação. A ser assim, nesta pesquisa a validade foi obtida através do uso de múltiplos instrumentos de recolha de dados concorrendo assim para uma maior validação por meio de pré-testagem, que foi feita no Centro com alfabetizandos do 1º, 2º e 3º nível do curso nocturno, onde houve necessidade de se alterar algumas questões por estas serem desconfortáveis para aquele nível. Assim, teve que se reduzir o número de perguntas de 38 para 27, pois o questionário era muito longo e sendo assim cansava aos alfabetizandos para além de lhes consumir muito tempo, também foi possível perceber que as mesmas são de carácter íntimo, sendo assim os alfabetizandos se sentiriam inibidos e dificilmente iriam responder. O anexo V indica as questões que foram retiradas da 1ª versão do Questionário.

Em relação à fiabilidade, importa referir que este critério indica a utilidade que os instrumentos têm para produzir medições constantes quando aplicados a um mesmo fenómeno. A fiabilidade externa refere-se à possibilidade de outros pesquisadores, utilizando instrumentos semelhantes, observarem factos idênticos. A confiabilidade interna refere-se à possibilidade de outros pesquisadores fazerem as mesmas relações entre os conceitos e os dados colectados com iguais instrumentos (Gil, 1999).

No concernente à fiabilidade, Cohen, Manion e Morrison (2000) defendem que é a consistência ao longo de tempo de resultados e instrumentos diversos sobre grupos diferentes de respondentes. Em concordância com as teorias diversificadas sobre a fiabilidade, importa dizer que neste estudo a investigadora aplicou o pré-teste recorrendo à escala de formas múltiplas para poder correlacionar usando sucessivamente a mesma amostra. Embora existam outras formas, esta foi a escolhida para permitir uma fundamentação empírica e a detecção de erros na formulação de perguntas.

Importa salientar que, a fim de maximizar a fiabilidade dos resultados obtidos nesta pesquisa, foi realizado um encontro de retroalimentação com uma parte dos elementos protagonistas do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos, isto é, o coordenador do

programa de AEA, alguns alfabetizadores e alfabetizandos que se fizeram presentes no local, devido à dificuldade de reunir, novamente, todos os participantes.

Neste encontro mereceu particular destaque a preocupação da fraca aderência aos centros de testagem voluntária do HIV e a não frequência do uso de preservativo nas relações sexuais alegando o factor confiança, conhecer melhor o parceiro/a e estarem apaixonados; e à importância do apoio urgente aos alfabetizadores na aquisição de livros educativos sobre o HIV e SIDA para seu uso no processo de ensino-aprendizagem. Desta forma acredita-se que houve maior segurança e precisão na execução da pesquisa.

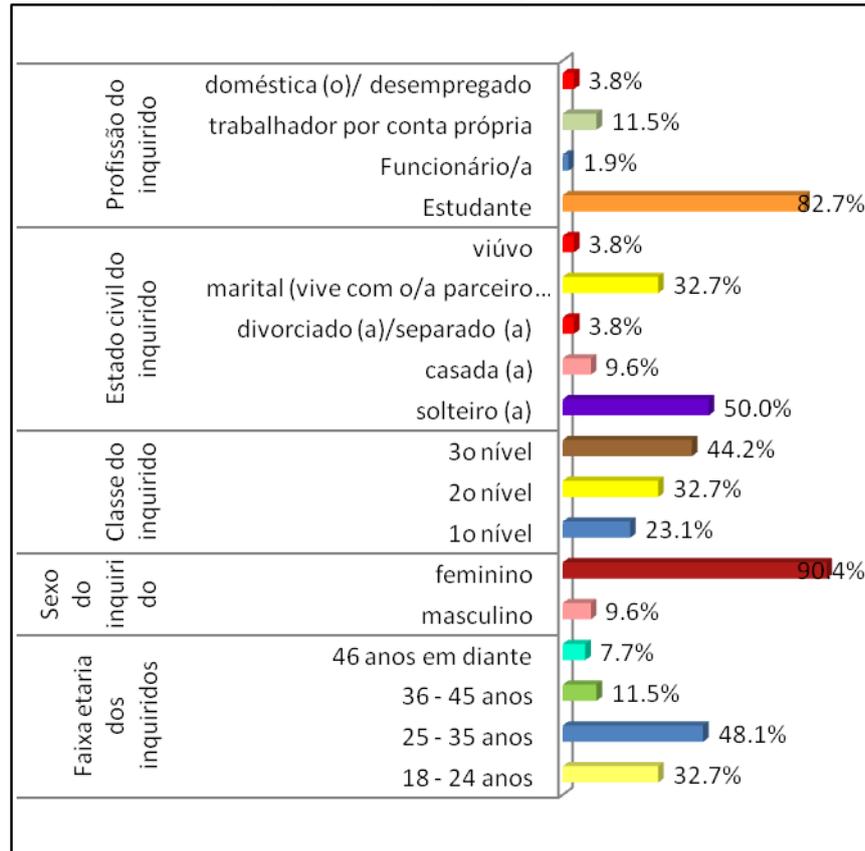
Discutidos os conceitos de validade e fiabilidade com as respectivas classificações, abordam-se, a seguir, aspectos relacionados com o processo de análise de dados.

4.5 Análise de dados

Após a recolha de dados, a fase seguinte da pesquisa é a de análise e interpretação. Estes dois processos aparecem sempre estreitamente relacionados. A análise tem como objectivo organizar e sumarizar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Já a interpretação tem como objectivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (Gil, 1999).

Para o presente estudo foram inquiridos 52 alfabetizandos, dispostos em cinco categorias principais: faixa etária, classe, sexo, estado civil e profissão. A faixa etária dominante é dos 25- 35 anos (48.1%), seguida da faixa mais jovem, de 18-25 anos (32,7%). Os inquiridos frequentam o 1º, 2º e 3º ano de ensino em vigor no Centro de Alfabetização e Educação de Adultos, sendo a maioria a frequentar o 3º ano (44.2%). A maioria dos participantes é do sexo feminino (90.4%), constituído por maior número de solteiros. O outro grupo significativo é formado pelos que vivem em “união marital” (32%). Em termos de ocupação, a maioria (82,7%) revelou ser estudante, conforme se pode ver na tabela 4.3 abaixo.

Tabela 4.3 Características demográficas dos participantes



Para atender o ponto acima citado, a análise de conteúdo mereceu um tratamento quantitativo que não exclui a interpretação qualitativa. Este tratamento teve como alcece o pacote informático *SPSS 13.0* (Statistical Package for the Social Sciences), que consistiu em cálculos de percentagens representadas graficamente, permitindo assim, estabelecer a importância dos elementos analisados na base dos questionários.

Uma vez feita a análise do conteúdo, foi necessário efectuar-se a classificação dos elementos seguindo o critério denominado categorização, que não é uma etapa obrigatória na análise do conteúdo, mas a maioria dos procedimentos inclui a categorização, pois facilita a análise da informação (Richardson et al., 1999).

Para o efeito, organizou-se os questionários de forma sequencial e criou-se uma base de dados para as informações obtidas a partir dos inquéritos administrados aos alfabetizandos, em função das questões fundamentais contempladas nesta pesquisa. Os dados obtidos a partir dos inquéritos administrados aos alfabetizandos serão comparados com os dados do INSIDA (2009).

(i) Dez questões em torno da Avaliação do nível de conhecimentos sobre HIV, SIDA e DTS;

(ii) Doze questões em torno das atitudes e práticas dos alfabetizandos face ao HIV, SIDA e DTS. Para a análise e interpretação recorreu-se ao uso de cálculos percentuais aferindo os resultados em forma de gráficos, conforme indicado no capítulo 5, nas secções 5.1 e 5.2.

No que diz respeito aos alfabetizadores, as questões foram agrupadas em duas perspectivas:

(i) Formas de abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA em vigor nos programas curriculares de AEA;

(ii) Dificuldades encaradas pelos alfabetizadores ao longo do processo de ensino e aprendizagem no centro;

Conforme o indicado no capítulo 5 na secção 5.3, para melhor elucidar as respostas obtidas nas entrevistas semi-estruturadas pautou-se pelo tratamento estatístico descritivo dado o número reduzido dos entrevistados.

Obviamente, toda a pesquisa apresenta algumas limitações, as mesmas apresentam-se na secção seguinte.

4.6 Limitações do estudo e resultados esperados

Para este estudo, são apontadas as seguintes limitações:

- (i) Dificuldades do cumprimento dos prazos pré-estabelecidos, devido a factores profissionais, socio-económicos e indisponibilidade dos participantes do estudo;
- (ii) Dificuldades de leitura e escrita demonstradas pelos alfabetizandos do 1º e 2º níveis, tornando o processo muito moroso. Assim, a pesquisadora teve que redobrar esforços lendo cada uma das perguntas do questionário e de seguida explicar o significado da mesma;

(iii) Falta de habilidade no preenchimento dos questionários de múltipla escolha: Consequentemente, o processo levou muito tempo chegando, de algum modo, a comprometer os prazos.

(iv) Limitações de alguns inquiridos em dar respostas a algumas questões ligadas ao sexo, sendo que certas questões levantadas não foram respondidas na íntegra.

Para minimizar as limitações acima apontadas (ii, iii e iv) agrupou-se os alfabetizandos de acordo com as turmas e os respectivos turnos e de seguida exibiu-se as credenciais de autorização, o termo de consentimento (Anexo I). O termo de confidencialidade (Anexo II), onde se explica com detalhes os objectivos, os procedimentos, riscos/benefícios e a finalidade da pesquisa, tendo em conta o HIV, houve necessidade de incorporar-se questões ligadas ao sexo. A administração dos questionários foi feita no local e, decorreu a leitura minuciosa e preenchimento cuidadoso dos mesmos. No final, procedeu-se à recolha imediata dos questionários para evitar constringimentos.

Apesar destas limitações e tendo em conta o que acima foi referenciado, no fim da pesquisa espera-se esclarecer, como esperado o seguinte:

- (i) Nível de conhecimentos gerais, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA;
- (ii) Formas de abordagem dos conteúdos relacionados com o HIV e SIDA inseridos nos programas temáticos em vigor no Centro de Alfabetização ADECOMU/OPTAR;
- (iii) Dificuldades dos alfabetizadores na abordagem dos conteúdos relacionados com o HIV e SIDA.

Por conseguinte, acredita-se que a presente pesquisa possibilitou aferir as dificuldades que os alfabetizadores manifestaram na abordagem do tema HIV e SIDA nas aulas.

4.7 Considerações éticas

Antes da realização do trabalho, a pesquisadora fez um pedido de credenciais à Direcção da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane para solicitar a permissão à Direcção Pedagógica do Centro ADECOMU/OPTAR, local do estudo. Obtidas as credenciais, iniciaram as conversações com o coordenador do centro junto do elenco directivo e uma parte dos alfabetizadores e alfabetizandos de diferentes turnos, através da realização de visitas frequentes ao centro com o objectivo de conhecer melhor a população do estudo de modo a facilitar a rápida interacção no seio dos mesmos. Importa referenciar que antes da aplicação dos questionários e entrevistas foram observados alguns princípios deontológicos, a saber:

- (i) Todos os participantes foram informados oralmente e por escrito sobre os propósitos, características, duração e benefícios da pesquisa que se pretendia fazer (Anexo I);
- (ii) A participação no estudo foi de carácter voluntário, sendo que o questionário foi preenchido por indivíduos que após a explicação dos objectivos da pesquisa, aceitaram fazer parte da mesma (Anexo I);
- (iii) Os dados foram tratados de forma confidencial, garantiu-se o anonimato no acto de preenchimento dos questionários, para evitar constrangimentos que possam advir da exposição desnecessária destes (Anexo II). Terminado o processo, os mesmos foram identificados por números de acordo com o grupo a que pertencia cada elemento.
- (iv) Os participantes foram informados que a não participação no estudo não iria influenciar no seu aproveitamento pedagógico, e que as respostas do questionário têm como finalidade, a reformulação da abordagem sobre os conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao HIV e SIDA no seio dos jovens e adultos do Centro ADECOMU/OPTAR com vista a alcançar os objectivos traçados pelo Sector da AEA (Anexo I).

É de salientar que ao longo das entrevistas se deu a prerrogativa aos informantes para algumas rectificações ou acréscimos, caso fosse necessário

**CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS
RESULTADOS**

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é dedicado à análise e interpretação dos resultados fornecidos pelos questionários dos alfabetizandos e entrevistas feitas aos alfabetizadores, em que na primeira secção introdutória são indicados os conteúdos divididos em quatro partes (5.1), a segunda secção faz uma discussão exaustiva das questões aplicadas no questionário dos alfabetizandos sobre conhecimento sem relação ao HIV e SIDA (5.2), a subsecção (5.2.1) apresenta, uma avaliação interpretativa dos resultados dos questionários sobre o HIV e SIDA representando graficamente os resultados obtidos (5.1 à 5.10), a terceira faz referência à análise interpretativa dos resultados obtidos em relação às atitudes e práticas dos jovens e adultos face ao HIV e SIDA, ilustrando graficamente os dados (5.11 à 5.24), a quarta coloca e analisa as respostas dadas pelos alfabetizadores entrevistados relativamente aos conteúdos sobre o HIV e SIDA abordados no Centro (5.4), por fim a quinta subsecção (5.5) apresenta as respostas dadas pelos alfabetizadores em relação as dificuldades encaradas na abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA.

5.1 Introdução

Para a apresentação e análise dos resultados de maneira compreensível, dividiu-se o conteúdo em quatro partes tomando em consideração os seguintes aspectos:

- (i) Conhecimentos dos alfabetizandos sobre DTS, HIV e SIDA, em que se avalia o nível de conhecimento dos inquiridos com base nas respostas dadas às dez questões seleccionadas do questionário (vide p.57).
- (ii) Atitudes e práticas dos alfabetizandos face a DTS, HIV e SIDA, em que se apresenta uma análise e interpretação das respostas dadas pelos inquiridos a 12 questões seleccionadas e ligadas ao tema de pesquisa (vide p.69-70).
- (iii) Abordagem dos conteúdos do HIV e SIDA nos programas de ensino em vigor no centro de Alfabetização e Educação de Adultos ADECOMU/OPTAR, em que se apresenta a visão dos alfabetizadores sobre a matéria (vide o guião de entrevista anexo III na parte II).
- (iv) Uma breve conclusão sobre os resultados obtidos.

Neste capítulo é feita a análise interpretativa dos resultados fundamentando-os de acordo com as inferências obtidas para o universo considerado. Como se referiu no capítulo 4, os instrumentos usados para a recolha de dados consistiram em questionários e entrevistas. No questionário procurou-se colocar menor número de perguntas fechadas, uma vez que foi possível incorporar-se o essencial em torno do tema nas perguntas de múltipla escolha, permitindo que o respondente se enquadre e escolha a alternativa que melhor representa sua situação em concordância com os seus conhecimentos.

Em relação às entrevistas, predominaram perguntas abertas devido à natureza marcante do estudo qualitativo. Dos instrumentos usados, os questionários tiveram maior abrangência tendo sido estes destinados aos alfabetizandos do centro, já as entrevistas destinaram-se aos alfabetizadores para possibilitá-los na estruturação do seu ponto de vista.

Sintetizados os passos metodológicos do estudo, segue-se a análise dos dados obtidos nos dois grupos alvo, nomeadamente os alfabetizandos e os alfabetizadores fazendo a descrição comparativa das respostas dos mesmos.

5.2 Conhecimentos dos alfabetizandos sobre HIV/SIDA e DTS

A subsecção 5.2.1, que se segue, faz uma avaliação interpretativa e abrangente dos resultados obtidos nos questionários, relativamente ao nível de conhecimento dos inquiridos sobre DTS, HIV e SIDA, tendo a pesquisadora considerado 10 perguntas para o estudo. Estas questões permitiram captar o básico sobre o conhecimento que os jovens e adultos do centro de alfabetização possuem em relação ao HIV e SIDA. As questões a serem discutidas são tratadas maioritariamente ao longo do questionário de perguntas de múltipla escolha (anexoIV) dirigido aos alfabetizandos do centro. A pesquisadora vai discutir os resultados apresentados graficamente com os dados numéricos percentuais elucidativos, comparando-os de forma descritiva com as respostas fornecidas pelos alfabetizadores ao longo das entrevistas semi- estruturadas (anexo III).

Segue-se a apresentação sequencial das 10 perguntas sobre o conhecimento básico em relação ao HIV e SIDA retiradas do questionário (anexo IV), que foi aplicado aos alfabetizandos de ambos os sexos e faixas etárias diferentes no centro de alfabetização ADECOMU/OPTAR, nomeadamente:

Perg.1) Como se chama o agente causador do SIDA?

Perg.2) Quais as doenças relacionadas com HIV e SIDA mais frequentes?

Perg.3) Como é que alguém pode desconfiar da presença de uma DTS?

Perg.4) O SIDA tem cura?

Perg.5) Qualquer pessoa pode apanhar SIDA?

Perg.6) Como é que uma pessoa pode apanhar o HIV e SIDA?

Perg.7) Onde se pode fazer o teste de HIV?

Perg.8) Para que é se usa o preservativo ou camisinha?

Perg.9) Onde é que se pode obter os preservativos?

Perg.10) Onde você ouve ou lê informação sobre HIV e SIDA?

Os dados obtidos do questionário aplicado aos alfabetizandos (anexo IV) revelam, no geral, que os inquiridos possuem conhecimento abrangente sobre DTS, HIV e SIDA. Pode-se observar ao longo dos gráficos um elevado número de respostas com as percentagens que rondam cerca de 90,4% de respondentes a indicarem o vírus como agente causador do SIDA (Gráfico 5.1, p. 60); 75% de respondentes indicaram a tuberculose como sendo um sinal de infecção pelo HIV (Gráfico 5.2, p. 61); 63,5% de respondentes sabem que SIDA não tem cura (Gráfico 5.4, p. 63), entretanto cerca de 84,6% responderam positivamente que qualquer indivíduo pode contrair o vírus de HIV (Gráfico 5.5, p.64). No que tange ao uso do preservativo, foi observado que o preservativo está directamente ligado à prevenção do HIV/SIDA, como mostra a resposta dada pelos inquiridos com uma maioria significativa de 82,7% (Gráfico 5.8,p.67).

As tendências destas respostas dadas às 10 perguntas são indicadoras sustentáveis deste nível de conhecimento considerado abrangente para esta camada jovem e adulta, uma vez

que as respostas também são confirmadas na avaliação feita pelos alfabetizadores em relação ao nível de conhecimento dos seus educandos que o consideraram suficiente e básico como é testemunhado pelo discurso da alfabetizadora entrevistada no Centro, que enalteceu sem rodeios a seguinte frase:

O nível de conhecimento dos jovens é suficiente e básico, pois eles tem um certo conhecimento em relação ao HIV e SIDA, mas há junção dos mitos que eles trazem de casa. No centro tenta-se minimizar esses mitos.

Embora o conhecimento seja muitas vezes insuficiente para produzir uma mudança de comportamento de longa duração, um entendimento correcto dos riscos do HIV e de como prevenir a transmissão constitui um requisito prévio da redução de risco. Dados do relatório sobre a Epidemia Global do SIDA (2008) mostram que alguns estudos realizados em 64 países indicam que 40% de indivíduos do sexo masculino e 38% do sexo feminino dos 15 aos 24 anos tinham um conhecimento exacto e abrangente sobre o HIV e como evitar a sua transmissão.

Há uma melhoria em especial para as mulheres em relação aos níveis de conhecimento registados em 2005, altura em que 37% de indivíduos de sexo masculino e 28% de sexo feminino possuíam um conhecimento básico sobre o HIV. Os níveis registados em 2007 continuam bem abaixo do objectivo da declaração de compromisso de garantir um conhecimento abrangente do HIV em 95% dos jovens até 2010.

O mesmo estudo mostrou que mais de 70% dos jovens do sexo masculino sabem que o preservativo pode protegê-los da exposição ao HIV, apenas 55% das jovens do sexo feminino citam o uso do preservativo como uma estratégia de prevenção eficaz.

Contudo, fazendo uma análise exhaustiva dos resultados obtidos no presente estudo comparativamente aos apresentados pelo ONUSIDA (2008), pode-se acreditar, que houve um avanço visível na aquisição de conhecimentos básicos sobre o HIV e SIDA no que diz respeito ao grupo alvo que participou no presente estudo, constituindo desta forma esperança no alcance dos objectivos do milénio em relação ao combate do HIV e SIDA, a malária e outras doenças que assolam a camada jovem e adulta no país.

5.2.1 Análise e Interpretação dos Resultados do Questionário Sobre o HIV e SIDA

Em relação à componente conhecimentos fez-se uma interligação com algumas perguntas do questionário (Anexo IV) que foi aplicado a 52 alfabetizandos sendo a maioria do sexo feminino (90.4%) contra (10.6%) do sexo masculino. Foi possível avaliar o nível de conhecimentos dos alfabetizandos do Centro em torno da temática do HIV e SIDA com base nas respostas obtidas. A seguir representa-se graficamente os resultados do estudo em forma de construção gráfica (de 5.1 a 5.10).

Na questão a) “Como se chama o agente causador do SIDA?” por exemplo, uma maioria significativa (90,4%) dos respondentes apontou o *vírus* como sendo o agente causador do SIDA, os dados estão ilustrados no (Gráfico 5.1). Para o presente estudo, a percentagem de 90,4% reflecte que os alfabetizandos do Centro de Alfabetização têm informação e conhecimento básicos sobre o agente causador do SIDA e tem consciência da existência do HIV, ou seja, não lhes falta informação suficiente e pertinente que possa conduzi-los a procedimentos correctos nas suas actividades sexuais. O mesmo resultado revela um indicativo favorável para os alfabetizadores do Centro, pois estes têm-se empenhado em passar informação aos seus alfabetizandos em forma de palestra, dança, teatro e filmes uma vez por semana, segundo as respostas dadas pelos alfabetizadores ao longo da entrevista.

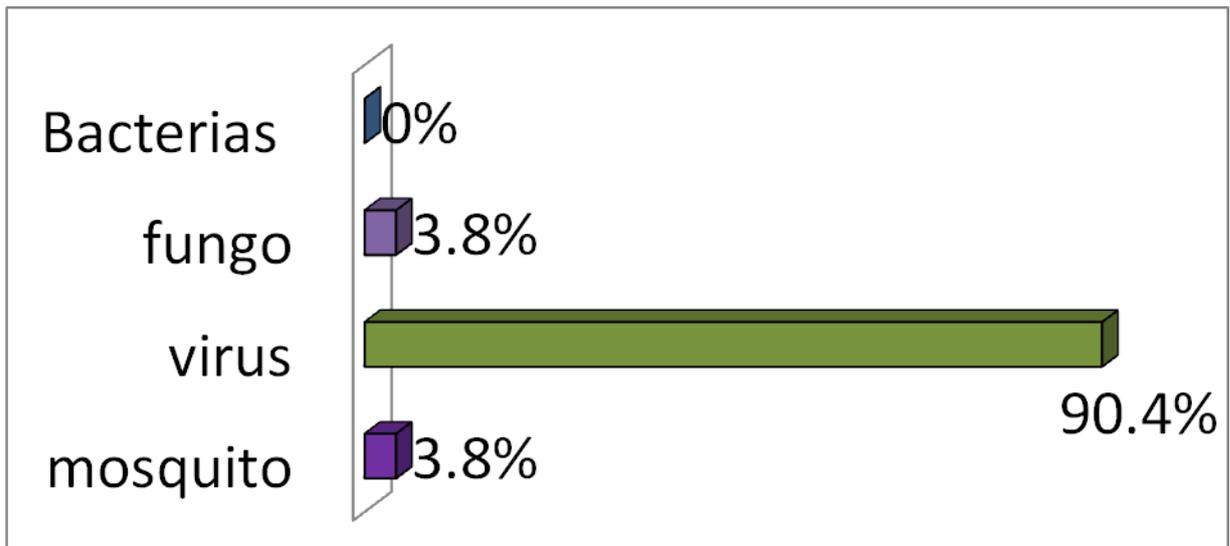


Gráfico 5.1-Como se chama o agente causador do SIDA?

Na questão b) “Quais as doenças, relacionadas com HIV e SIDA, mais frequentes?” encontrou-se uma variedade de opções de respostas dadas pelos inquiridos, no entanto a

mais citada foi a tuberculose (75%) e seguida de dores e emagrecimento (69,2%), como mostra mais abaixo o Gráfico 5.2.

Importa salientar que a tuberculose (TB) constitui um problema sério de saúde pública em Moçambique, pois continua a ser a infecção oportunista mais comum nas pessoas que vivem com o HIV e SIDA, incluindo as que se encontram em tratamento antiretroviral. O HIV e SIDA ainda constitui uma das grandes causas de óbitos nos países africanos e particularmente em Moçambique. A TB é vista como sendo negligenciada pela observância de cumprimento das regras tradicionais, pois, muitas populações moçambicanas têm o hábito de se deslocar em primeiro lugar aos praticantes da medicina tradicional em busca de tratamento, facto que contribuí para o atraso na procura dos serviços de saúde e aumento da disseminação dos casos levando a complicações graves que podem levar à morte principalmente nas pessoas vivendo com HIV(PEN II 2010-2014).

A observância das regras tradicionais na busca do tratamento da tuberculose devem ser tomadas em consideração nesta pesquisa apesar das respostas satisfatórias dadas pelos inquiridos, uma vez que a população abrangida pelo estudo é composta por uma diversidade de indivíduos com certos hábitos e costumes adversos. Por isso, deve dar-se uma maior atenção a este grupo alvo dos alfabetizandos.

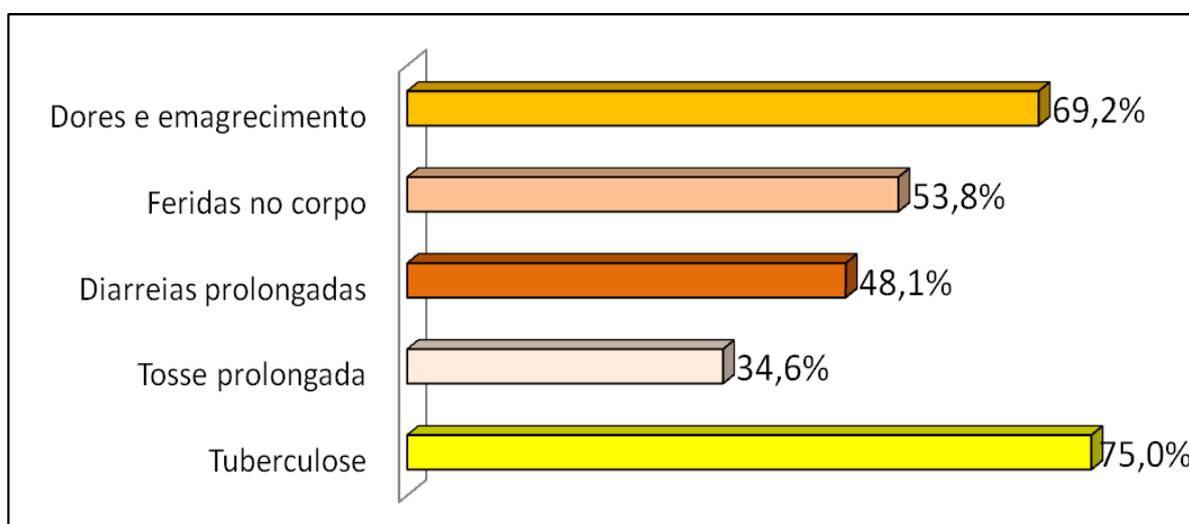


Gráfico 5.2 - Quais as doenças, relacionadas com HIV e SIDA, mais frequentes?

Na questão c) “Como é que alguém pode desconfiar da presença de uma DTS?” das respostas dadas encontrou-se opções que são, de facto, os sintomas de DTS. A mais referida foi a opção “presenças de feridas no sexo” com 71.2%, segue-se três respostas com proporções muito próximas, corrimento na vagina/pênis, comichão no sexo, dores ao fazer xixi (59,%, 55,8%, 55,8% respectivamente). O gráfico 5.3 ilustra estes dados.

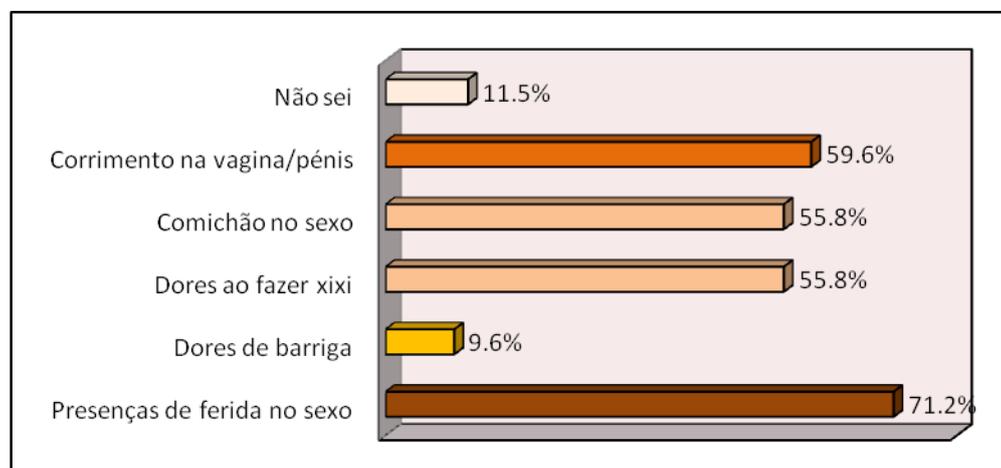


Gráfico 5.3 - Como é que alguém pode desconfiar da presença de uma DTS?

As respostas apontadas nas questões b) e c) pelos inquiridos mostram que o conhecimento sobre as doenças ligadas ao HIV e SIDA bem como a presença de DTS nos indivíduos é sólido e abrangente de acordo com as percentagens indicadas nos gráficos 5.2 e 5.3. Este facto mostra que os alunos possuem a capacidade de identificar os sintomas externos e internos no seu corpo, sendo assim benéfico para a sua saúde, a dos seus familiares, amigos e da comunidade onde estão inseridos.

É de salientar que para o estudo este resultado é de grande valia, partindo do pressuposto de que, uma vez identificados atempadamente os sintomas, mais rápida será a procura de serviços hospitalares para o diagnóstico precoce e o seguimento do tratamento médico rápido e eficaz para a variedade de doenças oportunistas a que as pessoas “seropositivas” estão potencialmente vulneráveis.

Torna-se indispensável sensibilizar esta camada jovem sobre a importância da deteção precoce e tratamento das ITS (Doenças de Transmissão Sexual, vulgarmente conhecidas por DTS) incluindo os contactos, integrando as actividades de comunicação para as ITS nas estratégias de comunicação para o HIV em vigor nos programas educacionais traçados

no centro de alfabetização pois, vários estudos efectuados a posterior pela (CNCS, UNAIDS e GAMET,2009) mostraram que as infecções transmitidas sexualmente (ITSs) por ocorrerem através das relações sexuais são mantidas no segredo das intimidades, por se considerar culturalmente embaraçoso lidar com elas.

É assim que frequentemente as pessoas preferem sofrer no silêncio ao invés de procurar cuidados médicos. No entanto, sem tratamento, elas podem causar graves problemas de saúde, inclusive dor constante, infertilidade, problemas na gravidez, abortos, cancro e morte. Por isso, torna-se imperiosa a monitoria e avaliação sistemática das actividades desta componente no Centro de Alfabetização, apesar de os inquiridos terem mostrado certa capacidade na identificação dos sintomas.

Relativamente à questão **d)** “sobre se o SIDA tem cura”, apesar de a maioria dos inquiridos (63,5%) considerar não ter cura, para a presente pesquisa é preocupante uma parte dos alfabetizandos inquiridos revelar que o SIDA tem cura e ainda, haver alguns que não sabem se tem cura ou não, tendo em conta as campanhas/publicitárias de informação sobre a doença feitas pelos diversos meios de comunicação e pelos alfabetizadores do Centro durante as palestras e actividades culturais. A tendência deste tipo de respostas mostra que as mensagens transmitidas não são devidamente compreendidas nos diferentes contextos sociais e culturais dos alfabetizandos, tornando-se necessário implementar novas estratégias de comunicação atentas às características do grupo alvo. O gráfico 5.4 ilustra esta situação.

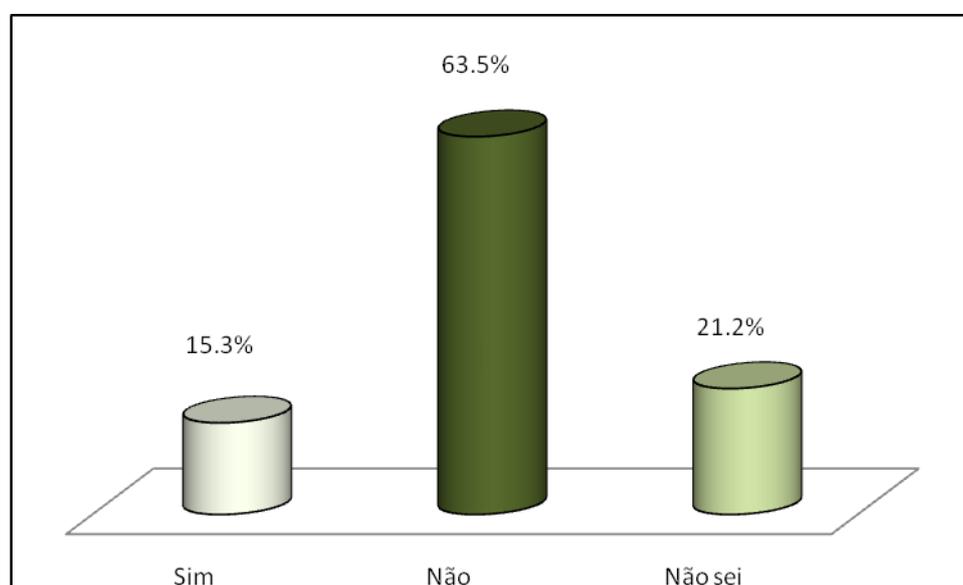


Gráfico 5.4 - SIDA tem cura?

Na questão e) “Qualquer pessoa pode apanhar SIDA?”, o nível de respostas “sim” (84,6%) revela um nível satisfatório de conhecimento sobre esta pandemia por parte dos participantes. Os mesmos conseguem ver que o SIDA não escolhe ninguém, ou seja, qualquer pessoa pode apanhar HIV e SIDA independentemente da cor, étnia, sexo, idade, religião, nível académico. O gráfico 5.5 mostra esta situação.

De um modo geral, esta percentagem de 84.6% revela para este estudo que pelo menos os alunos do centro estão cientes que o vírus de HIV pode infectar qualquer indivíduo, independentemente do seu estatuto sócio-económico, e assim sendo a melhor forma de defesa pessoal seria a abstinência sexual, a fidelidade, relações sexuais mais seguras usando o preservativo ou ainda para maior segurança retardar o início de suas relações sexuais em benefício da prevenção individual desta camada jovem e adulta.

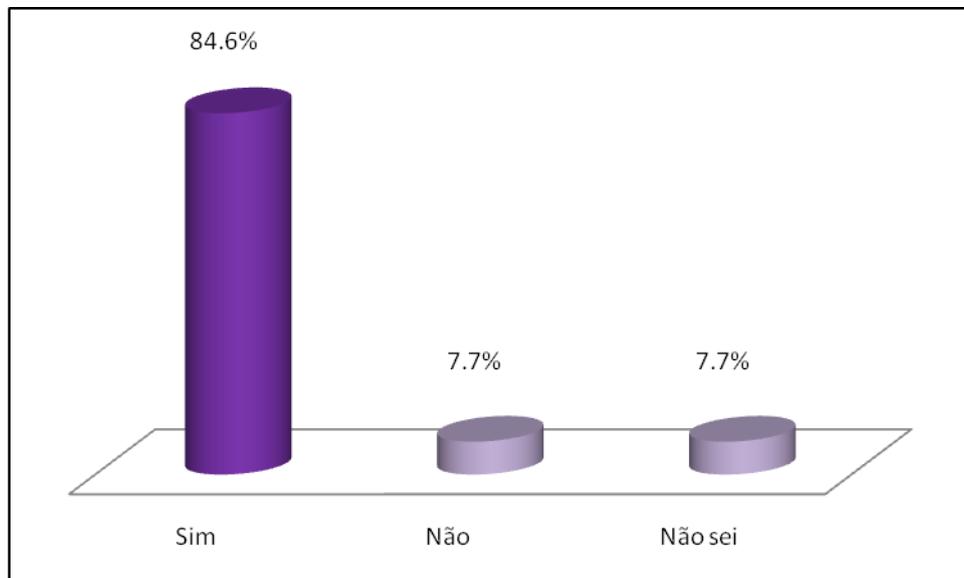


Gráfico 5.5 - Qualquer pessoa pode apanhar SIDA?

Na pergunta f) “Como uma pessoa pode apanhar o HIV e SIDA?”, constatou-se que os participantes também revelaram ter um conhecimento exacto sobre as formas de contaminação pelo HIV. Com efeito, quatro formas de contaminação “correctas” foram mais citadas: “receber sangue contaminado (84,6%), usar mesmas lâminas, agulhas de injeções, máquinas de barbear de outras pessoas” (78,8%), “tendo relações sexuais sem preservativo” (69,2%) e “de mãe para o filho durante a gravidez, parto e amamentação”. O gráfico 5.6 ilustra esta variedade de respostas dadas pelos inquiridos. Porém, é de sublinhar

que as formas de contaminação indicadas neste estudo são das mais básicas e comuns atendendo o nível de escolaridade dos participantes.

Utilizando uma abordagem focalizada na compreensão e fortalecimento da componente “formas de contaminação”, ao longo do presente estudo, observou-se que há necessidade de os alfabetizadores abordarem durante as actividades locais do centro outros factores sócio-culturais inerentes à esfera sexual que contribuem para o risco de contaminação, tais como os rituais de purificação sexual da viúva, tratamentos nos curandeiros que envolvem o uso de objectos cortantes, e o recurso aos produtos vaginais para secar a vagina e proporcionar uma maior fricção no acto sexual aumentando desde modo o risco de contaminação pelo vírus do HIV. Estas e outras práticas devem ser percebidas pelos alfabetizandos de ambos os sexos como sendo inadequadas podendo colocar as suas vidas em risco.

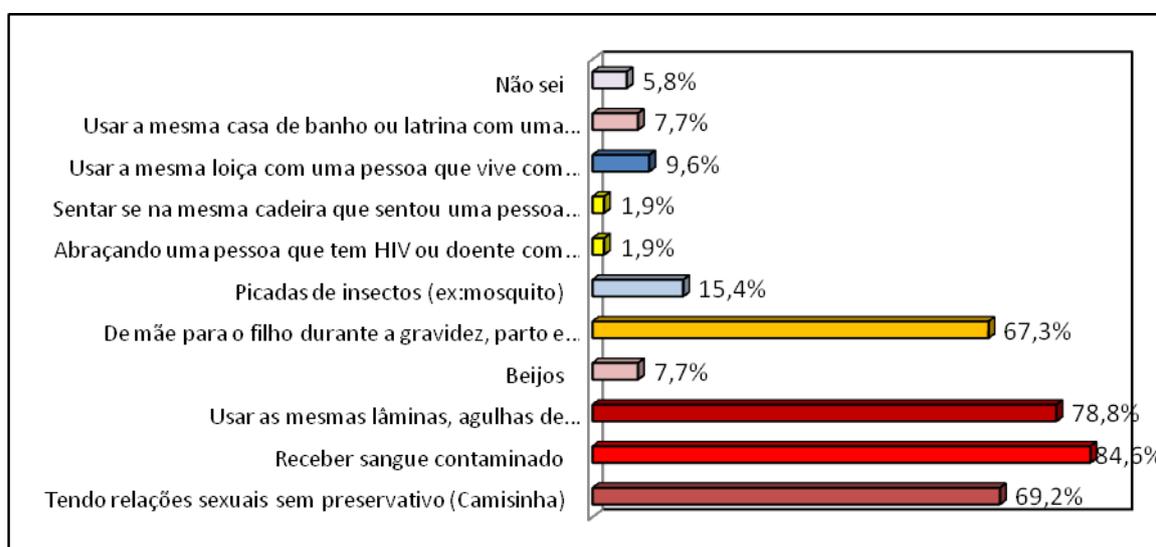


Gráfico 5.6 - Como uma pessoa pode apanhar o HIV e SIDA?

Relativamente à pergunta g), que aponta “os sítios onde se pode fazer o teste de HIV”, constatou-se que são sobejamente conhecidos pela maioria dos participantes, sendo que o mais apontado foi “em qualquer unidade sanitária (Hospital, Centro de Saúde e Clínica) com 84,6%. O gráfico 5.7 ilustra a variação das respostas dadas pelos inquiridos.

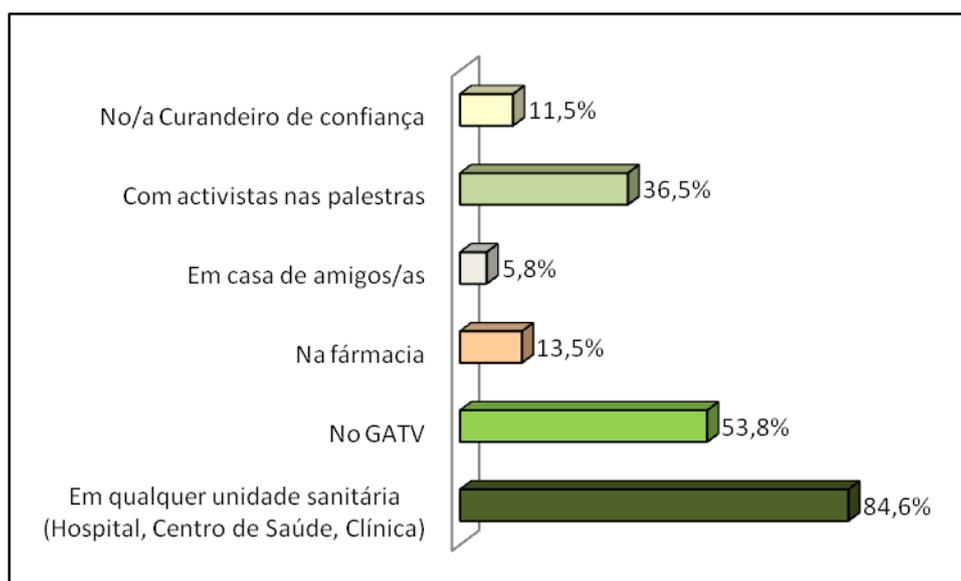


Gráfico 5.7 - Onde se pode fazer o teste de HIV?

Contudo, para a pesquisa em curso, é curioso, o comportamento apresentado pelos inquiridos que, apesar de conhecerem perfeitamente os locais aonde se dirigir para o despiste do HIV, 25% deles nunca terem feito a testagem (vide as percentagens ilustradas no gráfico 5.9 da secção 5.2 sobre as “Atitudes e práticas”). Os mesmos alegam “Medo de conhecer o seu estado serológico de seropositivo” de acordo com as respostas obtidas na secção 5.2 (vide a percentagem de 17,3% ilustrada no gráfico 5.11). Este facto contraditório deixa muito a desejar, partindo do princípio que os alfabetizados não se dirigem em massa aos locais de testagem por causa do medo, insegurança e consequências que advêm dos diferentes tipos de resultados. Este facto leva-os a viver um futuro incerto.

Na questão **h)** “Para que é que se usa o preservativo ou camisinha?”, sabe-se que o uso consistente do preservativo nas relações sexuais é um elemento indispensável na redução das novas infecções, sobretudo em jovens e num contexto em que os parceiros múltiplos e concomitantes são um dos factores propulsores da epidemia. O uso do preservativo na última relação sexual é um dos indicadores da mudança comportamental para a prática de sexo seguro.

No presente estudo, o uso do preservativo é geralmente visto como estando directamente ligado à prevenção do HIV e SIDA, como mostra a resposta dada pelos inquiridos: “para evitar o HIV e SIDA” com uma maioria significativa de 82,7%. De seguida apresenta-se duas opções que têm sido as preferidas por participantes deste estudo sobre o uso do

preservativo. Refere-se às opções “para evitar DTS” (esta opção está muito próxima de “para evitar o HIV e SIDA”, uma vez existir uma forte associação entre DTS e HIV e SIDA) com 69,2% e “para evitar a gravidez” com 65,4%. É importante salientar que a mesma prática de uso de preservativo pode estar associada, nalguns casos, sobretudo entre mulheres, a três finalidades (evitar HIV, DTS e gravidez), orientadas com maior ênfase para atitudes e comportamentos seguros face à epidemia do HIV e SIDA (INSIDA, 2009).

Em Moçambique, estudos como os do CNCS et al. (2009) mostram tendências de fraco e/ou não uso do preservativo, ligado a questões de discordância entre cônjuges, barreiras culturais e religiosas e a dinâmica de relações desiguais entre homens, mulheres, sejam eles jovens ou adultos. Para além disso, a experiência de implementação do PEN II revelou pouca divulgação e acesso ao preservativo feminino colocando a mulher em maior desvantagem na procura de relações sexuais com protecção.

Entretanto, para responder a este desafio, a estratégia preconizada pelo Centro de Alfabetização onde decorreu o estudo foi a distribuição gratuita do preservativo masculino a todos os níveis e, curiosamente, excluía-se a distribuição do preservativo feminino para o mesmo grupo alvo. Observou-se no local do estudo a ausência da promoção do uso do preservativo feminino acompanhada de iniciativas de comunicação educativa para que jovens e adultos do centro compreendam que o preservativo é um factor de prevenção que deve ser usado de forma responsável e com respeito mútuo em ambos os sexos. O gráfico 5.8 mostra esta variedade de opções que leva os inquiridos a usar o preservativo.

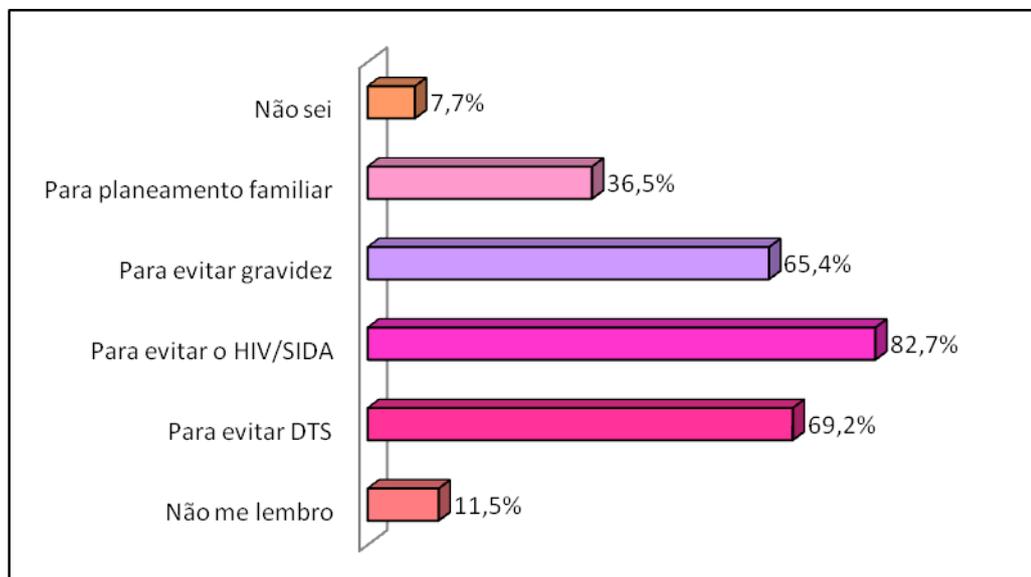


Gráfico5.8 - Para quê é que se usa o preservativo ou camisinha?

De acordo com as respostas dadas pelos inquiridos à pergunta **i)** “Lugares onde se pode obter os preservativos”, existe uma diversidade de locais, sendo os mais comuns as farmácias, indicadas por 82,7% dos participantes e as unidades sanitárias (Hospital, Centro de Saúde e Clínica) por 75%, como ilustra o gráfico 5.9. Os lugares para a obtenção do preservativo são sobejamente conhecidos pela maioria dos inquiridos (75%) neste estudo, que indicou as unidades sanitárias e o acesso do mesmo é gratuito e a frequência nesses lugares é quase que sistemática.

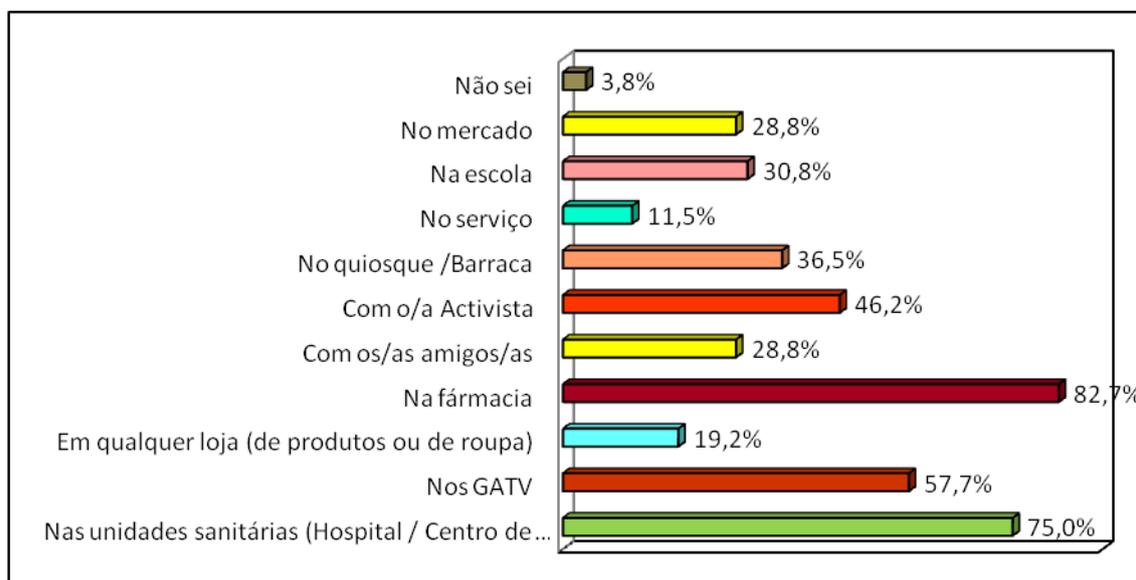


Gráfico 5.9 - Onde se pode obter os preservativos?

Pondo fim às questões sobre o conhecimento, perguntou-se aos alfabetizados “**j)** Onde você ouve ou lê informação sobre HIV e SIDA?”

No geral, indivíduos que se encontram mais próximos dos meios de comunicação social têm maior probabilidade de ouvir falar de campanhas e programas de informação, educação e comunicação para o combate ao HIV e SIDA. No presente estudo, os inquiridos jovens e adultos de ambos os sexos já ouviram falar de programas e campanhas informativas sobre HIV e SIDA por via televisão (86,5%). Outros meios também foram citados como rádio (67,3%) e panfletos/cartazes (51,9%), conforme ilustra o gráfico 5.10.

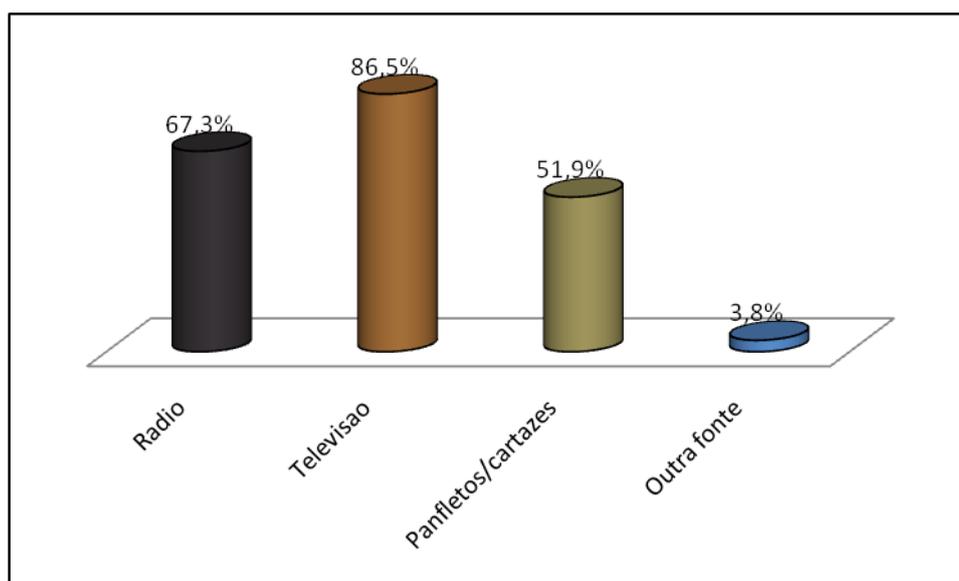


Gráfico 5.10 - Onde você ouviu ou lê informação sobre HIV e SIDA?

Os dados acima indicados mostram que no meio urbano a televisão e a rádio exercem um forte impacto na divulgação de informação sobre HIV e SIDA. Comparativamente, os dados do estudo realizado pelo INSIDA (2009) mostraram também que há uma proporção maior de adultos das áreas urbanas que já ouviram falar dos programas ou campanhas de HIV e SIDA comparativamente às áreas rurais. Entre as mulheres, 60% das que vivem nas áreas urbanas afirmaram ter ouvido falar das campanhas ou programas de luta contra o HIV e SIDA, contra 32% das áreas rurais. 77% dos homens nas áreas urbanas já ouviram falar de programas e campanhas sobre o HIV e SIDA, comparativamente a 52% dos homens das áreas rurais.

Olhando para os resultados obtidos no estudo, torna-se imperioso contextualizar os conteúdos das abordagens dos programas educativos sobre o HIV e SIDA continuamente de forma estruturada, sistematizada, atento às dinâmicas do género e fazendo uso dos múltiplos meios e canais de comunicação disponíveis a nível comunitário, familiar e interpessoal.

5.3 Atitudes e práticas dos inquiridos face às DTS e ao HIV e SIDA

Para avaliar as atitudes e práticas dos inquiridos face às DTS, HIV e SIDA tomou-se como base 12 perguntas selecionadas do questionário (anexo IV), que foi aplicado aos alfabetizandos do centro de alfabetização ADECOMU/OPTAR:

Perg.1) Com que idade teve a sua primeira relação?

Perg.2) O que faz quando desconfia que tem uma DTS?

Perg.3) Teve alguma relação sexual nos últimos 3 meses?

Perg.4) Se sim, com quantos parceiros usou o preservativo?

Perg.5) Qual foi a principal razão para não ter usado o preservativo na sua última relação sexual?

Perg.6) O que é que uma pessoa pode fazer para evitar doenças de transmissão sexual (DTS)?

Perg.7) Quais das seguintes formas de prevenção do HIV e DTS são as melhores para si?

Perg.8) Alguma vez já pensou em fazer o teste de HIV?

Perg.9) Se sim, quantas vezes já fez o teste de HIV?

Perg.10) Qual é a razão que o (a) levou a fazer o teste de HIV?

Perg.11) Qual é a principal razão para não fazer o teste de HIV?

Perg.12) Tente imaginar o que faria se soubesse que tem vírus do SIDA (se estivesse infectado/a).

Terminada a sequência das perguntas sobre as atitudes e práticas dos jovens e adultos do centro face ao HIV e SIDA, segue-se a análise e interpretação dos resultados obtidos do questionário aplicado a este grupo alvo. A análise e interpretação são feitas de forma agrupada e de acordo com a similaridade das perguntas acima enumeradas.

5.3.1 Análise e interpretação dos resultados do questionário em relação às atitudes e práticas dos jovens e adultos face ao HIV e SIDA

Relativamente às atitudes e práticas dos jovens e adultos face ao HIV e SIDA, verificou-se que cerca de 28,8% respondeu ter tido a sua primeira relação sexual aos 18 anos, esta idade foi considerada por muitos como sendo a ideal.

A percentagem acima citada é encorajadora comparativamente ao estudo realizado pelo INSIDA (2009), no qual as percentagens obtidas mostraram que cerca de 26% das mulheres dos 20-49 anos tiveram relações sexuais antes dos 15 anos. Para os homens, nos grupos etários mais jovens o início da actividade sexual foi mais cedo com 27% dos homens de 15-19 anos reportando a prática de relações sexuais antes dos 15 anos, comparado a somente 10% nos 40-49 anos.

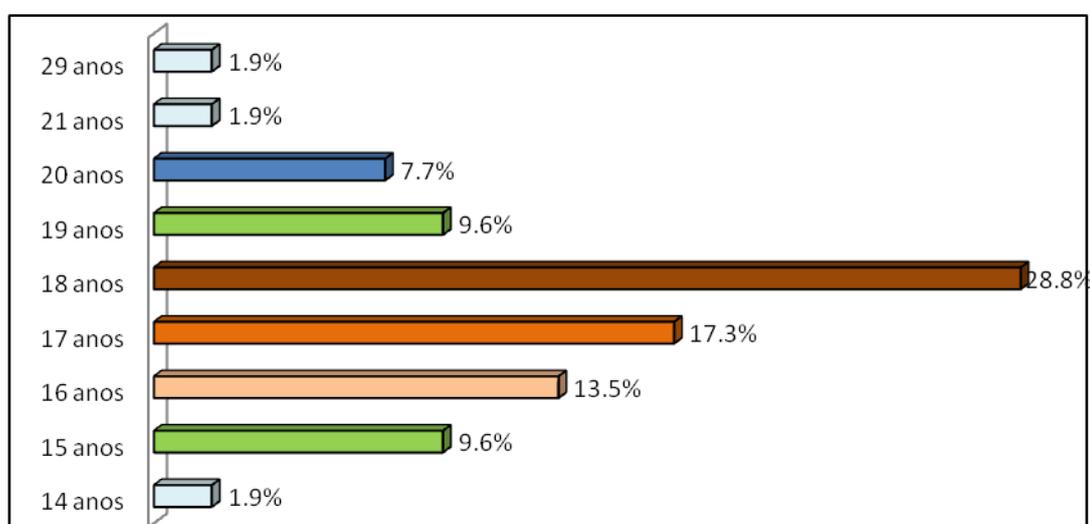


Gráfico 5.11 - Com que idade teve a sua primeira relação sexual?

Ao longo do intercurso sexual vão surgindo algumas doenças que, de alguma forma perigam a vida das pessoas como são os casos de DTS e HIV. Assim, há necessidade de se repensar nas práticas sexuais das camadas jovens. As doenças de transmissão sexual (DTS) constituem um dos fortes indicadores de desconfiança da presença de HIV.

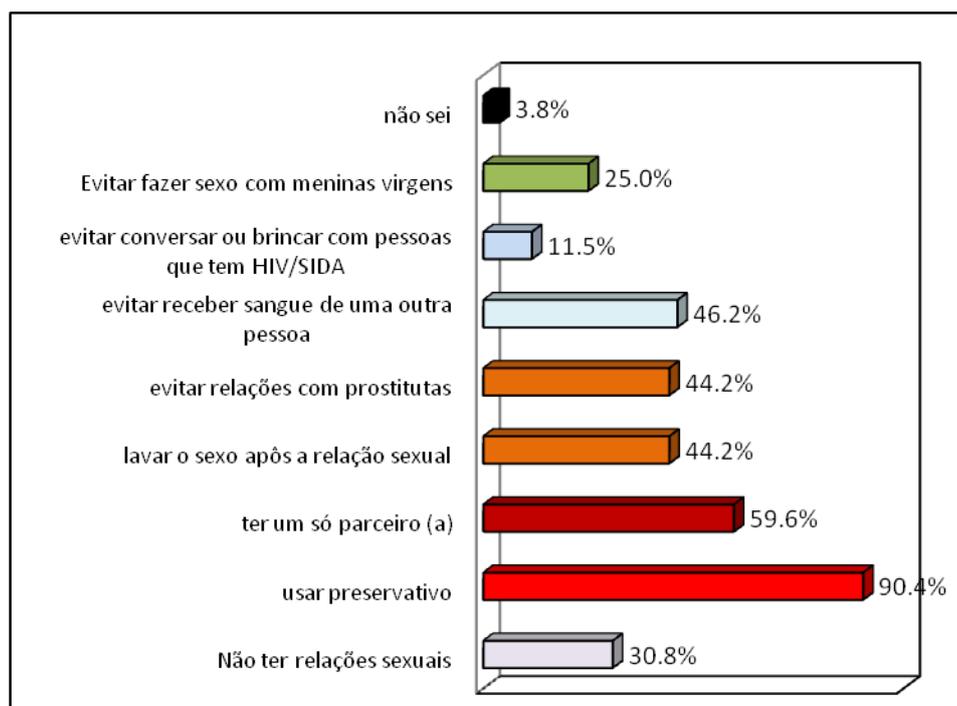


Gráfico5.12 - O que é que uma pessoa pode fazer para evitar doenças de transmissão

Normalmente, a presença de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DTS) é um factor facilitador para a entrada do vírus do HIV no organismo humano. Dentre os suportes de apoio que se destacaram no presente estudo, os inquiridos apontaram: Médico, enfermeiro (88,5%) e companheiro (75,0%)(veja o gráfico 5.13).

É fundamental que os jovens e adultos do centro de alfabetização tenham uma adequada percepção dos riscos de contaminação pelo vírus de HIV, pois isto certamente aumentará a possibilidade efectiva e concreta na mudança de comportamento. A mudança deve ser dada em direcção ao autocuidado, incorporando e absorvendo informações na perspectiva de reduzir comportamentos de risco.

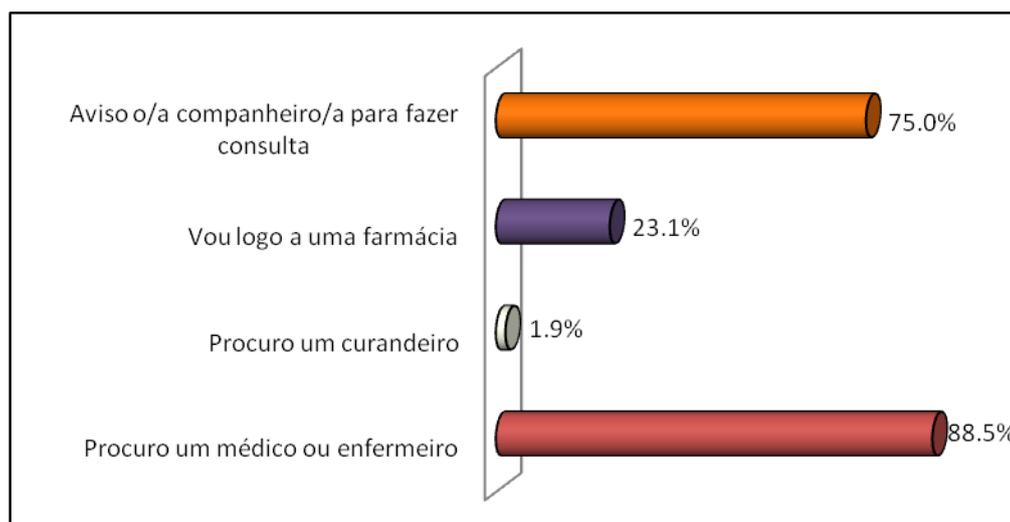


Gráfico 5.13 - O que faz quando desconfia que tem uma DTS?

A intensa actividade sexual dos jovens, associada a práticas sexuais consideradas de risco continua a ser um dos calcanhares de Aquiles para os que trabalham na área do HIV e SIDA; devido às dificuldades de vária ordem que estes enfrentam para conseguir diminuir a actividade sexual nesta fase, a única alternativa commumente avançada para evitar a contaminação pelo HIV e SIDA tem sido o uso generalizado do preservativo em todas as relações sexuais. Contudo, neste estudo, por exemplo, dos 67,7% dos inquiridos que afirmaram ter tido alguma relação nos últimos três meses, 36,5% disseram ter usado preservativo. Os gráficos 5.14 e 5.15 ilustram esta situação.

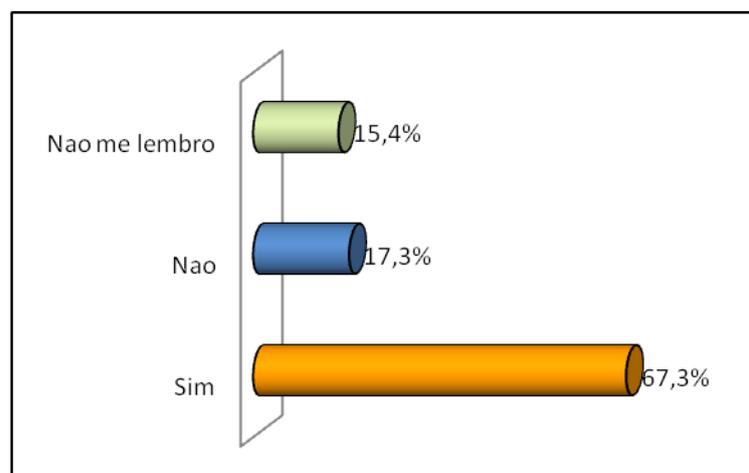


Gráfico 5.14 - Teve alguma relação sexual nos últimos 3 meses?

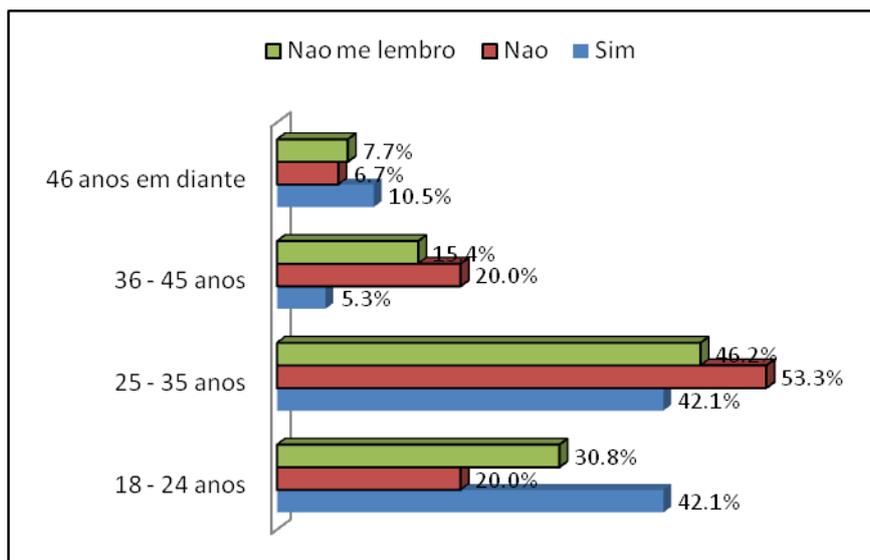


Gráfico 5.15 - Respostas dadas em diferentes faixas etárias.

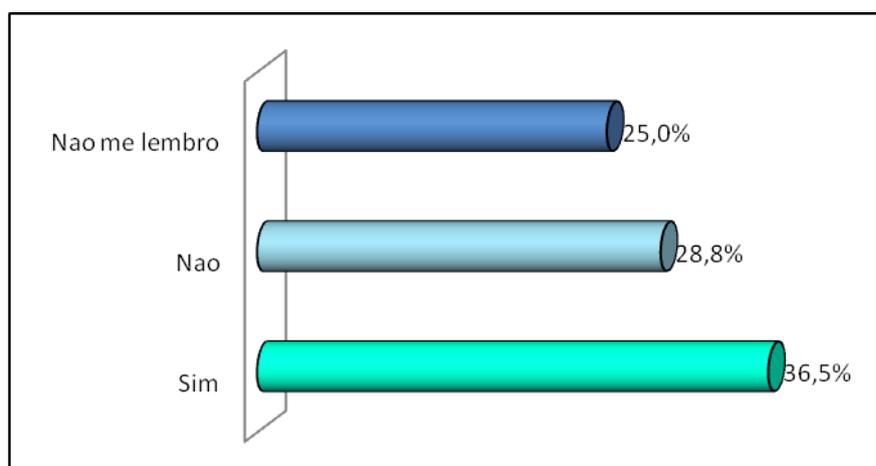


Gráfico 5.16 - Se sim, terá usado preservativo (camisinha) nessa última relação sexual

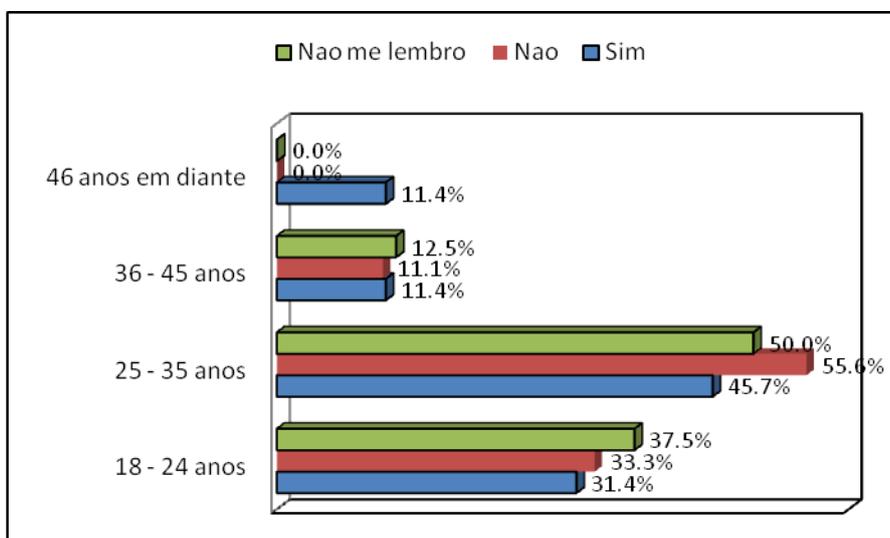


Gráfico 5.17 - Respostas dadas em diferentes faixas etárias

Ainda questionados sobre as causas do não uso do preservativo, os inquiridos alegaram, na sua maioria, razões de confiança tanto em relação ao parceiro que estava apaixonado (21,2%) como “por ser meu/minha marido/esposa” (13,5%). O gráfico 5.16 mostra as diferentes motivações que levaram os inquiridos a não usarem preservativo.

Em relação à percentagem de 21.2% de indivíduos que afirmaram neste estudo não terem usado o preservativo na sua última relação pelo facto de conhecerem o seu parceiro e estarem apaixonados, esta justificação não é plausível para se optar por comportamentos de alto risco que podem perigar suas vidas tratando-se de relações recentes, ou seja, esta atitude mostra, que algo está a falhar no aspecto comportamental destes jovens do Centro, pois o uso de preservativo é deveras importante na prevenção da infecção por HIV, gravidez e outras ITS, principalmente entre as pessoas sexualmente activas independentemente do nível de confiança existente entre os parceiros.

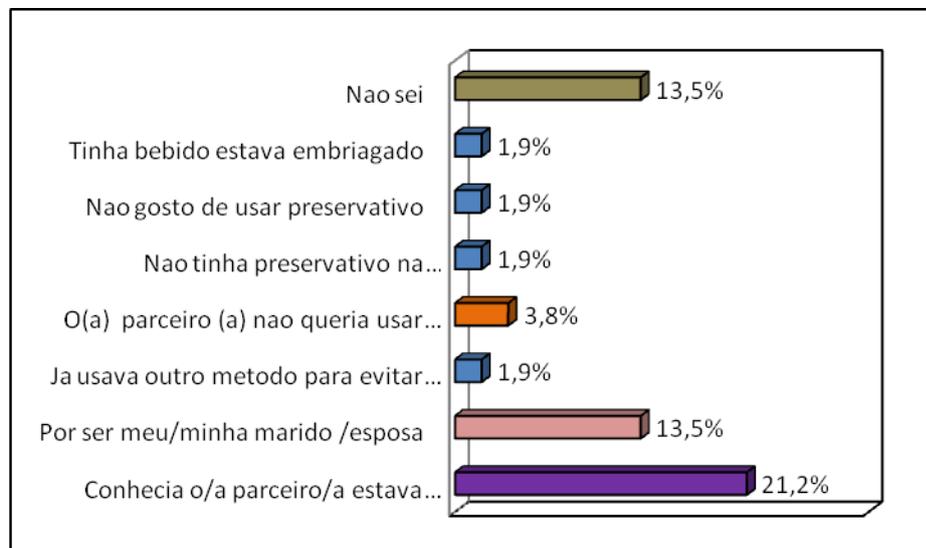


Gráfico 5.18 - Qual foi a principal razão para não ter usado o preservativo na sua última relação sexual?

Os participantes deste estudo, apesar de terem revelado que 25,0% usam preservativos (vide gráfico 5.19) para evitar doenças de transmissão sexual (DTS), os mesmos consideram que a melhor forma de prevenção seria o “ser fiel ao seu parceiro/a” (50%). Não parece existir aqui uma contradição nas duas questões, mas uma contradição em termos de atitude das pessoas (predisposição para agir) – “aquilo que é melhor para mim” e a prática (aquilo que a pessoa faz na verdade). O uso de preservativo surge, na maioria dos casos, como uma solução para a impossibilidade de muitos (jovens bem como adultos) serem fiéis aos seus parceiros.

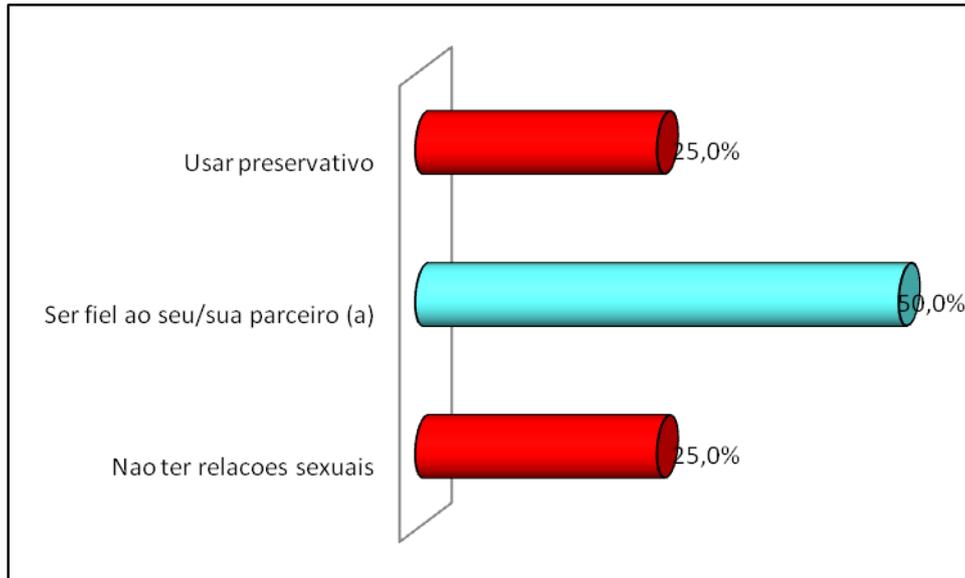


Gráfico 5.19 - Quais das seguintes formas de prevenção do HIV e DTS são as melhores para si?

Para além das atitudes e práticas face à prevenção, existe uma questão que tem preocupado a todos que se envolvem ou não numa relação sexual, que é de saber o seu verdadeiro estado serológico relativamente ao HIV. Logicamente, o medo surge, sobretudo, pelo facto de não se ter a certeza sobre o tipo de comportamento sexual assumido por outro. Com efeito, grande parte dos inquiridos (88,5%) já pensou alguma vez em fazer o teste como mostra o gráfico 5.20.

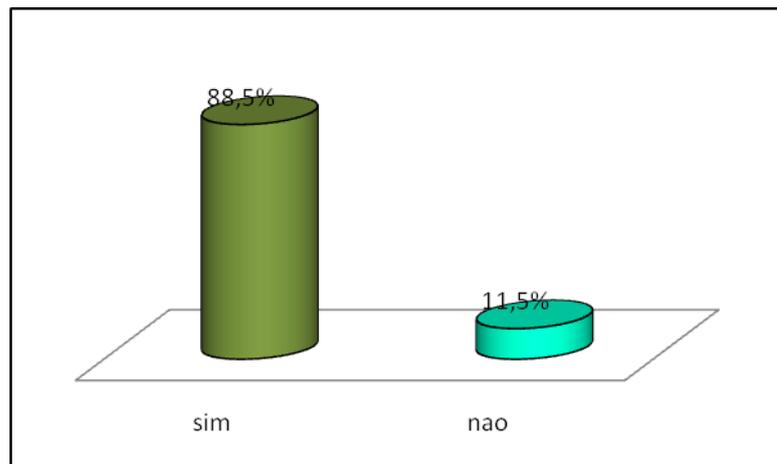


Gráfico 5.20 - Alguma vez já pensou em fazer o teste de HIV?

No presente estudo verificou-se que a proporção dos que já fizeram o teste é maior (23, 1% uma vez, 19,2% duas vezes, 17,3% três vezes, 3,8% quatro vezes, 3,8% cinco vezes e 1,9% seis vezes). Mas uma minoria dos inquiridos revelou nunca ter feito o teste (25%).

Entretanto, a atitude intencional de testagem ao vírus de HIV representa para o estudo, uma grande valia na aproximação dos jovens e adultos aos locais de testagem voluntária e admite-se como sendo uma resposta culturalmente desejável e consistente no cumprimento efectivo desta prática que permite a identificação precoce dos indivíduos infectados, para que seja iniciada a terapêutica anti-retroviral atempada caso seja necessário.

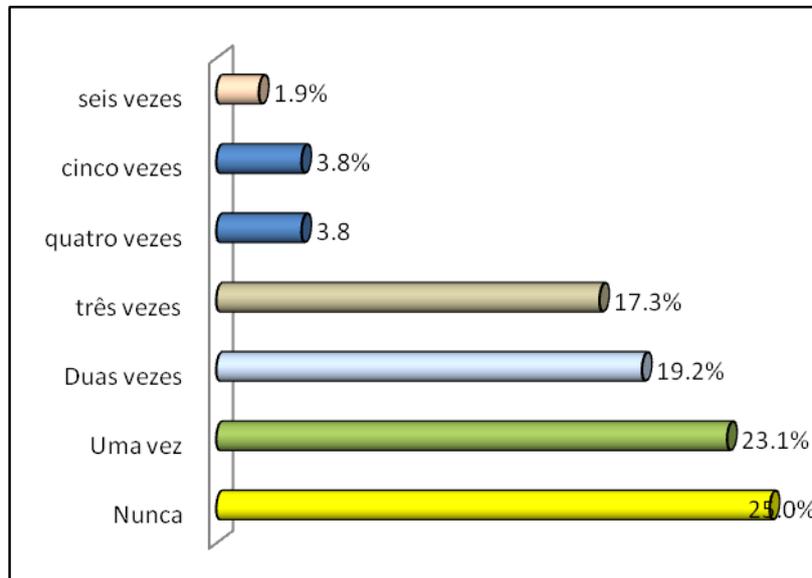


Gráfico 5.21 - Se sim, quantas vezes já fez o teste de HIV?

As razões para fazer o teste variam muito, sendo as mais destacadas “conhecer o meu estado em relação ao HIV/SIDA e poder planificar melhor a vida” (51,9%), “querer ter filhos” (30,8%) e “não confiar no/a parceiro/a” (30,8%). O gráfico abaixo mostra a variedade de razões que levam os inquiridos a aderirem a este teste.

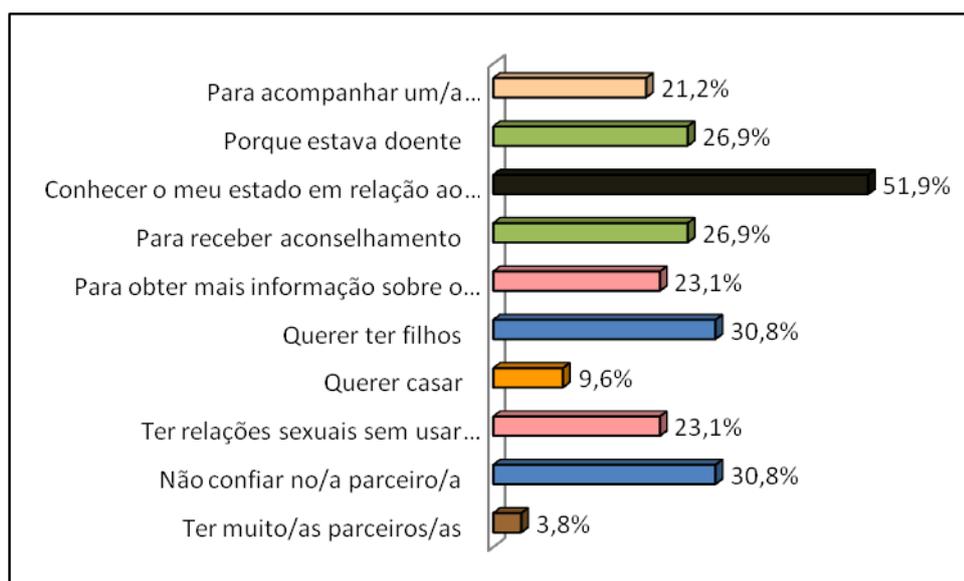


Gráfico 5.22 - Qual é a razão que o (a) levou a fazer o teste de HIV?

Ao contrário, as principais razões para não fazerem teste entre os inquiridos estão associados a dois tipos de medo, ligados ao resultado positivo: “medo de ter resultado positivo” (17,3%) e “medo da reacção da minha família se tiver um resultado positivo” (9,6%). Outras razões também foram avançadas pelos inquiridos como mostra o gráfico 5.23.

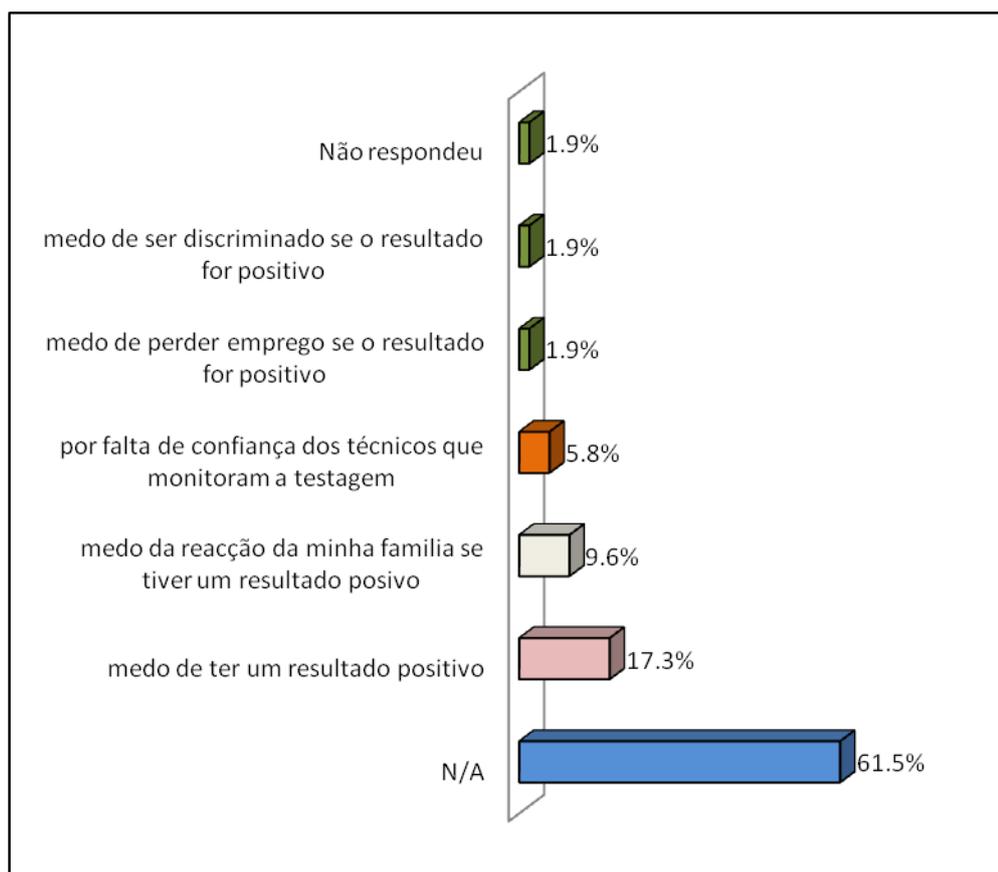


Gráfico 5.23 - Qual é a principal razão para não fazer teste de HIV?

Para terminar, os inquiridos tinham que imaginar uma situação em que eles próprios estivessem infectados pelo HIV e dizer o que fariam no caso concreto. Em relação às pessoas à sua volta, a maioria dos inquiridos revelou que contaria às pessoas da família ou a alguém que pudesse apoiar (75%). Em relação aos parceiros/as, a maioria, também, revelou que continuaria a namorar e ter relações sexuais com protecção (55,8%). O gráfico 5.24 ilustra estas duas tendências imaginárias.

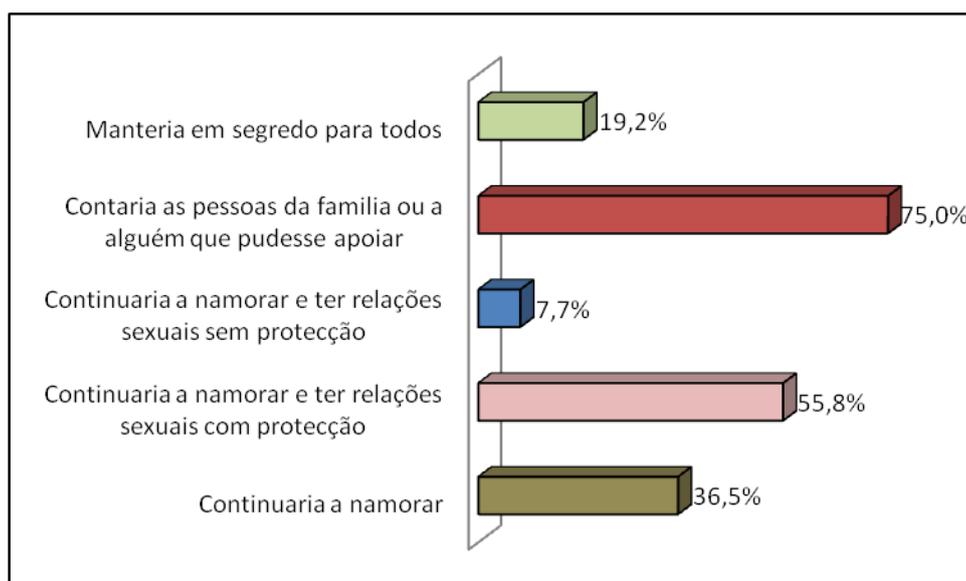


Gráfico 5.24 - Tente imaginar o que faria se soubesse que tem vírus do SIDA (se estivesse infectado/a).

Apesar de observar-se pequenas percentagens de indivíduos a pautarem pelo sigilo (19,2% no gráfico acima), foi referenciada a continuidade de relações sexuais sem protecção (7,7%). Pode-se afirmar que não há regra sem excepção neste grande universo de inquiridos pois, a dado momento, há respostas satisfatórias e encorajadoras para o estudo em curso, segundo as percentagens apresentadas no parágrafo acima onde 75% procuram apoio familiar e 55,8% optam pelo sexo com protecção. Esta atitude leva-nos a crer que os inquiridos pensam de forma positiva em relação à sua saúde e à do próximo quando encontram pessoas de confiança que os ajudem nos momentos de aflicção, mostrando-lhes melhores caminhos para o alcance de soluções dignas para o seu bem-estar social.

Terminada a análise e interpretação dos resultados obtidos do questionário aplicado aos alfabetizandos do Centro, segue-se, de imediato, a análise e interpretação dos resultados obtidos nas entrevistas semi-estruturadas (anexo III), que foram feitas a um pequeno grupo de 6 alfabetizadores em exercício no Centro de Alfabetização ADECOMU/OPTAR. A análise foi efectuada de forma conjunta uma vez que houve muita similaridade em relação ao tipo de respostas dadas.

5.4 Análise e interpretação dos resultados da entrevista: Conteúdos do HIV e SIDA em Vigor nos Programas curriculares de AEA

Do universo dos seis alfabetizadores entrevistados, 83,3% afirmaram que os conteúdos sobre o HIV e SIDA constam dos programas curriculares em vigor no centro de AEA e são abordados dentro dos conteúdos da disciplina de ciências naturais de diferentes formas, tais como:

- “Doenças contagiosas”;
- “Doenças frequentes na tua comunidade”;
- Nas datas comemorativas ex: “01 de Dezembro de cada ano” apresenta-se actividades culturais sobre o HIV e SIDA;

Os temas acima citados são abordados ao longo das aulas usando o método expositivo e de elaboração conjunta que consistem na interpretação dos textos ligados ao HIV e SIDA, onde o alfabetizador explica o conteúdo de forma minuciosa e os alfabetizandos acompanham atentamente as aulas e no fim apresentam dúvidas. Salientar que, para além dos conteúdos transmitidos nas aulas, existem no Centro ADECOMU/OPTAR acções desenhadas no âmbito da prevenção e combate ao HIV e SIDA como testemunharam a maioria dos alfabetizadores inquiridos (83,3%). Segundo os entrevistados, as acções consistem em actividades ligadas ao HIV e SIDA são cerca de 66,7% dirigidas aos alfabetizandos e são exibidas em palestras e debates. Os alfabetizadores revelaram que as mulheres de faixa etária entre os 16 e 25 anos de idade estimadas em 83,3%, são as que mais se interessam em participar nas palestras e debates.

5.5 Análise e interpretação dos resultados da entrevista: Dificuldades encaradas pelos alfabetizadores na abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA no centro

De acordo com os resultados das entrevistas, os 6 alfabetizadores do centro manifestaram muita dificuldade na abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA, devido à falta de parcerias e apoio de outros profissionais da área principalmente para troca de informações ou revistas médicas sobre o HIV e SIDA. Também foi vincada a falta de materiais didácticos elucidativos como cartazes, brochuras, dísticos e panfletos para usarem durante as aulas de forma a ajudarem aos alfabetizandos a perceber melhor os conteúdos, assim

como o fraco domínio da língua portuguesa por parte dos alfabetizados constitui outra dificuldade que deve ser sanada com o fornecimento de livros escritos em línguas locais.

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente capítulo comporta duas secções: A primeira (6.1) apresenta, as conclusões da pesquisa, a segunda (6.2) descreve as contribuições consideradas pela autora como relevantes para o sector da educação de adultos tendo em conta os níveis central, distrital e local.

6.1 Conclusão

A conclusão constitui o ponto terminal da pesquisa, para o qual convergem todos os passos desenvolvidos ao longo do seu processo. A sua finalidade básica é ressaltar o alcance e as consequências dos resultados obtidos, bem como indicar o que pode ser feito para torná-la mais significativa.

Foi possível chegar às conclusões comparando os resultados dos dois instrumentos (Questionários e Entrevistas Semi-estruturadas) aplicados tanto aos alfabetizandos como aos alfabetizadores. As conclusões foram formuladas de acordo com as perguntas de pesquisa mencionadas no capítulo 1 secção 1.3, com a seguinte pergunta principal da pesquisa virado para o estudo:

- **Qual é o nível de conhecimentos, atitudes e práticas que os jovens e adultos do Centro de alfabetização possuem em relação ao HIV?**

Para responder as perguntas de pesquisa levantadas no capítulo 1 da secção 1.3, chegou-se as seguintes conclusões:

Relativamente as respostas dos alfabetizandos inquiridos acerca das questões sobre o conhecimento do HIV, atitudes e práticas, comparados aos resultados obtidos no INSIDA (2009), que teve como grupo alvo adolescentes, jovens e adultos revelaram que, quase todos os inquiridos ao nível de Moçambique já tinham ouvido falar sobre o HIV e SIDA, comparativamente ao presente estudo que também mostrou uma maior proporção de adultos que já ouviu falar dos programas ou campanhas sobre o HIV e SIDA. O gráfico 5.10 mostra esta situação.

Foram encontradas diferenças nas respostas em relação ao modo de transmissão do HIV, pois a população inquirida no INSIDA (2009) afirmou que o HIV não podia ser transmitido através de meios sobrenaturais, enquanto que os participantes deste estudo embora tenham mostrado algum conhecimento básico sobre a matéria, ainda têm nas suas mentes alguma junção de “mitos”, facto confirmado por um dos alfabetizadores entrevistados no local do estudo (vide p.59).

No tocante às fontes de informação sobre o HIV e SIDA os inquiridos do INSIDA (2009) referiram na sua maioria ter ouvido falar na rádio (74%), enquanto que no presente estudo os inquiridos afirmaram ter ouvido falar na televisão (86,5%). Esta diferença provavelmente esteja relacionada com o *habitat* das populações inquiridas, em que no estudo em curso os inquiridos pertenciam ao meio urbano diferentemente do Relatório INSIDA, que abarcou o meio urbano e rural.

Em relação às formas de prevenção do HIV, os inquiridos do INSIDA (jovens e adultos) afirmaram de igual modo que a fidelidade e o uso do preservativo são as formas de prevenção do HIV. Este resultado é similar ao encontrado neste estudo, no aspecto respeitante à fidelidade uma vez que a maioria dos inquiridos respondeu que a fidelidade era a principal forma de prevenção do HIV. Contrariamente aos resultados obtidos no INSIDA (2009), no presente estudo apenas um quarto (25%) dos inquiridos reportou o uso do preservativo e abstinência sexual como formas de prevenção do HIV.

No respeitante à idade do início da actividade sexual, os inquiridos do INSIDA (2009) referiram ter iniciado antes dos 15 anos, enquanto que os inquiridos do estudo afirmaram ter iniciado a actividade sexual com mais de 15 anos de idade. No que concerne ao uso do preservativo na última relação sexual, os jovens dos 12-24 anos, participantes do INSIDA, referiram na sua maioria não terem usado o preservativo por diversas razões, entre elas a não disponibilidade do mesmo, falta de noção da necessidade do uso e, por fim, por acreditarem que o mesmo reduz o prazer sexual. Este resultado assemelha-se ao do estudo em curso, em que a maioria dos inquiridos não usou o preservativo na sua última relação sexual, indicando razões tais como confiança no parceiro e estarem apaixonados um pelo outro, porém as razões do não uso aqui apresentadas diferem das do INSIDA.

Concluindo, pode-se afirmar que os jovens e adultos do Centro ADECOMU/OPTAR possuem conhecimento suficiente e abrangente em relação ao HIV e SIDA, mas torna-se pertinente ensinar aos mesmos como lidar com as suas atitudes e emoções nas relações sexuais, principalmente as ocasionais. Os alfabetizadores devem adoptar especificamente uma abordagem baseada nas “habilidades para a vida”, de forma a que os jovens e adultos compreendam e avaliem os factores individuais e sociais de maior risco na transmissão do HIV. Esta abordagem, quando devidamente implementada, pode ter um efeito positivo no comportamento, no adiamento do início da actividade sexual e na redução do número de parceiros sexuais neste grupo alvo.

a) Relativamente ao nível de conhecimento, atitudes e práticas sobre HIV e SIDA

Em conformidade com a pergunta de pesquisa sobre “*Qual é o nível de conhecimento, atitudes e práticas dos jovens e adultos do Centro de Alfabetização, em relação ao HIV,*” o estudo levou-nos a concluir que os jovens e adultos do Centro de Alfabetização ADECOMU/OPTAR têm conhecimento básico sobre as doenças de transmissão sexual incluindo o HIV e SIDA. Entretanto, esse conhecimento não é efectivo na medida em que os mesmos em certos momentos pautam por comportamentos vulneráveis e de risco que perigam as suas vidas, quando em determinadas ocasiões praticam sexo desprotegido apoiando-se em justificações ingénuas e poucas vezes aderem aos centros de testagem voluntária. Este comportamento dos alfabetizandos mostra que eles não conseguem conciliar os conhecimentos teóricos com as práticas quotidianas no meio onde se encontram inseridos.

b) Relativamente à abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA

No que tange à pergunta de pesquisa sobre “a forma como são abordados os conteúdos relacionados com o HIV e SIDA nos programas curriculares em vigor no Centro de Alfabetização”, o estudo concluiu que os conteúdos programáticos abordados no Centro constam dos programas curriculares usados. A abordagem é feita de forma expositiva com apoio dos livros dos alfabetizandos e para complementar as aulas, no Centro existem outras actividades desenhadas no âmbito de prevenção e combate ao HIV e SIDA tais como debates e palestras que são aderidas por grande número de mulheres inscritas no Centro.

c) Relativamente as dificuldades enfrentadas pelos alfabetizadores na abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA

No que diz respeito à pergunta de pesquisa referente *as dificuldades enfrentadas pelos alfabetizadores durante a abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA no Centro de AEA*, importa realçar que os alfabetizadores mostraram-se preocupados com a insuficiência de materiais didáticos que ajudariam na planificação das aulas pois grande número de alfabetizandos têm tido inúmeras dificuldades na percepção de alguns conteúdos.

Assim, a abordagem dos conteúdos sobre o HIV e SIDA é feita na disciplina de “Ciências naturais” ao longo do processo de ensino-aprendizagem de forma superficial e sem nenhum material didático ilustrativo como por exemplo: cartazes, brochuras e dísticos.

A outra preocupação apresentada pelos mesmos foi a falta de apoio de outros profissionais da área principalmente das organizações governamentais e não-governamentais em providenciar informações ou revistas médicas sobre a temática do HIV e SIDA.

6.2 Recomendações

Apresentadas e discutidas as principais conclusões deste estudo, cabe aqui apresentar algumas recomendações que se julga que possam apoiar no desenho e implementação de estratégias dos programas de AEA que respondam às necessidades dos alfabetizandos em relação ao HIV e SIDA. Assim sendo, o estudo recomenda o seguinte:

a) A nível central-MINED

- Que se desenhem programas educativos que estabeleçam uma ligação forte entre as componentes teórica e prática para que os alfabetizandos adquiram conhecimentos, habilidades e competências que possam valorizar e implementar no seu dia-a-dia, tendo em conta o contexto sócio-cultural dos mesmos no seio das comunidades;
- Que se reforce e se desenvolva a capacidade institucional da DINAEA a nível local, distrital, provincial e central e das organizações da Sociedade Civil envolvidas na implementação de programas de AEA em todo o país;

- Que se aprimore a distribuição regular de materiais didáticos para o centro de AEA de forma atempada, esses materiais devem contemplar cartazes, panfletos, dísticos que ilustram figuras elucidativas sobre as ITS, HIV e SIDA, incluindo livros de diferentes disciplinas escritos em línguas locais;
- Que se fortaleçam parcerias entre o MINED, sociedade civil, instituições governamentais e não-governamentais, na componente avaliação e monitoriados programas de Alfabetização e Educação de Adultos em vigor nos centros de alfabetização.

b) Ao nível local-distrito/centro

- Que o Centro ADECOMU/OPTAR promova sistematicamente o uso do preservativo masculino e feminino, usando línguas locais para simplificar a comunicação entre os jovens e adultos;
- Que seja incentivado o uso imprescindível do preservativo como um instrumento de protecção contra a infecção do HIV e SIDA para os jovens de ambos os sexos;
- Que se garanta a avaliação e monitoria sistemática na área de AEA, pois estes dois componentes irão acompanhar permanentemente a implementação e a execução das Estratégias do Sector da Alfabetização e Educação de Adultos, em todas as vertentes para melhor responder às questões relevantes identificadas ao longo do processo do ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, F. (2008). Manual Sobre Sida (3ª Edição). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Barton, D.Hamilton, M. (1998). Local literacies: Reading and writing in one community. London and New York: Routledge.
- Bergano, S. (2002). Filosofia da Educação de Adultos. Universidade de Coimbra – Portugal.
- Bell, J. (1997). Como realizar um projecto de investigação.1ª Ed. Lisboa, Gradiva Publicações.
- Canário, R. (1999). Educação de adultos – Um Campo e uma Problemática, Lisboa: Educa.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2000).Research Methods in Education.(5th edition). London andNew York: Routledge Falmer.
- CNCS, UNAIDS, GAMET (2009). Moçambique: Modos de transmissão do HIV e Estudo de prevenção do HIV. Moçambique.
- CNCS (2009). Sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e SIDA. Relatório de Progresso (UNGASS). Moçambique.
- Costa, H. (2008). Validade e Fiabilidade. Portugal. Disponível em 18/7/2011 em <http://www.ketacosta.blogspot.com>.
- Costa, J.A; Sampaio, A. (1999). Dicionário da Língua Portuguesa. Porto Editora- Portugal.
- Danis, C. e Solar, C. (2001). Aprendizagem e Desenvolvimento dos Adultos, Lisboa: Instituto Piaget.

Dias, J. R., (1982). *A Educação de Adultos, a Pessoa e a Comunidade*, Braga: Universidade do Minho.

DNAEA (2003). *Plano Curricular e Programas de Estudo para a Alfabetização*: Maputo.

FACED (2011). *Terminologia Básica de Educação de Jovens e Adultos: Glossário* Maputo.

Gil, A. C. (2007). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (5ª Ed). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Gil, A.C. (2002). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. (4ª ed.). São Paulo: Edições Atlas.

Gil, A.C. (1999). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Edições Atlas.

Governo de Moçambique (2006). *Plano de acção para a Redução da Pobreza Absoluta - PARPA - (2006-2009)*. Maputo. GDM.

Greene, Margaret, E., Mehta, M., Pulerwitz, J., Wulf, D., Bankole, A., Singh, S. (2006). "Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development." Paper prepared for the United Nations Millennium Project. New York. Disponível a 12 de Julho de 2011 em <http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene>.

HIV-AIDS virtual congress. (2003). *A mulher e a infecção pelo HIV/SIDA*. Santarém – Portugal.

INE (2007, projecção 2010). *Inquérito sobre Indicadores Múltiplos 2008*. Sumário, Maputo, Moçambique.

INSIDA (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique*, Maputo.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2007). *III Recenseamento Geral da População e Habitação*. Maputo: autor.

Kerlinger, F. (1980). *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais. Um Tratamento Conceitual*. São Paulo: EDU/EDUSP.

Knowles, M. (1984). *The Adult Learner.: A Neglected Species*. Gulf: Houston.

Lakatos, E. M. (2009). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 7ª Ed. São Paulo: Atlas.

Lind, A. (2007). *Breve análise do ponto da situação da AEA/ENFA em Moçambique*. Maputo.

Lopes, A. J. (2004). *A Batalha das Línguas: Perspectivas sobre Linguística Aplicada em Moçambique/ The Battle of the Languages: Perspectives on Applied Linguistics in Mozambique*. Maputo. Livraria Universitária, UEM.

Mansson, A.B. (1995). *Women`s Literacy and the Question of Dropout: Two Mozambican case studies*. Stockholm – Institute of International Education.

Marcelo, C. (1992). *A Formação de professores: Novas Perspectivas Baseadas na Investigação sobre o pensamento do professor*. Lisboa: Pub. Dom Quixote, Instituto de Inovação Educativa.

Mário, M. (2002). *A experiência Moçambicana de Alfabetização e Educação de Adultos*. Comunicação apresentada na Conferência Internacional “Adult Basic and Literacy Education in the SADC region”, 3-5th of December 2002, University of Natal, Pitermatitzburg, RSA.

Merriam, S.; Caffarella, R.(1991) *Learning in Adulthood*. New York: Jossey-Bass.

Michael, W. A. & Nóvoa, A. (1998). *Paulo Freire: Política e Pedagogia*. Portugal: Porto Editora.

MINED (2001). Estratégia do Subsector de Alfabetização e Educação de Adultos/Educação Não Formal, 2001-2005. Maputo: MINED.

MINED (2011). Estratégia de Alfabetização e Educação de Adultos em Moçambique (2010-2015). Maputo: Autor.

MISAU (2009). Impacto Demográfico do HIV e SIDA em Moçambique. Maputo: INE.

Nafukho, F., Amutabi, M. & Otunga, R. (2005). Foundations of Adult Education in Africa: Cape Town.

Osorio (2003). Educação Permanente e Educação de Adulto. Editorial Ariel, S.A., 1993 e 2003. Lisboa – Portugal.

ONUSIDA (2008). Relatório sobre a epidemia global do SIDA. – Moçambique.

PEN II (2010-2014). Plano Estratégico Nacional de Combate as DTS, HIV e SIDA (2000-2001). República de Moçambique, Conselho de Ministros. Maputo.

PNUD (2005). Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio de Moçambique. Maputo: PNUD.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Investigação e Avaliação em Pesquisa e Saúde. Lisboa: Climepsi.

Richardson, R. J., Peres, J.A.S., Wanderley, J.C.V., Correia, L. M. & De Melo Peres, M. H. (1999). Pesquisa Social: Métodos e Técnicas (3ª ed.). S. Paulo: Editora Atlas S.A.

Selltiz, W. e Cook (1987). Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais. Volume 1. Editora Pedagógica e Universitária Ltda- São Paulo: E.P.U.

Street, B (1984). Literacy in theory and practice. Cambridge: Cambridge University Press.

UNAIDS (2012). The Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Together we will end AIDS. Geneva – Switzerland.

UNAIDS (2011). The Joint United Nations Program on HIV e SIDA. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva – Switzerland.

UNAIDS (2010). The Joint United Nations Program on HIV e SIDA. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva – Switzerland.

UNAIDS (2009). The Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Together we will end AIDS. Geneva – Switzerland.

UNAIDS (2004). The Joint United Nations Program on HIV e SIDA. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva – Switzerland.

UNESCO (2009). Manual do formador dos institutos de formação de professores (IFP's). Moçambique: Maputo.

VanKolck, O.L. (1975). Técnicas de exame psicológico. Rio de Janeiro: Editora vozes (vol I e II).

Werther Jr., W. & Davis, K. (1983). Administração de Pessoal e Recursos Humanos. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

WHO (2009). Integrating gender into HIV e SIDA programmes in the health sector: tool to improve responsiveness to women's needs. Dept. of Gender, Women and Health. WHO, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. zerland.

ANEXOS

Anexo I: Termo de Consentimento

Avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA: Caso do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Cidade de Maputo

Bom dia/ Boa tarde, meu nome é _____, sou a pesquisadora do estudo intitulado “Avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA: Caso do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Cidade de Maputo”. A realização da pesquisa e a defesa com sucesso conferir-me-á o grau de Mestre em Educação de Adultos pela Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Educação.

Objectivo da Pesquisa

O HIV e SIDA traz inúmeros desafios aos governos na formulação de políticas educacionais. Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos alfabetizandos na vertente do HIV e SIDA possibilitará a identificação de estratégias para prevenir e combater a doença.

Portanto nesta pesquisa pretende-se avaliar o nível de conhecimentos gerais, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA, bem como conhecer as dificuldades encaradas na abordagem dos conteúdos leccionados no Centro de Alfabetização e Educação de Adultos ADECOMU/OPTAR. A informação colhida será utilizada para a realização da dissertação de Mestrado que será apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane.

Os resultados da pesquisa vão ajudar a entender se as estratégias adoptadas pelo MINED (Ministério da Educação), no sector de Alfabetização e Educação de Adultos estão a responder aos planos curriculares traçados na vertente da prevenção e combate ao HIV e SIDA para este grupo alvo. Deste modo, gostaríamos de o convidar a preencher o presente questionário (anexo IV).

Procedimentos

O questionário tem perguntas sobre a sua idade, sexo, ocupação, nível de escolaridade, estado civil e perguntas sobre a informação sexual no âmbito de conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao HIV e SIDA. As suas respostas servirão para entender o comportamento por si adoptado para reduzir o risco de contrair o HIV e conhecer o seu nível de conhecimento de forma a enfrentar a doença.

O preenchimento do questionário levará cerca de 20 minutos do seu precioso tempo. Se você concordar em participar, a pesquisadora vai instruindo sobre como preencher o questionário. Caso necessite, poderá convidar a pesquisadora para um local onde se sinta confortável para preencher o questionário.

A sua participação na pesquisa é de carácter voluntário. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo. Se não quiser participar ou se quiser desistir durante o processo de preenchimento do questionário, não vai de maneira nenhuma prejudicar-se como aluno do centro de alfabetização.

Este termo de consentimento informado está impresso em duas cópias, depois de assinada por si e pela pesquisadora uma cópia será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida a si.

Riscos e benefícios

Caro alfabetizando, não há nenhum risco em participares na pesquisa, apenas usará cerca de 20 minutos do seu tempo em responder o questionário. Ao participar na pesquisa e responder as perguntas, você não terá nenhum benefício monetário. No entanto, a informação por si fornecida vai contribuir para melhorar os programas educativos em vigor no seu centro de alfabetização e garantir a mudança de comportamentos de riscos face à propagação do HIV.

Confidencialidade/Sigilo

O preenchimento do Questionário será feito num local onde você achar mais cómodo. As suas respostas serão mantidas em sigilo. Em nenhum momento será perguntado o seu nome, ao menos que autorize a fazê-lo.

Informações de contacto

Apresenta-se abertura para qualquer contacto relativo à presente dissertação, caso necessite de mais informações. Agradeço bastante a sua disponibilidade em participar neste estudo. Em caso de necessidade de esclarecimentos poderá contactar a pesquisadora pelo seguinte endereço: Universidade Eduardo Mondlane - Faculdade de Medicina, Bairro da Polana Cimento, Avenida: Salvador Allende, Nr: 702, Maputo- Moçambique.

Anexo II: Termo de Confidencialidade da Pesquisadora

Termo de confidencialidade da pesquisadora sobre a dissertação intitulada: “Avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA: Caso do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Cidade de Maputo”.

É do meu conhecimento que eu estou proibida de divulgar ou tornar público informações pessoais, sobre qualquer participante da pesquisa, quer seja de forma directa ou indirecta. Eu reconheço que é da minha responsabilidade garantir a privacidade das informações sigilosas contidas no questionário e na entrevista que poderei ter acesso, o compromisso de confidencialidade deverá prevalecer mesmo depois de terminada a dissertação ou a ligação com a mesma.

_____ (Assinatura)

_____ (Data)

Anexo III: Guião de entrevista semi-estruturada

Caro alfabetizador,

Esta entrevista destina-se aos alfabetizadores do Centro ADECOMU\OPTAR, cujo objectivo é colher opiniões sobre a forma de abordagem da temática do HIV e SIDA, bem como as dificuldades encaradas durante o processo de ensino e aprendizagem no Centro de Alfabetização e Educação de Adultos em relação ao HIV e SIDA.

Dados Pessoais

1. Diga qual é a sua idade, Sexo e estado civil.

PARTE I**B. Perguntas gerais**

1. Qual foi a motivação que o levou a seguir esta actividade de Alfabetizador?
2. Passou por alguma formação para o desempenho desta actividade?
3. Tem outra ocupação para além desta?
4. Há quanto tempo é Alfabetizador?

PARTE II**C. Programas temáticos leccionados no centro de alfabetização**

1. Para além das disciplinas de Português e Matemática, lecciona outras disciplinas que abarcam conteúdos sobre doenças de transmissão sexual?
2. Os conteúdos sobre o HIV e SIDA constam nos programas de ensino em vigor no seu Centro de Alfabetização?
3. Conta com apoio de outros profissionais da área para a leccionação dos conteúdos sobre o HIV e SIDA?
4. No Centro ADECOMU/OPTAR existem acções desenhadas no âmbito da prevenção e combate ao HIV e SIDA?
5. No Centro tem havido palestras, debates ou outras actividades no âmbito do HIV e SIDA dirigidos aos alunos?
6. Na sua opinião, os alunos do seu Centro têm algum conhecimento básico sobre o HIV e SIDA?
7. Qual é o género que mais adere às palestras ou debates sobre o HIV e SIDA?
8. Que faixa (s) etária (s) mostra (m) mais interesse pelos debates ou palestras sobre DTS, HIV e SIDA no Centro de alfabetização?

9. Em que conteúdos os seus alfabetizandos demonstram maior interesse?

10. Costuma reunir com os alunos para auscultá-los sobre outros conteúdos que gostariam que fossem tratados nas aulas?

PARTE III

D. Opiniões e dificuldades encaradas pelos alfabetizadores

1. Qual é a sua opinião sobre o Subsistema de Educação de Adultos em relação à prevenção e Combate ao HIV e SIDA no Centro de Alfabetização ADECOMU\OPTAR?

2. Que dificuldades enfrenta, no seu dia-a-dia, como Alfabetizador na transmissão dos conhecimentos sobre o HIV e SIDA aos seus alunos?

3. Que alternativas sugere para melhorar tais dificuldades?

PARTE IV

E. Desfecho da entrevista

1. Tem algum comentário a fazer em relação ao que lhe foi perguntado?

2. O que gostaria de dizer que não foi abordado nesta entrevista?

3. O que achou da entrevista?

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo IV: Questionário

UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DE ADULTOS

Avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA: Caso do Centro de Alfabetização e Educação de Adultos da Cidade de Maputo

QUESTIONÁRIO

Este questionário é confidencial, anónimo e de carácter voluntário, destinado aos jovens e adultos do Centro de Alfabetização ADECOMU/OPTAR, tem como objectivo, avaliar o nível de conhecimentos gerais, atitudes e práticas dos jovens e adultos em relação ao HIV e SIDA, Bem como conhecer as dificuldades encaradas por este grupo alvo na abordagem dos conteúdos relacionados com HIV e SIDA.

Por isso, pede-se a sua inteira colaboração.

Data de aplicação: ____ / ____ / ____ Código do participante _____
____ 2011 Local _____

A- Características demográficas dos participantes**Assinale com X as respostas consideradas certas ao seu respeito**

1. Quantos anos têm? _____

2. Qual é o seu sexo?

Homem

Mulher

3. Qual é a sua classe? _____

4. Estado civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado (a) /separado (a)
- Marital [vive como/aparceiro(a), namorado(a)]
- Viúvo(a)

5. O que você faz?

- Estudante
- Trabalhador por conta própria
- Funcionário/a· Doméstica+o) /Desempregado+a)
- Outra (especifique)

B. Informações sobre sexualidade1. Como se chama o agente causador do SIDA? *(Pode marcar mais que uma resposta)*

- 1 Mosquito 2 Vírus 3 Bactérias 4 Fungos Outro

[Especifique] _____

2. Como é que alguém pode desconfiar da presença de uma Doença de Transmissão Sexual (DTS)?

(Pode marcar mais do que uma resposta)

- Presença de feridas no sexo
- Dores de barriga
- Dores ao fazer xixi
- Comichão no sexo
- Corrimento na vagina/pénis
- Não sei

Outras [Especificar] _____

3. O que faz quando desconfia que tem uma DTS? *(Pode marcar mais do que uma resposta)*

- Procurou médico/enfermeiro
- Procurou um curandeiro

Vou logo a uma farmácia

Aviso o/a companheiro/a para fazer consulta

Outra (s) [Especificar] _____

4. O que é que uma pessoa pode fazer para evitar doenças de transmissão sexual (DTS)?

(Pode marcar mais do que uma resposta).

Não ter relações sexuais

Usar preservativo

Ter um só parceiro(a)

Lavar o sexo após a relação sexual

Evitar relação com prostitutas

Evitar receber sangue de uma outra pessoa

Evitar conversar ou brincar com pessoas que têm HIV/SIDA

Não sei

Evitar fazer Sexo com meninas virgens

5. Com quem costuma conversar para tirar dúvidas sobre as doenças de transmissão sexual? (pode marcar mais do que uma resposta)

Pai

Mãe

Vizinho

Amigo

Irmão

6. Com que idade teve a sua primeira relação sexual?

7. O SIDA tem cura?

Sim

Não

Nãosei

8. Se a sua resposta em 12 for Sim, quem cura o SIDA?

Curandeiro

Enfermeiro
 Médico

 9. Qualquer pessoa pode apanhar o HIV e SIDA?

Sim
 Não
 Não sei

10. Como é que uma pessoa pode apanhar o HIV/SIDA? (Pode marcar mais do que uma resposta)

Tendo relações sexuais sem preservativo (camisinha)

Receber sangue contaminado

Usar as mesmas lâminas, agulhas de injeções, máquina de barbear de outras pessoas

Beijo de mãe para filho (durante gravidez, parto e amamentação)

Picadas de insectos (ex: mosquito)

Abraçando uma pessoa que tem HIV ou doente com SIDA

Sentar-se na mesma cadeira com pessoa infectada

Usar a mesma loiça com uma pessoa que vive como HIV/SIDA

Usar a mesma casa de banho ou latrina com uma pessoa com HIV/SIDA

Não sei

Outros [Especificar] _____

 11. Teve alguma relação sexual nos últimos 3 meses?

Sim Não me lembro

Não

Se sim, terá usado preservativo (camisinha) nessa relação sexual?

Sim Não me lembra Não

12. Se sim, com quantos parceiros usou o preservativo?

 13. Quais das seguintes formas de prevenção do HIV e ITS/DTS é a melhor para si? (*Marque apenas uma resposta*)

Não ter relações sexuais

Ser fiel ao seu(a) parceiro(a)

Usar preservativo

14. Aonde é que se pode fazer o teste de HIV? (*Marque mais do que uma resposta*)

Em qualquer Unidade Sanitária (Hospital, Centro de Saúde, Clínica)

No GATV

Na farmácia

Em casa de amigos/as próximo/as

Como/a ActivistanaPalestras

No/a Currandeiro/adeconfiança

Outros [Especificar] _____

15. Alguma vez já pensou em fazer o teste de HIV?

Sim

Não (*Salte para o 25*)

a) Se sim, quantas vezes já fez o teste de HIV?

16. Qual é a razão que o (a) levou a fazer o teste de HIV? (*Pode marcar mais do que uma resposta*)

Ter muito /as parceiro/as

Não confiar no/na parceiro/a

Ter relações sexuais sem usar preservativo

Querer casar

Querer ter filhos

Para obter mais informações sobreo HIV/SIDA

Para receber aconselhamento

Conhecer o meu estado em relaçãoo HIV e SIDA, e poder planificar melhor a sua vida

Porque estava doente

Para a acompanhar um/uma amigo/a, familiar, etc.

Outra (s) [Especificar] _____

17. Qual foi o resultado do teste?

Positivo Negativo Prefiro manter segredo

18. Qual é a principal razão para não fazer o teste de HIV?

Medo de ter um resultado positivo

Medo da reacção da minha família se tiver um resultado positivo

Por falta de confiança dos técnicos que monitoram a testagem

Medo de perder emprego quando se tive resultado positivo

Medo de ser discriminado se for resultado positivo

Outra (s) [Especificar] _____

19. Qual foi a principal *razão para não ter usado* o preservativo na sua última relação sexual?

Conhecia o(a) parceiro (a)/estava apaixonado (a)/tinha confiançae(a)

Por ser meu/minha marido/esposa

Já usava outro método para evitar doenças e gravidez não desejada

O (a) parceiro(a) não queria usar e não consegui convencê-lo(a)

Não tinha preservativo na altura, por perto, e não dava mais tempo

Não gosto de usar preservativo

Tinha bebido e estava embriagado(a)

Não sei

20. Para que é que se usa o preservativo ou camisinha? (*Marque mais do que uma resposta*)

Não me lembro

Para evitar as DTS

Para evitar o HIV/SIDA

Para evitar a gravidez

Para planeamento familiar

Não sei

21. Onde é que se pode obter os preservativos?

Nas Unidades Sanitárias (Hospital/Centro de Saúde/Clinica)

Nos GATV

Em qualquer loja (de produtos ou de roupa)

Na farmácia

Com os/as amigos/as

Com o/a Activista

No Quiosque/Barraca

No serviço

Na escola

No Mercado

Não sei

Outros locais [Especificar] _____

22. Tente imaginar o que faria se soubesse que tem o vírus do SIDA (se estivesse infectado/a).

(Marque em SIM, NÃO ou NÃO SEI, para cada frase)	Sim	Não	NS
Continuaria a namorar e a ter relações sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem protecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com protecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contaria às pessoas da família ou ao alguém que pudesse apoiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Quais as doenças, relacionadas com HIV e SIDA, mais frequentes?

- Tuberculose;
- Tosse prolongada;
- Diarreias prolongadas;
- Feridas no corpo;
- Dores e emagrecimento.

24. Onde você ouve ou lê informação sobre HIV e SIDA?

- Rádio
- Televisão
- Panfletos/Cartazes
- Outra fonte [especificar]

25. Gostaria de participar numa palestra ou debate sobre HIV e SIDA na sua Escola?

Sim Não

26. A sua Escola tem algum programa ou projecto sobre HIV/SIDA para os alunos?

Sim Não Não Sei

27. O que acha que devia ser feito na sua Escola para prevenção e combate ao HIV/SIDA?
(escolhe várias)

Não Sei Formar Jovens

Formar um grupo específico (Activistas) para trabalhar na área do HIV/SIDA

Outra(s)[Especificar] _____

Muito Obrigada pela colaboração!

Anexo V. Questões retiradas da 1ª versão do Questionário



FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO DE ADULTOS

- **Apresentação das questões que foram retiradas da 1ª Versão do Questionário IV**

QUESTIONÁRIO

1. Os curandeiros curam Sida?
2. Quem acredita em Deus não pode apanhar o Sida?
3. Somente prostitutas podem apanhar Sida?
4. É possível um indivíduo saudável ficar trinta (30) dias ou mais sem fazer sexo?
5. O preservativo masculino pode ser usado mais que uma vez?
6. Há quanto tempo fez o seu último teste de HIV?
7. Com quantos parceiros teve relações sexuais nos últimos 12 meses?
8. Alguma vez já ouviu falar do preservativo feminino?
9. Se sim, já usou o preservativo feminino?
10. Está a tomar anti-retrovirais (ARVS)?
11. A toma de anti-retrovirais está acaretar-lhe elevados custos?

Anexo VI: Credencial

Universidade Eduardo Mondlane

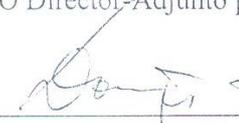
Faculdade de Educação

CREDENCIAL

Credencia-se **Adelaide Emília Cumbane**, estudante do curso de Mestrado em Ciências de Educação, na especialidade de Educação de Adultos, a contactar os Centros de Alfabetização e Educação de Adultos da Cidade de Maputo, a fim de recolher dados inerentes à sua formação.

Maputo, 18 de Abril de 2011

O Director-Adjunto para Pós-Graduação


dr. Domingos Buque



Anexo VII: Carta do Tradutor

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Centro de LínguasTo Whom It May Concern

We would like to make it known that the *Centro de Línguas da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane* – Language Center of the Faculty of Arts and Social Sciences of the Eduardo Mondlane University – is a duly authorized translation service provider on behalf of the University, and as such we do hereby certify that the document in English hereunto attached representing an **abstract** of a study, which has been initialed and stamped for authentication purposes is to the best of our knowledge and belief a true and correct translation of the original copy in Portuguese titled **Resumo** also hereunto attached, initialed and stamped. Following from above, we do hereby take full responsibility for the translation, and in faith and testimony thereof I, the Director of the Language Center, have hereunto subscribed my name, signed and stamped this statement with the seal in use at our institution.

Written at Maputo, Mozambique, this day of 28th September, 2014.



(Language Center)