

ECO-275

ECO
275

**O impacto do HIV/SIDA na Segurança Alimentar e
Nutricional das Famílias Rurais em Moçambique**

O Caso do Distrito de Changara

Ângela Elsa Inácio Ussivane

DEZEMBRO DE 2007

Trabalho de Licenciatura
Curso de Economia – Faculdade de Economia
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

O Impacto do HIV/SIDA na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Rurais em Moçambique

O Caso do Distrito de Changara

Ângela Elsa Inácio Ussivane

Supervisor: Dr. ARMINDO CARLOS NHABINDE

Trabalho de Licenciatura apresentado a Faculdade de Economia da Universidade Eduardo Mondlane como requisito parcial para obtenção do grau de licenciatura.

**Maputo
2005**

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que este trabalho é da minha autoria e resulta da minha investigação. Esta é a primeira vez que o submeto para obter um grau académico numa instituição educacional.

Maputo, 17 de Dezembro de 2007

Ângela Ussivane

(Ângela Elsa Inácio Ussivane)

APROVAÇÃO DO JÚRI

Este trabalho foi aprovado com 13 valores no dia 17 de 12 de 2007

Por nós, membros do júri examinador da Universidade Eduardo Mondlane.

[Assinatura]

(Presidente)

[Assinatura]

(Arguente)

[Assinatura]

(Supervisor)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

À minha mãe, Regina, pelo apoio incondicional e pelos seus preciosos conselhos.

À minha família, Inácio, Sky e Kwin pela compreensão que tiveram durante as inúmeras ausências necessárias à realização do trabalho e pela tolerância ao meu estranho humor em determinados momentos deste trabalho.

Dedico também a todos aqueles que se empenham na implementação de acções concretas de combate ao HIV/SIDA, cujos resultados proporcionam o bem-estar à pessoas, famílias e comunidades afectadas e infectadas pelo HIV/SIDA.

AGRADECIMENTOS

Esta foi umas das partes do meu trabalho mais agradáveis de escrever, pela oportunidade de agradecer a todos os que deram o seu contributo na longa caminhada do curso de economia e na realização do presente trabalho. Infelizmente uma lista de agradecimentos – não importa a sua extensão – é sempre incompleta e inadequada. Esta não é excepção a regra.

Agradeço em primeiríssimo lugar a Deus, por ter-me concedido o privilégio de participar da fantástica experiência de viver e poder apreciar a grandiosidade das suas obras, e pela oportunidade de poder ajudar o próximo através dos trabalhos que venho desenvolvendo na área do HIV/SIDA e, ainda, pela iluminação e protecção que me dá em todos os momentos da minha vida.

Em segundo lugar, meu especial agradecimento a minha pequena, mas amorosa e revolucionária família: meus dois filhos Ky e Leo que tanto sofreram pelas minhas constantes ausências, em razão dos esforços por concluir o curso e tantas outras vezes que embora estivesse presente fisicamente, a mente estava voltada para a conclusão deste trabalho sem poder lhes dar a atenção que mereciam, e ao meu companheiro, amigo, revisor e marido Tchetcha, obrigada pela paciência, pela força e principalmente pelo carinho.

Agradeço também aos meus pais que muito amo, Regina e Dias, por terem me proporcionado a educação que me permitiu chegar até aqui, por me darem força nas minhas realizações e conquistas. Mãe, obrigada pelas conversas, conselhos e ensinamentos que levarei comigo para o resto da vida.

A todos os meus irmãos e melhores amigos, Chico, Cídia, Mahate e Chula muito obrigada pelo apoio e pela força em todos momentos da vida. Chulinha, agradeço o carinho e atenção dispensados a meus filhos durante as minhas inúmeras ausências.

Ao Dr. Armindo Nhabinde, meu supervisor, agradeço por me ter acolhido como seu orientando, pela atenção que me dispensou, pelas suas orientações e pelas horas dedicadas a revisão do trabalho.

Aos demais professores do curso, que foram meus mentores, conselheiros e amigos, o meu muito obrigado.

Aos meus dois companheiros de início de jornada, mas eternos amigos, Idália Naiene e Osvaldo Malate, agradeço pela amizade incondicional, fundamentada num exercício pleno de cooperação e disponibilidade em todas as fases do curso de economia. Vai também um muito obrigado aos demais colegas do curso por todas as experiências e conhecimentos trocados e que directa ou indirectamente contribuíram para a minha escalada.

Aos povoados de Cuchamano e Mathuiri no geral e as pessoas entrevistadas em particular, agradeço a todos e a cada um em particular, pelo precioso contributo, sem o qual estas notas jamais seriam redigidas.

Por último, a todos os funcionários da Faculdade de Economia, por todo apoio no decorrer do curso e a todos aqueles que directa ou indirectamente colaboraram na minha formação em economia mas que aqui não foram mencionados, vão os meus agradecimentos.

“A mais longa caminhada somente é possível
passo a passo ...
A mais preciosa obra do mundo foi escrita
letra a letra...
Os milénios se sucedem, segundo a segundo...
As mais violentas cachoeiras se formaram de
pequenas fontes...
A imponência do pinheiro e a beleza do ipê
começaram ambas na simplicidade das
sementes...
Se não fosse a gota não haveria chuvas...
O mais singelo ninho se fez de pequenos
gravetos e a mais bela construção não se teria
efectuado senão a partir de um tijolo...
As imensas dunas se compõem de minúsculos
grãos de areia...
Como já refere o adágio popular, nos menores
frascos se guardam as melhores fragrâncias...
O brilhantismo de Einstein e a ternura de
Madre Teresa de Calcutá tiveram que estagiar
no período fetal...
Assim também, o mundo de paz, de harmonia,
de amor e livre do HIV/SIDA só será
construído a partir de pequenos gestos de
compreensão, solidariedade, respeito, ternura,
fraternidade, benevolência, indulgência e
perdão, dia a dia...
Ninguém pode mudar o mundo...
Mas podemos mudar uma parcela que
chamamos de “EU”.
Não é fácil, nem rápido...
Mas vale a pena tentar!”

Adaptado de Autor Desconhecido

SUMÁRIO

O HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana e o SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, constituem o mais sério risco para o desenvolvimento do país, ameaçando, de facto, reverter os ganhos obtidos nos últimos anos do ponto de vista do desenvolvimento económico e social. O HIV/SIDA é considerado como a doença do séc. XXI, não só pelo facto de ainda não ter cura, mas também devido ao facto de afectar negativamente toda a estrutura económica e social de um país, na medida em que diminui a população activa e produtiva, aumenta o número de órfãos e de dependentes, o que constitui maiores responsabilidades para o governo e para a sociedade.

De acordo com o Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta contra o HIV/SIDA (2004), a pandemia do HIV/SIDA em Moçambique, continua a progredir, registando-se actualmente uma prevalência de 16.2%. No grupo etário de 20 aos 24 anos, a prevalência entre as mulheres é três vezes maior que a nos homens 20.5% contra 6.9%, (*Idem*).

A epidemia é exacerbada pelas disparidades do género, bem como pelo fraco acesso aos serviços sociais e à informação. O aumento de doenças e mortes devido ao HIV/SIDA em jovens adultos afecta famílias e comunidades inteiras, agrava os problemas de acesso a alimentos e reduz a sua capacidade de saírem da pobreza absoluta.

O presente trabalho analisa o impacto do HIV/SIDA na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) das famílias rurais, através de um Estudo de Caso levado a cabo na província de Tete, concretamente no distrito de Changara, nos povoados de Cuchamano e Mathuiri.

Para a sua concepção, privilegiou-se no primeiro momento a observação documental que consistiu na revisão bibliográfica e da literatura pertinente. No segundo momento, realizou-se um conjunto de entrevistas junto das famílias rurais e das Organizações de Base Comunitária (OBCs) dos dois povoados, aliado a isto, um exercício de observação não participante¹.

¹ Neste âmbito e de acordo com Adalima (2001) citado por Tsabete (2004), existe uma diferença substancial entre observação participante e observação não participante, na medida em que a primeira pressupõe que o investigador se integra e participa activamente nos afazeres do quotidiano do grupo como se fosse membro deste; e a segunda implica a presença do investigador em algumas ocasiões e contacto com o grupo, mas sempre como um visitante, sendo, assim tratado.

A principal conclusão tirada a partir deste estudo é, o HIV/SIDA causou e continua a causar graves perturbações nas famílias e nas comunidades. O aumento da morbilidade e da mortalidade tem graves repercussões na SAN e no bem-estar dos indivíduos, dos agregados familiares e das comunidades, o que poderá elevar ainda mais o nível de insegurança alimentar no país e uma maior dependência das doações externas e gastos avultados nas importações de alimentos e produtos agrícolas.

Para atingir os objectivos traçados no trabalho, o estudo de caso baseou-se em Famílias Afectadas e Infectadas pelo HIV/SIDA (FAIHS), isto é, famílias que tinham pelo menos um membro adulto doente e/ou que tinha morrido de HIV/SIDA e, através das constatações de campo, o estudo deixa como recomendação fundamental, a integração da componente de SAN em todos os projectos que visam mitigar o impacto do HIV/SIDA, de modo a reduzir a probabilidade de infecção pelo HIV, diminuir a progressão do HIV/SIDA e aumentar a resistência dos infectados. A integração da SAN nos projectos de HIV/SIDA não significaria apenas uma vida mais longa para os seropositivos, mas permitiria que muitos seropositivos continuassem com vidas activas e produtivas, contribuindo para o rendimento familiar, prestando cuidados para as famílias e acrescentando o bem-estar geral das suas comunidades.

ACRÓNIMOS

ARVs	Antiretrovirais
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
FAIHS	Famílias Afectadas e Infectadas pelo HIV/SIDA
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecções Transmitidas Sexualmente
MAE	Ministério da Administração Estatal
MISAU	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério da Mulher e da Acção Social
MPD	Ministério da Planificação e Desenvolvimento
MPF	Ministério de Plano e Finanças
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONUSIDA	Programa das Nações Unidas para o Sida
OSC	Organização da Sociedade Civil
PAIHS	Pessoas Afectadas e Infectadas pelo HIV/SIDA
PEN II	Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA 2005 -2009
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
SAFAIDS	Serviços da África Austral para a Disseminação de Informação sobre o SIDA
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SANHA	Grupo Multisectorial de Segurança Alimentar e Nutricional e HIV/SIDA
SETSAN	Secretariado Técnico para a Segurança Alimentar e Nutricional
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIV	Vírus da Imunodeficiência Simiana
UNAIDS	Programas das Nações Unidas para o HIV/SIDA
VMI	Visão Mundial Internacional

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1 – Taxas Ponderadas de Prevalência do HIV/SIDA em Adultos (15-49 anos) por Província, Região e Nacional	18
Tabela 2 – Dados Comparativos da Evolução da Prevalência do HIV/SIDA em Moçambique	20
Tabela 3 – Número de Habitantes por Posto Administrativo do Distrito de Changara	31
Tabela 4 – Contribuições para a Redução da Insegurança Alimentar e da Subnutrição Infantil (de 1970 a 1995)	46
Tabela 5 – Resumo dos Potenciais Impactos do HIV/SIDA nas Comunidades Rurais	61

FIGURAS

Figura 1 – Moldura Conceptual para a SAN	25
Figura 2 – Ligações Cíclicas do HIV-SAN	30
Figura 3 – O Impacto do HIV/SIDA Sobre a mão-de-obra Doméstica e Agrícola nas Comunidades de subsistência	53

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I – APRESENTAÇÃO	2
1.1. Introdução	2
1.2. Definição do Problema.....	5
1.3. Pressupostos.....	6
1.4. Objectivos	7
1.5. Metodologia	7
1.6. Justificação da Escolha do Tema	10
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1. HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	13
2.1.1. Origens.....	14
2.1.2. Situação Actual do HIV/SIDA.....	15
2.1.3. HIV/SIDA em Moçambique	16
2.1.4. Projecções da Evolução e do Impacto do HIV/SIDA em Moçambique.....	20
2.2. SAN – Segurança Alimentar e Nutricional.....	22
2.3. Família Rural.....	25
2.4. Estudos Sobre o Impacto do HIV/SIDA na SAN das Famílias Rurais.....	27
2.5. Relação entre HIV/SIDA e SAN	29
CAPÍTULO III – ASPECTOS GERAIS DO DISTRITO DE CHANGARA	31
3.1. Situação Geográfica	31
3.1.1. Breve Historial	34
3.1.2. Características Sócio-Culturais.....	35
3.1.3. Organização Social e Político-Administrativa.....	36
3.1.4. HIV/SIDA e SAN	36
CAPÍTULO IV – O IMPACTO DO HIV/SIDA NA SAN.....	40
4.1. O Caso dos Povoados de Cuchamano e Mathuiri.....	40
4.1.1. Estratégias de Sobrevivência	41
4.1.2. O Papel da Mulher	53
4.1.3. O Papel das Redes de Solidariedade	57
4.1.4. Estigma e Discriminação	63
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
5.1. Apreciação dos Pressupostos	68
5.2. Conclusões	69
5.3. Recomendações.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
OUTRAS REFERÊNCIAS.....	78
ANEXOS	79

CAPÍTULO I – APRESENTAÇÃO

1.1. Introdução

Com uma superfície de 8.660 Km² e uma população estimada em cerca de 159.000 habitantes distribuída por três postos administrativos, nomeadamente Chioco, Luenha e Marave, o Distrito de Changara localiza-se a Sul da Província de Tete e, embora as condições climatéricas não favoreçam para o desenvolvimento da actividade agrícola, esta constitui a actividade económica mais importante, sendo a principal e muitas vezes a única fonte de alimentos e de rendimentos para a maioria da população.

Reconhecendo a importância fundamental da agricultura, a Constituição da República de Moçambique de 2004, no seu Artigo 103º, toma a agricultura como base do desenvolvimento nacional e o Estado garante e promove o desenvolvimento rural para a satisfação crescente e uniforme das necessidades do povo e o progresso económico e social do país.

A agricultura, mais particularmente a agricultura familiar, é a actividade económica mais predominante na economia moçambicana, ocupando a maior parte da população trabalhadora (cerca de 80% da população do país vive nas zonas rurais e têm como principal actividade a agricultura em pequenas explorações, gerando emprego e garantindo a sua subsistência) e contribui com cerca do 40% no Produto Interno Bruto (PIB).

A crescente evolução da pandemia do HIV/SIDA representa cada vez mais um perigo para este sector, uma vez que ela afecta o seu núcleo – a família – a força de trabalho, (CNCS 2000).

Isso significa que os agricultores das zonas rurais em Moçambique, para além da baixa produção, acesso aos insumos melhorados, tecnologia e mercados, actualmente debatem-se com a pandemia do HIV/SIDA, que até certo ponto cria instabilidade e insegurança na população rural.

O Distrito alvo de estudo é predominantemente rural, e o clima seco e a temperatura elevada que se fazem sentir no mesmo não favorecem para o desenvolvimento da actividade agrícola, uma vez que a distribuição das chuvas é extremamente flutuante e errática de ano para ano. Os solos são áridos e observa-se um período longo de secas, fazendo com que a grande maioria da população se encontre em condições de insegurança alimentar e malnutrição.

Tsabete (2004) citando o Ministério de Plano e Finanças – MPF (1998), refere que considera-se insegurança alimentar o estado em que as pessoas estão incapacitadas de obter alimentos suficientes a qualquer momento. Importa distinguir dois tipos de insegurança alimentar: insegurança alimentar temporária e insegurança alimentar crónica.

Insegurança alimentar temporária quando resulta da redução periódica no acesso ou fornecimento efectivo de alimentos, devido a instabilidade da produção, por exemplo. Insegurança alimentar crónica quando é resultado de uma dieta alimentar inadequada, causada pela contínua inabilidade das pessoas em adquirir alimentação necessária, através do mercado ou da produção.

Dentre os vários mecanismos pelos quais o HIV/SIDA afecta a estrutura macroeconómica, destaque vai para o declínio de actividades produtivas relacionado com a doença e níveis de morte. O SIDA está a destruir o sector da população mais activo, que se dedica a agricultura, que faz a maior parte dos trabalhos mais pesados. Como resultado tem-se uma agricultura feita pelos velhos da população adulta e por crianças que têm que lavrar a terra para sustentar os seus irmãos. A perda de um adulto no trabalho (dentro e fora da machamba) é um dos problemas mais discutidos na epidemia do HIV/SIDA. A perda de trabalhadores experientes na área agrícola afecta famílias individuais e comunidades e resulta na escassez do emprego e declínio da produtividade. A morte de um ou ambos os pais afecta a aquisição de vários tipos de conhecimentos e habilidades para as crianças sobreviventes. Adolescentes que perderam os seus pais têm menos possibilidades para continuar com a actividade agrícola. Isto pode conduzir a uma tendência em que a agricultura como um meio de subsistência pode ser abandonada sem que haja uma alternativa no contexto de orfandade.

SAFAIDS (2002), revelou que, um dos maiores impactos a longo prazo do HIV/SIDA na SAN em Moçambique é a perda de conhecimentos sobre a produção de tipos de alimentos locais e habilidades de fazer machambas que leva a uma deterioração gradual da produção de alimentos e sua diversidade.

Neste contexto, o presente trabalho surge num esforço de analisar o impacto do HIV/SIDA na SAN das famílias rurais dos povoados de Cuchamano e Mathuri, dando particular destaque ao papel desempenhado pelas mulheres bem como o das redes de solidariedade no garante da SAN das famílias.

Com este trabalho, pretende-se avaliar o impacto que o HIV/SIDA produz sobre a actividade agrícola e suas implicações na produção e produtividade agrícolas e na SAN das famílias rurais em Moçambique.

Pretende-se também, analisar o rumo que a actividade agrícola, a base do desenvolvimento do nosso país, e também uma das fontes de SAN (senão a única) das famílias, irá tomar a longo prazo enquanto o nível de infecções continuar a ascender. Será que a longo prazo esta actividade tenderá a desaparecer? Para responder a esta e outras perguntas, o presente trabalho, faz uma revisão bibliográfica sobre o tema, faz uma análise geral do HIV/SIDA e suas consequências nos vários sectores de actividade e por fim, na tentativa de obter uma resposta mais precisa, realiza um Estudo de Caso junto a um distrito¹ que comporta todas as características necessárias para obtenção de resultados realísticos sobre o impacto do HIV/SIDA na SAN das famílias rurais.

As questões levantadas ao longo do trabalho são de grande importância, uma vez que Moçambique faz parte dos países mais vulneráveis à epidemia, devido à sua fraca capacidade de gestão da mesma, ao mesmo tempo que lida com outros desafios de desenvolvimento.

¹ A selecção do distrito de Changara para o Estudo de Caso deveu-se a: (i) elevada taxa de prevalência do HIV/SIDA e nível de vulnerabilidade, (ii) actividade principal de subsistência e (iii) condições climáticas características do Distrito.

Para atingir os propósitos traçados, o trabalho está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo é feita uma breve apresentação sobre a temática desenvolvida onde se faz a construção do problema e questiona-se o impacto do HIV/SIDA na SAN das famílias rurais. Assim, constam a questão de partida e os principais pressupostos do trabalho, como também, os seus objectivos orientadores e a metodologia usada na qual se destaca a técnica de recolha de dados. De seguida apresentam-se os motivos que impulsionaram o estudo deste objecto.

Para permitir uma melhor compreensão e enquadramento dos conceitos relacionados com esta temática, o segundo capítulo compreende a revisão de literatura e apresenta estudos concretos feitos noutros países sobre o impacto do HIV/SIDA na SAN. Ainda neste capítulo é analisada a relação entre o HIV/SIDA e a SAN.

O terceiro capítulo que resulta do trabalho de campo, apresenta os resultados preliminares da investigação, caracterizando a área de estudo, passando por um breve historial e pela organização social e administrativa da área de estudo.

De seguida, no quarto capítulo, apresenta-se de forma sucinta o impacto do HIV/SIDA na SAN destacando-se as estratégias de sobrevivência desenvolvidas para mitigar o seu impacto, sem perder de vista o papel das mulheres, bem como, o das redes de solidariedade. Igualmente, é evidenciado o estigma e a discriminação enfrentado pelas FAIHS.

No quinto e último capítulo, apresentam-se as conclusões e as recomendações resultantes das constatações do estudo.

Por fim apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos pertinentes.

1.2. Definição do Problema

O sector agrário em Moçambique é constituído essencialmente pelo sector familiar, que pratica uma agricultura de subsistência a qual depende das chuvas. Devido a sua localização geográfica, o país é afectado sistematicamente por calamidades naturais

(principalmente secas, cheias e ciclones). O efeito das calamidades no país é agravado pela debilidade das estruturas económicas e sociais.

Apesar dos esforços do governo e de várias organizações nacionais e internacionais em promover acções de prevenção, tratamento e mitigação do HIV/SIDA, no meio rural o número de casos não pára de crescer, o que afecta sobremaneira o sector agrário.

O tratamento do SIDA deve ser considerado como uma questão de emergência clínico-sanitária mundial. As pessoas infectadas devem ter um tratamento antiretroviral para conseguir sobreviver. Os antiretrovirais (ARV) retardam o desenvolvimento do HIV, prolongam a vida das pessoas infectadas e tornam-nas mais produtivas. Embora se tratem de medicamentos gratuitos, no nosso país estes ainda não chegam a todos os necessitados. O seu acesso é ainda deficiente e está longe de cobrir a totalidade das zonas rurais do país.

Enquanto os ARV não chegam aos que realmente necessitam, muitas famílias e comunidades choram a perda dos seus entes-queridos e muitas crianças tornam-se órfãs e vulneráveis.

O HIV/SIDA constitui uma ameaça ao desenvolvimento económico dos países, dado que reduz a população activa e produtiva. No caso de Moçambique, país que devido a sua localização geográfica é ciclicamente afectado por calamidades, “ao mesmo tempo” que a distribuição dos medicamentos que retardam o desenvolvimento do vírus do SIDA é deficiente, surge a seguinte questão:

- *Como é que a morbilidade (doença) e a mortalidade devidas ao HIV/SIDA afectam a agricultura (a base do desenvolvimento do País) e, por conseguinte, a SAN das famílias rurais em Moçambique?*

1.3. Pressupostos

P1 – A morbilidade e a mortalidade devidas ao HIV/SIDA contribuem para a baixa produção e produtividade agrícolas.

P2 – O HIV/SIDA influi negativamente na SAN das famílias rurais.

P3 – O rápido crescimento do HIV/SIDA entre a força de trabalho activa no sector agrícola, contribui para o agravamento da pobreza no sector rural.

1.4. Objectivos

Gerais

O presente trabalho tem como objectivo geral avaliar o impacto do HIV/SIDA na agricultura e na SAN das famílias rurais em Moçambique e, fazer projecções a curto e longo prazos das consequências do HIV/SIDA, enquanto a taxa de prevalência continuar a evoluir, sem que haja uma intervenção imediata e eficaz.

Específicos

- Descrever a situação actual do HIV/SIDA e o seu impacto macroeconómico;
- Caracterizar a agricultura em Moçambique;
- Analisar o impacto do HIV/SIDA na força de trabalho activa no sector agrícola e, conseqüentemente, na produção, produtividade e SAN;
- Levantar propostas de medidas de política com vista a mitigar o impacto do HIV/SIDA e a elevar o nível de produção e produtividade nas famílias rurais.

1.5. Metodologia

O trabalho usa os seguintes métodos de pesquisa:

- *Indutivo*, partindo do particular para o geral, na generalização dos resultados para todas as famílias rurais que simultaneamente, estão afectadas e infectadas pelo HIV/SIDA e tem a agricultura como a sua base de subsistência (a partir do caso particular do Distrito de Changara).
- *Dedutivo*, partindo do facto genérico de que a crescente evolução da pandemia do HIV/SIDA representa cada vez mais um perigo para o sector agrícola, uma

vez que ela afecta o seu núcleo, a família, até o caso particular do distrito acima referido.

- *De amostragem*, que consistiu na definição dos grupos a entrevistar com vista à realização dos propósitos do trabalho. As entrevistas foram baseadas num guião (questionário – vide anexo 1) previamente preparado para o efeito.
- *De colecta de dados*, a colecta de dados foi feita em três fases distintas mas interligadas, a saber: na primeira optou-se pela observação documental, essencialmente bibliográfica e, resumiu-se na leitura de livros, relatórios e outros documentos que versam sobre o tema em apreço. Ainda recorreu-se à consulta na Internet e às instituições ligadas ao tema. Seguiu-se a fase da definição da população alvo e a respectiva amostra sobre as quais aplicar-se-ia o questionário. A selecção dos entrevistados foi feita em coordenação com as OBCs² que ajudaram na identificação das famílias que constituem a amostra do estudo. A terceira foi a fase das entrevistas propriamente ditas. Todavia, antes de tudo impunha-se a condição de explicar às OBCs dos dois povoados, sobre os objectivos do estudo e a importância que o mesmo poderia ter para o Distrito.

O estudo baseou-se em FAIHS, isto é, famílias que tinham pelo menos um indivíduo adulto infectado por HIV e/ou famílias que tinham perdido um membro adulto vítima de SIDA (afectados) residentes nos povoados de Cuchamano e Mathuiri. Portanto, a unidade de referência empírica foi constituída por cinco grupos a saber:

1. Comitês comunitários;
2. Agregados familiares chefiados por crianças órfãs de SIDA;
3. Famílias chefiadas por viúvos (as);
4. Agregados familiares chefiados por idosos; e,
5. Agregados familiares com um membro infectado por HIV.

²OBCs são organizações criadas localmente como são os casos de comités e associações comunitárias constituídos por autoridades tradicionais, activistas, régulos, chefes e secretários dos bairros, pessoas necessitadas, etc., que visam reforçar as capacidades das famílias e comunidades de procurar soluções locais para o suprimento das suas necessidades.

O trabalho de campo desenvolveu-se por meio de entrevistas semi-estruturadas, através de um guião previamente preparado para o efeito, e de grupos de discussão³ aliados a uma observação não participante nas visitas efectuadas às famílias dos dois povoados. Os grupos de discussão foram fundamentais pois permitiram conhecer a percepção dum determinado grupo de pessoas sobre o HIV/SIDA e sobre a importância da SAN.

A colecta de dados propriamente dita, foi realizada em 7 dias nos povoados de Cuchamano e Mathuri. Neste processo e sem contar com os 20 participantes dos comités comunitários – com quem se deu início ao trabalho de campo, foram entrevistadas 16 famílias rurais. Isto corresponde a 8 entrevistas em cada povoado e cada entrevista levava cerca de uma hora por cada família e, era conduzida em português e na língua local com ajuda de alguns membros dos Comités Comunitários.

Igualmente, teve-se uma entrevista em profundidade (não estruturada) com uma médica que administra o tratamento ARV no Centro de Saúde da Polana-Canço.

Durante as entrevistas que foram transcritas textualmente para que melhor se entendessem os sentidos e as intenções dos interlocutores, sem perder de vista os objectivos do presente trabalho, teve-se o cuidado de deixar que os interlocutores se exprimissem livremente de acordo com a sua maneira de ver a realidade social.

Nas entrevistas, destacou-se a família porque os indivíduos não podem ser analisados isolados daquilo que são de facto as normas e valores culturais enraizados na família. No entanto, é interessante expor aqui a proposta de Loforte (2000), no que respeita ao mesmo assunto, onde sugere que não se pode tomar como ponto de partida analítico um indivíduo isolado, uma vez que ele é herdeiro de um conjunto vasto de capitais diversos (valores, atitudes, expectativas, património cultural e material) que condicionam a construção das suas trajectórias particulares.

Para abarcar esta realidade, recorreu-se a dois métodos clássicos que podem ser usados no levantamento de dados de trabalho de investigação, propostos por Upton

³ Os grupos de discussão aqui referidos são os membros dos comités comunitários de ambos os povoados, com os quais manteve-se encontros preliminares.

(1987): o primeiro método é de custo médio, através de entrevistas directas aos inquiridos e, por último, o mais oneroso, o método de colecta de dados por observação directa do pesquisador.

Cada um dos métodos acima descritos têm as suas potencialidades específicas em função dos objectivos de cada estudo, do nível de previsão que se deseja alcançar, de condicionalismos de tempo e fundos e da metodologia de análise que se pretende usar. Optou-se, assim, por combiná-los, uma vez que a síntese destes dois dá a possibilidade de realizar a colecta de dados em tempo e custos relativamente reduzidos, como também de usar a amostragem.

Feita a colecta de dados, procedeu-se a descrição e interpretação sumária da informação proveniente das entrevistas e da literatura consultada, privilegiando para tal, a análise qualitativa dos dados.

1.6. Justificação da Escolha do Tema

O facto de estar a trabalhar na área do HIV/SIDA e com famílias e comunidades rurais afectadas e infectadas por esta pandemia constituiu a principal motivação para a escolha do tema.

Segundo, em Moçambique principalmente nas zonas rurais assiste-se a um cenário de proliferação de organizações que em nome do HIV/SIDA gastam milhões de dólares sem com isso alcançarem resultados tangíveis na redução do seu impacto.

Terceiro, porque atendendo as relações desigualitárias de género e poder vigentes no país, as estratégias de combate ao HIV/SIDA e de garantia de SAN devem ser reconhecidas e analisadas dentro de uma perspectiva de género para conseguir-se identificar os papéis que os homens e as mulheres desempenham, suas necessidades específicas assim como o uso, acesso e controlo dos recursos de vária ordem.

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano de Moçambique (2001), as mulheres suportam a maior parte da responsabilidade de garantir a SAN do grupo

doméstico⁴, contudo estão relegadas a um papel subalterno. E nota-se que, grande parte das privações a que as mulheres estão sujeitas tem como base estas relações desiguais de género que emanam da dominância masculina enraizada na cultura e tradição, o que demonstra que parte das práticas culturais e tradicionais são declaradamente obstáculos à igualdade entre homens e mulheres.

No âmbito do impacto crescente do HIV/SIDA, são também as mulheres que se encarregam da maior parte dos cuidados pelos doentes e pessoas vulneráveis. Um dos impactos do HIV/SIDA é o de exacerbar a pobreza, sendo que as mulheres são forçadas a fazer mais trabalho doméstico, cuidando dos doentes e dos órfãos. Esta feminização da pobreza pode ainda ter como impacto, induzir por parte das mulheres, comportamentos de risco adicionais, tais como sexo coercivo ou transaccional.

Em quarto, porque apesar do crescimento económico que Moçambique tem vindo a registar, não se pode afirmar com segurança que o mesmo esteja a contribuir para o melhoramento das condições de vida das populações desfavorecidas. Milhares de pessoas, na sua maioria residentes nas zonas rurais, enfrentam, de entre vários problemas, a fome e a malnutrição.

Timmer et al (1983) citado por Tsabete (2004), afirma que a fome não é uma doença ou um estado biológico simples, mas sim, um problema individual causado pela escolha limitada de quantidades de alimentos básicos, disponíveis ao consumidor individual e é determinado pela incapacidade de aceder a bens alimentares disponíveis localmente e/ou aos meios directos de produção alimentar.

Alguns dos principais factores associados ao problema da fome nas zonas rurais de Moçambique são a ocorrência de calamidades naturais e as dificuldades de funcionamento dos mercados. Estes factores contribuem para a vulnerabilidade das populações, sobretudo se se considerar que a terra, através da prática da agricultura, no nosso país é uma das principais fontes de obtenção de produtos básicos para a dieta alimentar da maioria das famílias rurais.

⁴ Mendras e Goody (1976) citados por Medeiros (1987) definem grupo doméstico como sendo o conjunto de pessoas que, segundo a expressão antiga, vivem da mesma panela e do mesmo lume, do mesmo pão e do mesmo vinho e multiplicam um grupo de indivíduos pelo parentesco ao longo das gerações.

Por fim, a realização deste trabalho ganha importância, na medida em que, visa analisar, compreender e explicar questões inerentes ao HIV/SIDA e SAN nas famílias e comunidades rurais, contribuindo por um lado, para reforçar as capacidades das famílias e comunidades de encontrarem soluções locais para a sua protecção e o atendimento de pessoas tornadas vulneráveis pelo HIV/SIDA e, por outro lado, a nível académico, para estudos futuros como ponto de referência para outros colegas que possam se interessar em fazer um estudo no mesmo âmbito.

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

2.1. HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Matsinhe (2006), na sua obra sobre a dinâmica da resposta moçambicana ao HIV/SIDA descreve que, o fenómeno do HIV/SIDA veio a superfície de forma proeminente nos princípios da década de 80, mobilizando de uma forma excepcional e sem precedentes, diversos sectores da sociedade, entre organismos governamentais não governamentais, redes de amizades, comunidades científicas, agências bilaterais e multilaterais e outros.

Entretanto, Jackson (2004), classifica o SIDA (Síndrome da Imunodeficiência adquirida) como a epidemia mais devastadora dos últimos tempos, assemelhando-se à “morte negra” ou peste bucólica da idade média na Europa, que vitimou milhares de pessoas. Esta autora apresenta dois aspectos fundamentais em que o SIDA difere da peste bucólica.

Primeiro, as pessoas afectadas pela praga, adoeciam e morriam rapidamente, enquanto que o sistema imunológico do organismo pode combater o vírus do HIV durante muito tempo. A doença e a morte manifestam-se, por vezes, só alguns anos após a primeira infecção. Por conseguinte, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) que dá origem ao SIDA, alastrou-se rapidamente pelo mundo antes que a epidemia se manifestasse. O SIDA, tido como condição rara que afectava os homossexuais nos Estados Unidos por volta dos anos 1980, foi reconhecido como “um grande problema de saúde” apenas seis anos depois, altura em que o HIV já se havia manifestado em grande parte da África Oriental, Central e Austral e atingido todos os outros continentes e países do mundo. Uma epidemia maciça, que se tornou numa realidade inquestionável.

A segunda diferença entre a peste e o SIDA está relacionada com as pessoas mais afectadas. A praga vitimou pessoas de todas as idades, com maior prevalência para os mais fracos – os jovens, os enfermos e os idosos – cujos sistemas imunológicos

estavam fragilizados. Por seu lado, o SIDA afecta predominantemente os mais fortes: adultos jovens e de idade média, sobre os quais dependem a economia nacional e a sobrevivência da família.

Em pouco anos, o HIV/SIDA foi percebido como uma doença de proporções globais, acompanhada de predições numéricas e estatísticas assustadoras, regularmente colocada à disposição por organismos vocacionados à tutela global de assuntos relativos à saúde e doença, como a OMS – Organização Mundial da Saúde, (Matsinhe, 2006).

2.1.1. Origens

O debate em torno do HIV como vírus causador do SIDA é controverso, daí que, as origens do HIV, enquanto vírus, e do SIDA, enquanto condição médica, merecem consideração separada.

Continua-se a questionar como e onde, quando e porquê o vírus primeiro afectou os seres humanos. Alguns atribuem o SIDA a Deus, como castigo pela promiscuidade sexual. Outros culpam os ensaios de guerra biológica que libertaram o vírus na população global, quer deliberada, quer acidentalmente.

Existe outra perspectiva que o atribui a vacinas contra a poliomielite, muito difundidas em África nas décadas de 1950 e 1960, à base de sémen de macacos provavelmente infectados por SIVs (Vírus da Imunodeficiência Simiana). Estes vírus não podiam ser detectados na altura, mas foram passados muito rapidamente a milhares de seres humanos através das vacinas.

A via mais provável de transmissão pode ter sido através de mordedelas ou cortes. As pessoas que caçavam macacos selvagens e chimpanzés para alimentação, ou que os guardavam como animais de estimação, podem ter sido mordidas e assim infectadas pelo vírus (Jackson, 2004). Ao matar ou abater os animais para obter a carne, é possível que inadvertidamente tenham adquirido o SIV através de cortes nas mãos. À medida que se deu a mutação dos vírus dos macacos nos seres humanos, mudou-se para HIV, começando a ocasionar o SIDA (*Idem*).

Jackson observa ainda que, uma vez no organismo humano, o HIV parece ter levado muito tempo até se tornar numa epidemia generalizada. Os primeiros casos de SIDA datam dos anos 1950 e 1960, detectados a partir de amostras de sangue e tecidos de pessoas que morreram devido a uma deficiência imunológica desconhecida. Foi quando o vírus atingiu uma população móvel, sexualmente activa, que a disseminação do vírus se verificou. O HIV alastra-se através do contacto sexual e do sangue, inclusive das mães para os bebés no útero, e no leite da mãe. Na segunda metade do séc. XX, com o aumento da deslocação internacional e o relaxamento das relações sexuais, a população mundial, sem o saber, viu-se confrontada por um maior risco. As primeiras mortes do SIDA ocorreram principalmente em África, indicando a origem do vírus entre os macacos no continente.

É importar realçar a diferença entre a infecção por HIV e pelo SIDA.

A infecção por HIV significa que, apesar da ausência de sintomas da doença, o vírus está presente no organismo, e uma pessoa infectada pode infectar a outras através do contacto sexual ou através de transfusão de sangue ou ainda através do leite materno. A pessoa infectada pode gradualmente desenvolver o SIDA.

O SIDA é a fase final da infecção por HIV. Nesta fase, o vírus enfraquece gravemente os mecanismos de defesa do organismo contra doenças, a pessoa sofre de doenças que reduzem a sua esperança de vida, a menos que tenha acesso a medicamentos ARV⁵ que combatem o vírus. Estes medicamentos podem prolongar a esperança de vida por alguns anos mas não constituem ainda uma cura.

2.1.2. Situação Actual do HIV/SIDA

Embora o HIV e o SIDA agora tenham sido identificados em quase todo o mundo, a prevalência ou o alcance da infecção difere entre países e no interior dos próprios países. O HIV atingiu diversas regiões em momentos diferentes, e tem vindo a alastrar-se com mais ou menos rapidez nas diversas populações, em função dos factores de risco que ocasionam diferentes tendências relativamente à epidemia.

⁵ Os antiretrovirais são medicamentos que atenuam os efeitos do vírus do HIV no organismo humano prolongam a vida quando acompanhados de uma boa alimentação e boas condições de higiene. Quando isso não acontece eles próprios tornam-se prejudiciais a saúde, aumentando a degradação do organismo e causando a morte.

Dados divulgados pela UNAIDS (2006) indicam que quase 40 milhões de pessoas, em todo o mundo, vivem com o HIV. Em 2006, registou-se mais de 4,3 milhões de novos infectados. O SIDA continua a alastrar-se, a uma velocidade pandémica, por todo o globo, com maior predominância na África.

A mesma fonte indica que a África Subsaariana, com 63% dos infectados, é a região do mundo onde os efeitos do SIDA são mais nefastos. Dois terços dos casos de HIV/SIDA no mundo estão em África e grande parte dos 21 países com taxas mais elevadas são vizinhos de Moçambique.

Mais de dois terços de todas as pessoas infectadas pelo HIV (aproximadamente 21 milhões) vivem na região Subsaariana, responsável por 83% dos óbitos por SIDA em todo o mundo. Estima-se uma proporção ainda maior, em torno de 87% de crianças contaminadas pelo HIV vivendo na África. Existem inúmeras razões para isso: primeiro, há uma concentração maior de mulheres em idade fértil contaminadas pelo vírus HIV na África do que em qualquer outro lugar do planeta; segundo, mulheres africanas têm, em média, mais filhos do que mulheres de outros continentes e, portanto, uma mulher africana infectada pode transmitir o vírus a um número maior de crianças; terceiro, quase todas as crianças africanas são amamentadas. Acredita-se que o aleitamento materno seja responsável por um terço da metade dos casos de transmissão materna pelo HIV.

2.1.3. HIV/SIDA em Moçambique

Moçambique localiza-se na África Subsaariana, portanto, faz parte do grupo dos 10 países mais afectados pelo vírus HIV/SIDA no mundo, com maiores taxas de seroprevalência e onde a evolução da doença é mais preocupante.

Matsinhe (2006), refere que o primeiro caso de SIDA em Moçambique foi diagnosticado no Norte do país na Província de Cabo Delgado, concretamente na cidade de Pemba. Relata ainda que foi diagnosticado num médico clínico geral de origem haitiana⁶ que já apresentava sinais da doença, mas como na altura o nosso país

não dispunha de equipamentos/capacidades para a realização de testes de HIV, este médico foi enviado para a República da África do Sul, onde se confirmou a sua seropositividade.

Desde então o número de casos tem vindo a crescer de forma consistente. Nos primeiros anos a propagação do vírus foi lenta e pouco se fazia sentir, dado que os focos de disseminação eram poucos e isolados, porém, a partir de 1992, durante o processo de reconciliação e primeiras eleições multipartidárias, houve um crescimento exponencial dos focos de contaminação de HIV/SIDA. A abertura e exposição de Moçambique ao exterior tornaram-se maiores. Vários expatriados e refugiados no exterior regressaram para Moçambique. Aumentou o fluxo de estrangeiros no território nacional e principalmente houve a chegada dos “capacetes azuis”⁷. Esses focos encontraram em Moçambique um campo fértil para que rapidamente se propagasse dadas as práticas culturais e tradicionais existentes.

Conforme dados do Plano Económico e Social e Orçamento do Estado (2007), 700 pessoas são diariamente infectadas pelo vírus do HIV/SIDA e a taxa de prevalência de HIV/SIDA entre a população adulta (15-49 anos), ronda a volta de 16.2%, com as respectivas diferenças regionais, como demonstra a Tabela 1.

⁶ No âmbito da implantação do Socialismo em Moçambique, era comum a presença no país de vários técnicos profissionais, vulgos “cooperantes” que na sua maioria eram oriundos de Cuba e União Soviética. (Matsinhe, 2006)

⁷ Como são designadas as forças de manutenção da paz da ONU – Organização das Nações Unidas.

Tabela 1 – Taxas Ponderadas de Prevalência do HIV/SIDA em Adultos (15-49 anos) por Província, Região e Nacional

Províncias	Taxas de Prevalência	Região		Nacional
Maputo Cidade	20.7%	Sul	18.1%	16.2%
Maputo Província	20.7%			
Gaza	19.9%			
Inhambane	11.7%			
Sofala	26.5%	Centro	20.4%	
Manica	19.7%			
Tete	16.6%			
Zambézia	18.4%			
Niassa	11.1%	Norte	9.3%	
Nampula	9.2%			
Cabo-Delgado	8.6%			

Fonte: Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA, 2004.

De acordo com o MMAS – Ministério da Mulher e da Acção Social (2006), Moçambique possui 87 mil crianças órfãs de pais vítimas de HIV/SIDA. O mesmo plano revela que até 2002 tinham morrido no país perto de 70 mil pessoas de várias faixas etárias, na sua maioria adultos, que deixaram elevado número de crianças órfãs e desamparadas. Ainda de acordo com a mesma fonte, a maior parte das crianças órfãs está no Centro do país, onde se estima que o número ascenda a 58 mil, contra 21 mil da Região Sul e oito mil do Norte.

Quanto aos mortos devido ao HIV/SIDA, a Região Centro é tida como a mais flagelada, somando 44 mil óbitos, contra 17.900 do Sul e 6.600 do Norte. Devido ao elevado índice de mortes e, conseqüentemente, de órfãos, a Zona Centro é apontada como a que possui a maior taxa de seropreválencia no país, que se situa neste momento na ordem dos 20.4%, sendo que as outras regiões detém 18.1% e 9.3%, no Sul e Norte, respectivamente.

Ainda na Região Centro de Moçambique, a província de Sofala é a mais afectada pela doença, com 26.5%, contra 19.7, 16.6 e 18.4% das províncias de Manica, Tete e Zambézia.

A Região Sul de Moçambique apresenta a segunda maior taxa de seroprevalência e consequentemente de mortes e órfãos. Dados da ronda de 2004, indicam que na Zona Sul, a Província e Cidade de Maputo ocupam as primeiras posições com as taxas a coincidirem por volta dos 20.7%, seguida de Gaza com 19.9% e Inhambane com 11.7%.

Já na Região Norte do país, a Província do Niassa lidera os índices de seroprevalência da região, atingindo os 11.1%, enquanto que as Províncias de Cabo Delgado e Nampula apresentam 8.6 e 9.2%, respectivamente.

Apesar de inúmeros esforços dos vários intervenientes no sentido de prevenir e combater novas infecções, a tendência de infecção por HIV/SIDA no país é de aumentar (vide a Tabela 2 que mostra a evolução do HIV/SIDA entre os anos 2000 e 2004). E, esse aumento observa-se em zonas onde o nível de infecções já é elevado. Nos primeiros anos em que a epidemia se fez sentir em Moçambique, as taxas mais altas registaram-se na Zona Centro do País nas Províncias de Sofala e Manica com, 20.6 e 17.3% respectivamente, e a taxa mais baixa registou-se na Província de Nampula com 4.8% seguida da Província do Niassa com 6.2%.

Em termos de evolução da epidemia, como se pode observar na Tabela abaixo, verifica-se de forma geral, que todas as regiões apresentam uma tendência crescente, embora se observem diferenças no ritmo de crescimento entre as várias províncias. A Zona Centro continua a registar as taxas mais elevadas, sendo que a Província de Sofala apresenta a maior percentagem de prevalência (26.5%).

Tabela 2 – Dados Comparativos da Evolução da Prevalência do HIV/SIDA em Moçambique

PROVÍNCIA	2000	2001	2002	2004
Cid. de Maputo	13.5%	15.5%	17.3%	20.7%
Prov. de Maputo	14.4%	14.9%	17.4%	20.7%
Gaza	12.6%	19.4%	16.4%	19.9%
Inhambane	7.8%	7.9%	8.6%	11.7%
Região Sul	12.0%	14.4%	14.8%	18.1%
Sofala	20.6%	18.7%	26.5%	26.5%
Manica	17.3%	18.8%	19.0%	19.7%
Tete	16.3%	16.7%	14.2%	16.6%
Zambézia	10.0%	15.4%	12.5%	18.4%
Região Centro	14.4%	16.8%	16.7%	20.4%
Niassa	6.2%	5.9%	11.1%	11.1%
Nampula	4.8%	7.9%	8.1%	9.2%
Cabo Delgado	7.5%	5.0%	7.5%	8.6%
Região Norte	5.7%	6.8%	8.4%	9.3%
NACIONAL	11.0%	12.7%	13.6%	16.2%

Fonte: MISAU/INE, 2005

2.1.4. Projeções da Evolução e do Impacto do HIV/SIDA em Moçambique

O maior, o mais recente e mais preocupante problema de saúde no país é o HIV/SIDA. Em Moçambique estima-se que 700 pessoas contraem novas infecções do HIV por dia e que a maioria das infecções ocorre entre os seropositivos⁸. Como consequência e segundo o MPD – Ministério da Planificação e Desenvolvimento (2007), calcula-se que o número de novos casos de SIDA venha a atingir 147.492 no presente ano e um pouco mais de 1,7 milhões de pessoas poderão estar infectadas pelo vírus, principalmente nas faixas etárias dos 15 aos 49 anos, onde as mulheres se afiguram as mais vulneráveis.

As projecções da evolução da epidemia do HIV/SIDA em Moçambique, indicam que, se o padrão histórico da evolução se mantiver, sem intervenção imediata e eficaz, a epidemia continuaria a crescer até ao ano 2009, altura em que se iria estabilizar em

⁸ Os seropositivos, apesar de já estar infectados por vírus do HIV, estão sujeitos a novas infecções, isto é, a reinfeção. Por isso que, mesmo para casais já seropositivos aconselha-se o uso do preservativo nas relações sexuais no sentido de evitar a reinfeção.

torno dos 17%, como resultado de se ter atingido um equilíbrio entre infecções pelo HIV e mortalidade por SIDA, ou seja, altura em que o número de óbitos diários passaria a igualar-se ao de novas infecções diárias.

Os órfãos maternos devido ao SIDA têm estado a aumentar, enquanto que os órfãos cujas mães morrem por outras causas tendem a reduzir. O HIV/SIDA tem o potencial para reduzir esperança de vida ou longevidade vital da população.

Num cenário de ausência do SIDA estimou-se que a esperança de vida ao nascer passaria de 44 anos em 1999, para 50 anos em 2010. Considerando os efeitos da pandemia, a longevidade vital dos moçambicanos irá decrescer consideravelmente e em 2010, a esperança de vida será de apenas 35,9 anos⁹.

A faixa etária mais vulnerável é a dos jovens e muito em particular as raparigas. Observa-se que a mortalidade causada pelo SIDA está a mudar a estrutura populacional devido a um súbito decréscimo no número de adultos acima dos 30 anos facto que tem efeitos incalculáveis no tecido socio-económico do país.

Devido a esta pandemia, prevê-se que a população em idade escolar, bem como a que frequenta a escola diminua, pondo assim, em causa a capacidade do sistema educativo de responder ao seu mandato de formação de capital humano com capacidade para produzir e inovar cada vez mais e assegurar o crescimento social e económico do nosso país.

As projecções de prevalência de HIV e incidência de casos de SIDA mostram que o nível dos impactos da morbilidade e mortalidade que são observadas actualmente irão aumentar e mudar de área geográfica com o passar do tempo. Este factor tem implicações no delineamento de estratégias da prioridade de intervenções através de género, idade, ocupação e de região que precisará ser revisto continuamente com base na informação de observância e sistema de monitorização.

Segundo ainda o MPD (2007), as implicações do HIV/SIDA para o crescimento económico indicam também, que as taxas anuais de crescimento do PIB *per capita*

⁹ Segundo MISAU (2001).

seriam entre 0,3% e 1,0% mais baixas que num cenário sem SIDA, durante o período entre 1997 e 2010 com efeitos mais fortes no período de 2005 a 2010. As principais causas de redução do crescimento são:

1. reduzida taxa de crescimento da produtividade;
2. reduzida taxa de crescimento populacional e de acumulação de capital humano; e,
3. rácio reduzido de acumulação de capital físico.

Dependendo do tempo e da gravidade com que a pandemia do HIV/SIDA, se fizer sentir ao longo dos anos, os impactos resultantes terão efeitos cumulativos danosos a longo prazo na economia nacional.

Relativamente ao crescimento económico *per capita*, os impactos do SIDA no período 2005-2010 calculam-se numa fracção que se situa no intervalo entre 10 a 50%, da taxa de crescimento *per capita* de 5%. A mitigação dos efeitos da pandemia e a manutenção das condições básicas para o prolongamento da vida dos infectados, são acções extremamente importantes previstas na estratégia nacional do combate ao HIV/SIDA, para um crescimento económico sustentável e para a redução da pobreza.

2.2. SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

A SAN é um conceito em constante evolução. É dentro desta perspectiva que, por exemplo, aquando da Conferência Mundial sobre Alimentação em 1974, a SAN consistia em dispor a todo o instante de um nível adequado de produtos básicos para satisfazer o consumo crescente e atenuar as flutuações da produção e de preço (Lisboa, 2000).

Com o impacto dos problemas da fome em África 1984/85, a definição foi então enriquecida: uma sociedade dispõe de SAN quando satisfaz não somente as necessidades nutricionais dos seus membros mas também quando desenvolve estruturas internas que lhe permitam manter reservas alimentares em períodos de crises.

Em 1986, o Banco Mundial considerou a SAN como sendo o acesso de cada indivíduo, a todo o momento a recursos alimentares permitindo levar uma vida sã e saudável, (*Idem*).

Por sua vez, Reullinger (1987), analisa que SAN define-se pelo acesso de toda a população à suficiente quantidade e qualidade de bens alimentares de primeira necessidade para sustentar uma vida activa e saudável. Salieta ainda que, a SAN do grupo doméstico define-se pelo acesso de todos os indivíduos do grupo doméstico em todas as alturas, de uma alimentação suficiente e adequada¹⁰ que pode sustentar uma vida activa, saudável e produtiva.

O MPF (1998), aponta que a definição de SAN comporta três dimensões implícitas no conceito, nomeadamente: disponibilidade, acesso e utilização.

- (1) Disponibilidade de alimentos constitui uma condição básica (mas não suficiente) para garantir a SAN e nutrição. A disponibilidade do fornecimento de produtos alimentares básicos a nível regional e local é definida em função da soma da produção, das compras líquidas, ofertas (incluindo ajuda alimentar), dos *stocks* disponíveis, deduzidas as perdas e outras utilizações diversas da alimentação.

- (2) Acesso define a capacidade dos indivíduos de obterem alimentos. O acesso depende da capacidade das famílias produzirem os alimentos de que necessitam, de adquiri-los no mercado através de compra, ou por donativo ou doação. O acesso relaciona-se com a capacidade dos indivíduos disporem de recursos suficientes para adquirir alimentação adequada para as suas necessidades, o que pressupõe a existência de uma sustentabilidade ambiental apropriada que contribui para o fornecimento de alimentos e de uma

¹⁰ Alimentação suficiente: dieta alimentar adequada e balanceada, energia, calorias e nutrientes, diversidade de utilização e preparação da comida. E uma alimentação adequada, neste contexto, é definida como correspondendo a 2,128 Kcal/dia percapita. Este valor é fornecido por um conjunto de produtos alimentares e não obstante os padrões alimentares variarem entre famílias. A nível nacional estima-se que cerca de 80% desses nutrientes são provenientes de culturas como a mandioca, o milho, a mapira, a mexoeira, o feijão e o amendoim.

sustentabilidade económica e social.

- (3) Utilização para alcançar um estado nutricional adequado. É necessário assegurar que os alimentos que estão disponíveis e acessíveis ao agregado familiar, através da produção, compra, caça/recolocção e troca, sejam transformados numa dieta adequada, e que o corpo humano possa utilizar os nutrientes fornecidos por essa dieta.

A utilização adequada a nível individual, pode ser entendida como a ingestão, digestão e a absorção dos alimentos, transporte e acção biológica dos nutrientes no corpo.

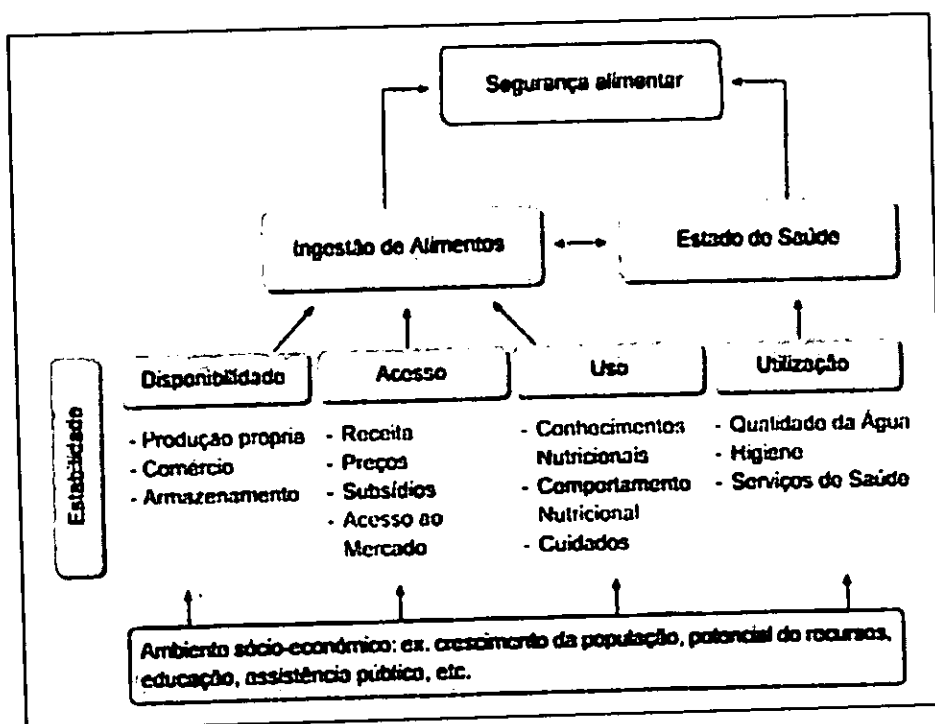
A nível da família, relaciona-se com o processo como os alimentos disponíveis são transformados numa dieta adequada.

Por seu turno, Maunder e Wiggins (2006), argumentam que o modelo de SAN baseado em três pilares (disponibilidade, acesso e utilização) é limitado. E que, a crescente consciencialização das limitações desse modelo na explicação da insegurança alimentar, criou a necessidade de se expandir o mesmo para incluir um quarto pilar – estabilidade – que visa garantir que a SAN seja mantida por um certo período de tempo face a uma variedade de choques económicos, sociais e políticos, conforme ilustra a Figura 1.

Nos últimos anos a grande atenção está virada para o desenvolvimento ou revisão de políticas alimentares e de nutrição¹¹ para que incluam o conceito mais alargado. Há um reconhecimento de que os sucessivos elementos da disponibilidade, acesso e utilização são necessários mas não são, por si só, suficientes para garantir a SAN.

¹¹No passado mês de Outubro, o conselho de Ministros aprovou a II Estratégia de SAN e Nutricional.

Figura 1 – Moldura Conceptual para a SAN



Fonte: Maunder e Wiggins (2006)

2.3. Família Rural

Para Negrão (2001), *“a família rural é definida como a mais pequena unidade de produção consumo e distribuição das sociedades rurais africanas, onde as funções de produção e consumo são interdependentes nos processos de tomada de decisão e adjudicação de recursos desta particular unidade. Daí que não se pode considerar que a casa é uma unidade de consumo e a empresa, a unidade de produção”*.

Avançando ainda com as observações de Negrão (2001), referir que a família rural é uma unidade de produção que considera que o acesso à terra é indispensável para a obtenção de um resultado agrícola em espécie e, eventualmente, em dinheiro, não constituindo, no entanto, uma unidade autónoma de produção. Como unidade de consumo esta família tem uma função de bem-estar social representada pelos benefícios dos seus membros e pela garantia da reprodução social; função essa avaliada com base na adjudicação de tempo pelos membros da família em actividades produtivas agrícolas e não agrícolas. A família distribui os factores de produção de acordo com a fonte e a forma de rendimento entre os tipos de actividade económica. Esta distribuição depende do rendimento imediato e das inter-relações sócio-

económicas que envolvem um sistema dinâmico de alianças expressas no casamento.

Para o estudo proposto e pelas discussões nele integrados optou-se pelo conceito de família como *“grupo caracterizado pela residência em comum e pelo convívio de pais e filhos, isolados dos demais parentes e que desempenha funções das quais as mais importantes e permanentes são a reprodução da espécie, a criação e a socialização dos filhos e a transmissão essencial do património cultural”* (Silva, 1986).

No presente trabalho pretende-se estudar a família como um grupo restrito, é o reparo que deve ser feito em relação ao conceito adoptado concretamente no concernente a “isolados dos demais parentes”, pois dá a impressão de não existir relações de parentesco, de afectividade ou afinidade entre àquela população. Estudar como grupo restrito mas que estabelece uma gama de relações com outros grupos conformando-se ou não com os direitos e obrigações impostos pela sociedade em que está inserido. Aliás, para Andrade (1998), devido a complexidade da realidade social, da composição e da estrutura dos agregados familiares, vê o conceito de família comportar três dimensões: (i) *“uma dimensão relacional, que é fornecida pela relação de parentesco, de afectividade ou afinidade”*; (ii) *“uma dimensão espacial de coabitação “household” (entendido como agregado familiar)”* e; (iii) *“uma dimensão económica, que tem como fundamento o orçamento comum”*.

É de referir que a preferência em analisar o impacto do HIV/SIDA na SAN ao nível da família, prende-se ao facto de se acreditar que o impacto seja mais grave no âmbito do agregado familiar¹² por afectar, grosso modo, mais de um dos adultos do agregado familiar, geralmente aqueles que estão em idade produtiva e garantem o bem-estar dos restantes membros da família.

A maior parte dos agregados familiares rurais dedicam-se a agricultura, pesca e silvicultura e a maior parte da sua produção é para o consumo familiar. A perda dos indivíduos (perda da mão-de-obra) na produção de pequena escala na agricultura e pesca de subsistência constitui um grande problema para essas actividades. A

¹² Uma ou mais pessoas ligadas ou não por laços de parentesco que vivem na mesma casa, em comunhão de mesa, e partilham a maior parte das despesas da casa. O termo família também é utilizado no sentido de agregado familiar. (CNCS, 2005).

consequência imediata é a perda do insumo para a produção agrícola, baixa produção das culturas destinadas ao consumo conduzindo à malnutrição dos indivíduos.

O impacto do HIV/SIDA na família depende do tamanho do agregado familiar, da idade dos dependentes e do número de pessoas sofrendo com SIDA. A morte que resulta do SIDA ou outra doença desintegra a estrutura familiar e isso tem profundas implicações na distribuição dos recursos, rendimentos, consumo, poupança, assim como no bem-estar dos sobreviventes. A duração da doença faz aumentar o impacto. Isto implica um aumento proporcional do tempo gasto nos cuidados do doente com SIDA e a redução do tempo que um adulto necessita para realizar as suas actividades, nomeadamente a mulher, para as actividades domésticas como: cozinhar, tomar conta das crianças, cartar água, recolher a lenha, e as de geração de recursos como, ir à machamba, vender no mercado, etc. (CNCS, 2000).

Dado que a deterioração do estado de saúde devido ao SIDA é bastante lenta, muitas famílias esgotam todas as suas poupanças antes de o doente morrer. Pior ainda, as famílias perdem os seus rendimentos, não apenas pelas despesas de assistência médica à pessoa infectada, mas também pelos membros da família que, para ficarem a tomar conta do doente, não podem ir trabalhar. Esta perda é ainda maior em famílias que têm mais do que uma pessoa doente.

Por outro lado, além da redução do rendimento do agregado familiar, há casos em que os sobreviventes, tratando-se da mulher e filhos, perdem o acesso às suas terras, casa, pastos e outros bens, devido à expropriação pela família do marido falecido. Isto incrementa a sua condição de sobrevivência, e resulta no agravamento da vulnerabilidade da mulher e das crianças.

2.4. Estudos Sobre o Impacto do HIV/SIDA na SAN das Famílias Rurais

Uma publicação da SAFAIDS (Mutangadura et al, 1999) recolheu uma gama de estudos em matéria do impacto do HIV/SIDA sobre SAN na África Austral e, em particular, as implicações para as mudanças tecnológicas. Tais estudos mostraram que os impactos eram primeiro sentidos na agricultura e repercutiam-se na SAN.

A agricultura de pequena escala e de subsistência constituem as maiores fontes de rendimento para milhões de famílias africanas. O impacto do SIDA sobre esta agricultura é extremo, uma vez que a maioria delas carece de uma margem de segurança suficiente para fazer face à disponibilidade reduzida de mão-de-obra. À medida que se vai reduzindo a mão-de-obra, as famílias viram-se para a cultura de um único produto e reduzem as áreas de cultivo. A gestão agro-pecuária fica cada vez menos desenvolvida, resultando em maiores perdas na criação de caprinos e galináceos e outras espécies. Verifica-se um declínio na transmissão dos métodos tradicionais de agricultura e, conseqüentemente perdem-se os conhecimentos. Com isto, regista-se um declínio nas actividades agrícolas, à semelhança da perda de memória institucional e experiência numa empresa formal.

Os estudos mostraram também que, uma implicação grave do declínio da agricultura é a redução da SAN, não apenas em famílias integradas directamente na agricultura mas também nas populações urbanas que tem que comprar os géneros alimentícios.

Nos seus estudos sobre o impacto do HIV/SIDA na SAN, Jackson (2005), indica que na África Austral, o impacto grave do SIDA sobre a produção de géneros alimentícios deu origem à expressão "fome da nova variante". Normalmente, a fome vitima os idosos e os mais fracos, agravando os rácios de dependência (o rácio entre adultos produtivos e dependentes). Ao dizimar as pessoas de idade produtiva, o SIDA contribui para o agravamento de rácio de dependência, sobretudo em situações de carência alimentar, à medida que os adultos subnutridos avançam mais rapidamente para a fase final da doença. O SIDA dificulta a obtenção do excedente agrícola nos anos favoráveis para fazer face às carências alimentares em primeiro lugar. Assim, quando são atingidos por uma época má ou uma calamidade, ou por distúrbios civis, guerras, ou má administração, por exemplo, a recuperação leva muito mais tempo.

A Organização das Nações Unidas para a alimentação e Agricultura (FAO) apoiou estudos sobre o impacto da doença e morte por HIV/SIDA nos agricultores de pequena escala em Tanzânia, Uganda e Zâmbia. Nesses estudos, foram examinados os custos directos para as famílias (médicos e funerais), bem como os custos indirectos ocasionados pela perda de trabalhadores. Em função do tipo de agricultura e da mão-de-obra necessários, os custos elevados resultavam numa redução da terra cultivada, criação inadequada dos animais, um aumento na morte dos animais, subutilização das

terras e adopção de uma agricultura menos intensiva em mão-de-obra com menos variedade de culturas. Havia menos dinheiro para insumos, pelo que as pestes e as doenças aumentaram, as colheitas diminuíram e as receitas e os rendimentos sofreram uma queda e o consumo de alimentos reduziu drasticamente. Entretanto, as despesas aumentaram com os cuidados de saúde, ocasionando, frequentemente, a venda de activos. O resultado que se generalizou foi uma espiral de intensificação da pobreza e horizontes curtos de planificação, as crianças retiradas da escola e as necessidades imediatas a tomarem precedência sobre as de longo prazo.

A Divisão de População da ONU – UN Population Division (2001), destaca que o impacto marcante do HIV/SIDA sobre as famílias, é a redução da SAN através da morte dos camponeses. A morte dos camponeses resulta na redução do consumo de alimentos nutridos que por sua vez provoca a malnutrição, que poderá aumentar o risco de infecção.

2.5. Relação entre HIV/SIDA e SAN

O Secretariado Técnico da SAN – SETSAN (2006), defende que a ligação entre a SAN e o HIV/SIDA é bidireccional, isto é, o HIV/SIDA pode aumentar a vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional, e esta, pode contribuir para o aumento da susceptibilidade dos indivíduos para novas infecções de HIV e/ou o seu rápido progresso para a SIDA. A SAN, desde o ponto de vista fisiológico, é um elemento chave para a prevenção do HIV/SIDA. Um organismo humano bem alimentado é menos vulnerável a contrair a infecção. Além disso, famílias com SAN não estão tão expostas a comportamentos de risco para contrair o HIV/SIDA.

Como principal pilar da economia em Moçambique, o sector agrícola tem um contributo crucial nas respostas que o país pode dar para enfrentar os problemas decorrentes do HIV/SIDA. Cerca de 80% da população moçambicana tem na agricultura a sua principal fonte de subsistência. A SAN tem um papel fundamental tanto na prevenção como na minimização da doença. A SAN permite também a fixação das populações nas suas áreas de residência e a continuação da actividade agrícola, e que conseqüentemente as comunidades permanecem unidas e cuidam dos órfãos, dissuadindo as pessoas de se mudarem para as cidades e de adoptarem

comportamentos de risco em termos de HIV/SIDA. Os alimentos saudáveis e nutritivos são muitas vezes o único tratamento disponível para as populações pobres das zonas rurais, e esses alimentos contribuem para retardar o progresso da doença entre a infecção e a manifestação do SIDA. Mesmo com acesso aos ARVs, uma dieta equilibrada é fundamental para que os medicamentos sejam eficazes.

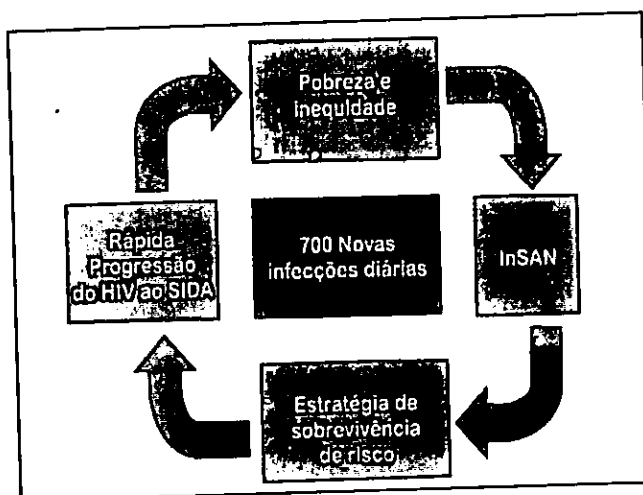
Os ARVs estão cada vez mais disponíveis a pessoas pobres nos países em desenvolvimento. No nosso país foi aprovado no corrente ano o estudo de viabilidade para a construção de uma fábrica de ARVs.

Os custos dos ARVs estão a baixar. Em alguns casos são distribuídos gratuitamente, mas a eficácia dos ARVs é influenciada pelo acesso à alimentação e nutrição adequadas. Os medicamentos são fortes e muitos devem ser tomados “com o estômago cheio” o que é difícil para as pessoas em zonas de poucos recursos. Há muitas evidências de que pessoas em tratamento ARV que recebem suplementos alimentares tendem a recuperar mais rapidamente (SAFAIDS, 2002).

Um organismo mais forte e saudável pode também aumentar a resistência a infecções oportunistas, que são perigosas para as pessoas vivendo com HIV/SIDA, especialmente em zonas de poucos recursos onde os cuidados de saúde preventiva não são disponíveis.

O ciclo vicioso entre o HIV/SIDA e a SAN está demonstrado no Diagrama que se segue.

Figura 2 – Ligações Cíclicas do HIV-SAN



Fonte: SETSAN (2006)

CAPÍTULO III – ASPECTOS GERAIS DO DISTRITO DE CHANGARA

3.1. Situação Geográfica

A área de estudo localiza-se na Província de Tete. Esta por sua vez, situa-se na Zona Centro de Moçambique e tem uma superfície de 103.218 Km², uma população de 1.472.717 habitantes e uma densidade populacional de 16 Hab/Km² (MAE, 2005).

O Distrito de Changara, encontra-se localizado a Sul do Rio Zambeze, com a Sede-Luenha a 96 Km da cidade capital da província. É limitado a Norte pelo Distrito de Cahora Bassa, Chiúta, Moatize e Cidade de Tete, a Sul pela Província de Manica através do Rio Luenha e a Este pela República do Zimbabwe e pelos Distritos de Mágòe e Cahora Bassa.

Segundo dados do Perfil de Changara, este distrito possui uma população estimada em 159.344 habitantes, constituída maioritariamente por mulheres (85.000), sendo que 24% das famílias é do tipo monoparental chefiada por mulheres. O distrito possui ainda três postos administrativos que por sua vez estão subdivididos em nove localidades como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 – Número de Habitantes por Posto Administrativo do Distrito de Changara

Posto Administrativo	Localidade	Habitantes	Homens	Mulheres
Luenha	Luenha-Sede Dzunga Nhautenga	29.767	13.915	15.852
Chioco	Mázòe Chimpebere N'chenga	61.075	28.587	32.488
Mavara	Baruma Cachembe Mufa-Conde	68.502	32.332	36.170

Fonte: Adaptado do Perfil do Distrito de Changara (MAE, 2005).

Contudo, convém ressaltar que os números apresentados na tabela acima, são apenas indicativos, porque são alterados em virtude de constantes movimentações de emigrantes para as Cidades de Tete, Beira, Chimoio e outras a procura de melhores condições de vida. Isto põe em evidência a importância do trabalho migratório também motivado pelo impacto crescente do HIV/SIDA, pela falta de água e de empregos.

O Distrito de Changara possui 37.050 famílias constituídas em média por 3 a 5 membros cada.

O abastecimento de água potável é deficiente. Existem apenas poços superficiais sem condições adequadas de higiene. Muitas famílias têm que percorrer entre 5 a 10 km até a fonte de água mais próxima.

O clima é do tipo seco de estepe¹³ com Inverno seco, com duas estações distintas. A estação chuvosa que é muito curta e a estação seca, muito longa.

A temperatura elevada que se faz sentir no distrito agrava consideravelmente as condições de fraca precipitação nesta região, provocando deficiências de água para o crescimento normal das culturas.

Geomorfologicamente o distrito ocorre parcialmente no vasto complexo Gnaisso-Granítico do Mozambique Belt, onde sobressaem em forma de *Inselberg* as rochas intrusivas do Pós-Karoo¹⁴.

Devido as destruições causadas pela guerra civil, Changara debate-se com problemas de falta de infra-estruturas comerciais. A rede comercial é quase inexistente, pois está muito debilitada, com a maioria das lojas existentes paralisadas por falta de financiamento para a sua reabilitação. Dos 55 estabelecimentos comerciais existentes no distrito apenas 16 estão operacionais.

¹³ Extensa área de terreno, caracterizada pela ausência total de árvores ou arbustos e onde só se desenvolvem plantas anuais, que crescem e florescem na época das chuvas. (Dicionário mais Gramática-Língua Portuguesa, 2006).

¹⁴ De acordo com o Perfil do Distrito de Changara (MAE, 2005)

Changara faz parte da mancha faunístico – turística que integra distritos como Zumbo, Mágòe, Cahora Bassa, Marávia e Chiúta. O projecto de base comunitária Tchuma-Tchato desenvolvido nesta zona atrai um número considerável de safaristas. É extremamente rico em espécies animais como elefantes, cudos, búfalos, rinocerontes, hipopótamos, para além de várias outras espécies de pequeno porte, nomeadamente, gazelas, cabritos cinzento, coelhos e outras.

O distrito é também, rico em recursos minerais, salientando-se o ouro aluvionar explorado junto aos rios Luenha e Mázòe. Na localidade de Boroma existe uma mina de cal praticamente não explorada e existe também um poço de águas terminais, um recurso raro que também não está a ser explorado. Existem indicações de existência de pedras preciosas, flúor e carvão, necessitando apenas de uma pesquisa aprofundada para a determinação da localização exacta.

Como já foi referido, a actividade comercial é quase inexistente. A principal actividade económica da população de Changara é a agricultura de subsistência baseada na consociação de culturas alimentares nomeadamente o milho, a mandioca, o feijão nhemba, o amendoim e a batata-doce e, a pecuária caracterizada por uma estrutura de produção relativamente mercantil (o nível de venda varia de 7% nos bovinos a 20% nos caprinos) que constitui igualmente uma fonte importante de rendimento familiar. Como actividades secundárias, verifica-se a venda de madeira, lenha, caniço e carvão e destaca-se também a caça, a pesca e o artesanato, efectuados por um conjunto de centenas de explorações familiares. Estas actividades secundárias surgem como alternativas à actividade agrícola durante os períodos adversos, ou prolongamento da sua actividade. A importância dos rendimentos não agrícolas é pouco significativa para a economia formal do distrito. Os bens alimentares são comercializados a nível local, e fora do distrito.

Há comerciantes que vêm de fora para comprar produtos no distrito, nomeadamente da capital provincial, de Maputo, Beira, Chimoio e países vizinhos como Zimbabwe e Malawi.

O tipo de habitação modal do distrito é a palhota, com pavimento de terra batida, tecto de capim ou colmo e parede de caniço ou paus. Em relação a outras utilidades, o padrão dominante é o de famílias “ sem rádio e electricidade, dispondo de quatro

bicicletas em cada dez famílias, e vivendo em palhotas com latrina e água colhida directamente em poços ou furos ou do rio ou lago” (MAE, 2005).

A igreja tem um impacto significativo na vida da população. A religião dominante é a católica, praticada pela maior parte da população do distrito. Existem outras crenças sendo prática corrente que os representantes das hierarquias religiosas se envolvam, em coordenação com as autoridades distritais, em várias actividades de índole social.

A língua predominante em Changara é o *Chinhunguè* e é falada um pouco por todo o território. Para além desta, a população fala também *Tawara* (de raiz Zimbabweana), falada pela maioria da população da zona fronteira com o Zimbabwé, e o *Tonga* (de Manica) na Zona Sul do Distrito. 77% da população do distrito com 5 ou mais anos de idade não sabe o português, sendo o seu conhecimento preferencial nos homens, dada a maior inserção na vida social e escolar e no mercado de trabalho. O distrito tem 72% de população analfabeta, predominantemente mulheres. A taxa de escolarização no distrito é baixa, constatando-se que somente 36% dos habitantes frequenta ou já frequentou a escola.

3.1.1. Breve Historial

Segundo o MAE (2005), a história revela que Changara era nome de um guerreiro oriundo de Zimbabwe que acompanhado de seus irmãos estabeleceu-se na região geográfica que actualmente compreende o distrito de Changara em busca de terras férteis para o desenvolvimento da agricultura.

Aquando da chegada de Changara, a região era habitada pela tribo dos Wazimba, tribo esta que foi posteriormente dominada pelo Changara e refugiou-se em Moatize.

Para além de ter dominado os Wazimba, Changara conquistou outras terras férteis junto do rio Mazoé e à medida que conquistava essas terras, distribuía-as pelos seus irmãos Boroma, Kabydza, Nhamphondo e Kalemera.

Changara fixou a sede do seu poder na actual sede do Distrito junto ao rio Luenha. A história reza que esta fixação foi numa posição estratégica em termos de guerra, por

detrás de quatro montanhas (montes Mongomane), como se veio confirmar séculos mais tarde durante a luta contra o colonialismo português e nas agressões sul-africanas e rodesianas.

3.1.2. Características Sócio-Culturais

Um dos valores que todos são chamados a cumprir é o respeito pela família e todo o infractor às normas estabelecidas sujeita-se a aplicação de sanções previamente definidas. Em algumas zonas do distrito, por exemplo, um homem está proibido de cumprimentar uma mulher com o aperto de mão, sob risco de lhe ser aplicado o Likaho¹⁵.

Nas suas refeições, a população de Changara não dispensa a *N'tsima*¹⁶ acompanhada de caril confeccionado com diversas folhas e feijões, para além do quiabo, pepino, hortaliças diversas e folhas tenras do embondeiro. Por ser criadora de gado, a população consome a carne de caprinos, bovinos e suínos. Também consome leite fresco de vaca, sendo poucos os que consomem o leite de cabra, muito embora o efectivo do distrito seja constituído por gado caprino.

As danças mais praticadas são a *Xiwere* (praticada por homens e mulheres), *Mafue* (apenas por mulheres), *Njole* (por raparigas), *Nyau* (apenas por homens), *Valimba* (normalmente por mulheres) e a *Nyanga* (homens e mulheres). De um modo geral, todas as danças são acompanhadas de canções que podem ser entoadas em ocasiões festivas ou durante cerimónias fúnebres e outras.

¹⁵ O Likaho é um sistema que impede a prática de adultério através de diversas manifestações "mágicas" observadas no infractor.

¹⁶ Massa feita de farinha que pode ser de milho, mapira e mexoeira.

3.1.3 Organização Social e Político-Administrativa

Durante o tempo colonial, o Distrito de Changara era formado por Regedorias, onde o régulo representava administrativamente o poder do governo. Depois da independência nacional e até hoje, o distrito é composto por três postos administrativos subdivididos em nove localidades.

Como complemento dos órgãos locais do Estado, está a autoridade tradicional. Assim, em Changara coexistem no mesmo espaço geográfico, por um lado, a administração dos postos administrativos e, por outro, os régulos. A relação entre a administração do distrito e as autoridades comunitárias é positiva. A administração compartilha a liderança com o régulo, o que contribui de certa forma, para a solução de problemas locais. Os líderes tradicionais tratam principalmente dos aspectos tradicionais, tais como, cerimónias, ritos e conflitos sociais. Ao chefe do posto administrativo, cabem-lhe tarefas como a colaboração na manutenção da paz e harmonia social, articulação com os tribunais comunitários na resolução de conflitos de natureza civil, tomando em conta os usos e costumes locais, divulgação de leis e outras informações úteis à comunidade e mobilização e organização das comunidades para construção e manutenção de fontes de água, vias de acesso, latrinas melhoradas, etc.. Depois deles vêm os secretários de bairros, chefes de grupos de povoações, chefe da povoação e outras personalidades na comunidade respeitadas e legitimadas pelo seu papel social, cultural, económico e religioso.

3.1.4. HIV/SIDA e SAN

O Distrito de Changara apresenta uma prevalência de HIV/SIDA de 19.6 % e as razões para este nível elevado de infecção são:

- A movimentação da população durante e depois da guerra. Muitas pessoas passaram mais de 10 anos em Zimbabwe, Malawi e Zâmbia, países com altas taxas de prevalência de HIV/SIDA.

- O distrito está localizado no corredor mais concorrido entre os países acima mencionados, e Changara é um dos principais pontos de paragem de camionistas. Isto tem um impacto no comércio de sexo no distrito.
- Uma longa história de trabalho migratório desde o tempo colonial com separação prolongada subsequente de pares que conduzem a vários parceiros sexuais.
- A mulher na posição desprotegida em áreas onde é praticamente impossível a negociação em termos de sexo seguro aumenta o risco de infecção por HIV.
- A poligamia é uma prática comum nestes meios, o que coloca a mulher numa situação vulnerável em termos de poder negociar a prática de sexo seguro.

Quanto aos pilares de SAN, sobre o distrito de Changara tem-se a seguinte informação:

I. Disponibilidade

- Produção** – contrariamente a Zona Norte da Província de Tete com bons solos e boas condições climáticas que são favoráveis para a produção agrícola e, por isso, com excedentes agrícolas, a Zona Sul, onde está localizado o distrito objecto de estudo, normalmente enfrenta deficit alimentar devido a aridez dos solos e a fraca precipitação. Em contrapartida, esta zona é propícia para a criação de gado e tem o Distrito de Changara como o maior produtor de animais.
- Ajuda alimentar** – apesar de que o fundo de alimentos que promovia as actividades de “comida pelo trabalho” esteja a fechar, todos os distritos situados a Sul da Província, incluindo Changara, beneficiam-se de ajuda alimentar. A assistência aos grupos vulneráveis tais como velhos, órfãos, mulheres chefes de família e deficientes, continua sob responsabilidade do MMAS.

- c) **Produção Pecuária** – os distritos situados a Sul da Província de Tete são propícios para a produção pecuária e como foi referido o Distrito de Changara destaca-se como o maior produtor de animais.

II. Acesso

Na maioria dos anos a Zona Norte da Província de Tete vende os excedentes de produção aos países vizinhos como Zâmbia, Zimbabwe e Malawi onde os produtos são vendidos a preço competitivo.

Quanto a venda de animais, os produtores lamentam o facto de não realizarem-se as campanhas massivas de banho carracicidas subsidiadas pelo governo, a pelo menos três anos. Esperam também que o estado geral dos animais se deteriore, devido a prolongada exposição ao período seco.

III. Utilização

- a) **Nutrição** – os casos de diarreia reportados nos centros de saúde estão ligados ao consumo de água imprópria.
- b) **Água e Saneamento do Meio** – o acesso a água potável continua a ser um problema em quase todas as localidades do Distrito de Changara, o que faz com que as pessoas se aglomerem e levem muito tempo para conseguir água. Em algumas localidades, as pessoas tiram água dos poços nos leitos dos rios secos, e noutras, as fontes de água distam a 3 km das residências.
- c) **Consumo** – normalmente as comunidades tomam 3 refeições ao dia. Contudo algumas famílias davam conta que o número de refeições baixou para 2 havendo postos administrativos em que a comunidade tem somente uma refeição.

IV. Estratégias de Sobrevivência

Com vista a mitigar os efeitos das calamidades, acções tem vindo a ser desenvolvidas, nomeadamente, a construção de represas e implementação de pequenos projectos de desenvolvimento, com recurso a programas de “comida pelo trabalho”.

Nos períodos de escassez, as famílias recorrem a uma diversidade de estratégias de sobrevivência que incluem a participação em programas de “comida pelo trabalho”, a recolha de frutos silvestres, pequenos trabalhos ocasionais pagos, venda de animais, principalmente, a venda do cabrito, troca de peixe seco e sal proveniente do Rio Zambeze com o milho do Zimbabwe, venda de bebidas alcoólicas e à entreatada familiar. Sempre que podem, algumas pessoas deslocam-se aos distritos vizinhos, cidades e mesmo ao outro lado da fronteira para comprar alimentos.

As principais organizações que apoiam o distrito, sobretudo em situações de calamidades são o Programa Mundial de Alimentação (PMA) e a Visão Mundial Internacional (VMI), cuja actuação inclui a entrega de alimentos do programa “comida pelo trabalho”, a distribuição de sementes e de instrumentos agrícolas.

CAPITULO IV – O IMPACTO DO HIV/SIDA NA SAN

4.1. O Caso dos Povoados de Cuchamano e Mathuiri

Neste capítulo, primeiro referir que foi extremamente doloroso realizar o trabalho de campo devido ao quadro lastimoso apresentado pelas pessoas directamente infectadas, ou seus familiares, e ao sofrimento agravado pela condições de extrema pobreza em que se encontram.

Em segundo, lembrar que a prevenção e combate do HIV/SIDA, bem como a garantia de SAN para a população, constituem preocupações com dimensão mundial, que se tem traduzido no esforço de coordenação de políticas e programas entre os governos.

Segundo Lisboa (2000), o sistema de SAN e nutricional mais usado em Moçambique é o de Vigilância Nutricional que é uma componente dos sistemas de aviso-prévio, os quais reportam frequentemente a disponibilidade dos dados antropométricos. A colecta e interpretação de dados antropométricos são essenciais, pois, elas nos providenciam evidências sobre os efeitos perigosos da fome, saúde e previsões de eventuais mortes. O objectivo global do governo de Moçambique no respeitante a SAN, é que todos os cidadãos tenham a todo momento o acesso físico e económico aos alimentos necessários, de modo a que tenham uma vida activa e saudável.

Para o alcance deste objectivo e ainda de acordo com a Estratégia de SAN, em 1998, o Conselho de Ministros aprovou a Estratégia de SAN e Nutricional. O instrumento-chave para a operacionalização desta estratégia é o Plano de Acção de SAN, que passa necessariamente pela (1) existência de uma disponibilidade suficiente de produtos alimentares básicos com qualidade e variedade adequada a nível nacional, regional e local; (2) acesso a alimentos – como a mandioca, milho, mapira, amendoim e feijão – que permitem que os indivíduos tenham uma alimentação adequada; (3) estado nutricional adequado que assegurará que os indivíduos sejam capazes de utilizar os alimentos de modo a permitir que cada membro da família receba e absorva os nutrientes suficientes, como também para prevenir e curar doenças; e, por fim, (4) maior cobertura da rede de água potável como também maior cobertura de acções

básicas de saúde, tais como acompanhamento do crescimento das crianças e a estimulação do aleitamento materno.

Em relação ao HIV/SIDA, o governo de Moçambique, através do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), designou o Secretariado Técnico de SAN (SETSAN), para acolher um grupo multisectorial designado SAN, HIV e SIDA (SANHA) encarregue de elaborar e harmonizar os procedimentos existentes no país e usados pelos diferentes intervenientes para a identificação de grupos vulneráveis à insegurança alimentar e nutricional devido ao impacto do HIV/SIDA (SETSAN, 2006).

O Estudo de Caso decorreu no Distrito de Changara, concretamente nos povoados de Cuchamano, situado no Posto Administrativo de Luenha, localidade de Ndzunga e, no de Mathuri, localizado no posto administrativo de Chioco, localidade de Mázòe.

Devido a confidencialidade que se exige em torno do HIV/SIDA, os nomes dos entrevistados são fictícios.

4.1.1. Estratégias de Sobrevivência

Nos meios rurais de Moçambique, como a Zona Sul da Província de Tete, onde estão localizados os povoados objecto de estudo, historicamente ocorrem e foram registados ciclos periódicos de fome¹⁷ por escassez de produção local e insuficiência de poupança que permite a aquisição de bens de primeira necessidade no mercado. Estes factos estão associados a ocorrência de secas e/ou cheias, baixa produtividade agrícola e ao impacto crescente do HIV/SIDA.

Embora a venda de animais, principalmente, do cabrito constitua a maior fonte de rendimentos, constatou-se que o cultivo de terra ainda constitui um elemento

¹⁷ De acordo com os dados retirados do Relatório de Vulnerabilidade Corrente em Moçambique (2005), a zona sul da província de Tete normalmente enfrenta défice alimentar devido a aridez dos solos e a fraca precipitação. Contudo, esta zona é propícia para a criação de gado. O Distrito de Changara faz parte do grupo dos que apresentam os mais baixos níveis de produção, mas destaca-se como o maior produtor de animais.

fundamental nas estratégias de sobrevivência, apesar dos níveis baixos de produção agrícola.

No processo de produção nas machambas bem como nas pequenas hortas, as famílias utilizam tecnologias rudimentares. Os principais instrumentos de trabalho são o machado, a catana e a enxada. As áreas agrícolas são limpas manualmente e a vegetação é queimada. Com recurso exclusivo ao pasto natural, a criação do gado caprino lidera a actividade pecuária, seguida do gado bovino. No entanto, a agricultura é afectada principalmente por problemas de falta de chuva e do não funcionamento do sistema de regadio.

Sobre as estratégias desenvolvidas pela população para fazer face a baixa produção provocada pelas secas que assolam frequentemente o distrito, Félix Mabote de 41 anos de idade, membro da Associação de Cuchamano referiu que,

“... parte da população recorre a utilização de sementes resistentes a seca e pratica a agricultura junto as margens dos rios que por vezes também secam”.

De facto, *“... quando não chove, não se pratica a agricultura. Alternadamente a população sobrevive vendendo lenha, carvão, recorre ao ganho-ganho e à outras actividades”* – Celma Ricardo, 32 anos de idade, secretária da associação de Mathuiri.

“... outros recorrem a caça e recollecção de alimentos silvestres (constitui um importante contributo para a dieta dos grupos domésticos durante os períodos de escassez) ... e ao comércio informal, venda de produtos artesanais, bebidas tradicionais feitas de maçanica e mel, e pela troca de alimentos por serviços, tais são os casos de trabalhos em machambas de outras famílias, ‘ganho-ganho’ como também a participação em projectos do tipo ‘comida pelo trabalho’¹⁸” – Abílio Tembe, 43 anos, membro do Comité de Cuchamano.

¹⁸ De acordo com o Senhor Abílio, membro do comité comunitário, estes projectos duram em média três meses e consistem em trabalhos em machambas colectivas e abertura de estradas. Por família só pode trabalhar uma pessoa, que no fim de cada etapa recebe comida, nomeadamente: 75 kg de farinha/milho, 10 kg de feijão/ervilha e 5 litros de óleo.

Face ao tão irregular sistema ecológico, a garantia de sobrevivência das famílias afectadas e infectadas pelo HIV/SIDA está assente na recorrência de estratégias que envolvem por vezes exposição à infecção pelo HIV/SIDA.

Para as famílias dos povoados alvo do estudo poderem enfrentar a morbidade e a mortalidade devidas ao HIV/SIDA, recorrem a várias estratégias de sobrevivência que vão desde:

1. Reposição da mão-de-obra
2. Redistribuição do trabalho
3. Redução da área cultivada
4. Redução do consumo
5. Venda de bens
6. Retirada de crianças na escola
7. Prostituição
8. Migração involuntária/desperada

As estratégias de sobrevivência frequentemente adoptadas são aquelas que não requerem o uso de dinheiro. Entre elas encontra-se a redistribuição do trabalho no seio da família, a retirada das crianças da escola e a redução da área cultivada. Estas estratégias são de curto prazo com consequências de longo prazo para a sobrevivência.

Assim as várias práticas concorrem para a concretização de objectivos diferentes e estão dependentes da capacidade económica de quem a elas recorre. Por isso, as estratégias seguidas são muito específicas às circunstâncias vividas (doença ou morte).

Os factores que determinam a capacidade de resposta de um agregado familiar incluem o acesso aos recursos, o tamanho do agregado familiar e a sua composição, o acesso aos recursos das famílias alargadas e a capacidade da comunidade fornecer apoio.

Os agregados familiares que dispõem de rendimentos ligeiramente mais elevados ou de recursos alternativos estão mais aptos a enfrentar o impacto do HIV/SIDA. Os

agregados familiares que beneficiam de apoio são mais propensos a recuperar da situação de utilização de suas economias e da venda de bens. Os agregados familiares mais pobres e de pequena dimensão, que não tem qualquer margem de manobra para absorver os custos suplementares gerados pela infecção do HIV, são os mais vulneráveis a epidemia. Eles não possuem bens materiais, que permitem certas escolhas de estratégias.

Sobre estes aspectos, Patrício Bandeira de Mathuiri, 34 anos de idade, com a esposa gravemente doente (diarreia crónica e vómitos) e pai de 3 crianças com idade compreendidas entre 5 e 12 anos de idade, relata:

“... nós tínhamos por hábito duas refeições por dia, mas com a doença da minha mulher os alimentos começaram a escassear. Ela dedicava-se a agricultura e a venda de hortícolas no mercado local. Eu trabalhava na cidade de Tete e mandava regularmente dinheiro. Quando ela começou a adoecer tive que abandonar o meu emprego e voltar para ficar junto dela. Já acabamos com todas as nossas economias devido as despesas de transporte e de compra de medicamentos. Por isso, optamos por passar uma refeição por dia e há dias em que só conseguimos comida para a doente”.

Mufasse, 17 anos de idade, órfão de pais, chefe do agregado familiar residente em Mathuiri com 4 irmãos de idades compreendidas entre 6 e 15 anos de idade comentou o seguinte:

“... com a morte dos meus pais paramos todos de ir a escola. Eu saio para fazer trabalhos nos quintais para garantir pelo menos uma refeição à minha família, enquanto que a minha irmã de 15 anos fica a tomar conta dos outros 2. Comemos uma vez por dia e alimentamo-nos de farinha e folhas tenras de embondeiro todos os dias”.

Helena do povoado de Cuchamano 24 anos de idade, mulher viúva, grávida e seropositiva, mãe de uma menina de 4 anos de idade, desabafou:

“... perdi meu marido há pouco tempo e a minha vida está muito difícil. Comemos poucas vezes e em quantidades reduzidas, porque temos que poupar para não morrermos de fome”.

Com base nestes relatos, pode-se afirmar que uma das formas de sobreviver à escassez de alimentos (provocada pelos efeitos do HIV/SIDA e pelas calamidades naturais como a seca) e a falta de dinheiro para os adquirir, é a redução do número de refeições diárias por parte das famílias. Pode-se afirmar também que quando um membro da família adoece ou morre, o rendimento médio do agregado familiar diminui, os custos de saúde aumentam, pois, à medida que os rendimentos caem e os custos de cuidar do paciente aumentam, o consumo de alimentos sofre uma queda.

O estado nutricional e a segurança na alimentação são componentes-chave da saúde e qualidade de vida das PVHS. A falta de comida reduz os níveis de nutrição resultando em imunidade reduzida, perda de peso, perda dos músculos e tecidos corporais e perda de minerais e sais importantes para o funcionamento do corpo. Por sua vez, a malnutrição afecta o funcionamento da imunidade de maneiras que promove o vírus para que tenha um desenvolvimento rápido e se multiplique, acentuando a deterioração do organismo e levando ao SIDA.

As mulheres em idade reprodutiva que estão grávidas ou a amamentar requerem alimentação suficiente, a fim de neutralizar a pressão imposta no seu sistema de imunidade. Se forem HIV positivas, estas mulheres podem ser empurradas ao SIDA se estiverem grávidas ou a amamentar quando a sua imunidade e estado nutricional for pobre. Elas estão também susceptíveis a transmitir o vírus ao bebé durante este tempo, se a sua imunidade for muito fraca e não for capaz de suprimir a multiplicação do vírus, a carga do vírus aumenta.

A redistribuição de tarefas entre os membros da família constitui a estratégia mais frequente para enfrentar as baixas de produção devido à morbilidade e a mortalidade dos adultos. As crianças são retiradas da escola para compensar as perdas de rendimentos e de mão-de-obra que acontecem quando os adultos produtivos adoecem. Cuidam de doentes em fase terminal ou quando morrem.

Embora as crianças não estejam directamente envolvidas na prestação de cuidados, estão-no indirectamente, quando assumem o papel dos respectivos pais e mães nas actividades agrícolas e domésticas (tais como a busca de água e de lenha e a participação nas colheitas). Igualmente elas confeccionam refeições para o restante do agregado familiar, arranjam comida, tratam dos animais e fazem compras.

Retirar as crianças da escola é uma estratégia comum e foi referida pelos membros dos grupos comunitários como um dos factores de fraca frequência escolar dos órfãos e das crianças cujos pais estão doentes. As meninas estão mais sujeitas a ser retiradas da escola do que os meninos.

“Ninguém sabe se as crianças que são retiradas da escola poderão um dia voltar a mesma” – disse Mónica Saúl, 39 anos de idade, membro do Comité Comunitário de Cuchamano.

Uma pesquisa feita por Smith e Haddad (2000), estimou que a educação e o melhoramento do estado social da Mulher, bem como o acesso a água potável, são estatisticamente influências-chave para o melhoramento da SAN e consequente contribuição para a redução da subnutrição infantil, conforme ilustra a Tabela 4.

Tabela 4 – Contribuições para a Redução da Insegurança Alimentar e da Subnutrição Infantil (de 1970 a 1995)

Factor de Contribuição	
Educação da mulher	43%
Disponibilidade de alimentos <i>per capita</i>	26%
Melhoramento no sector da saúde	19%
Estatuto da mulher em relação ao homem	12%

Fonte: Smith and Haddad (2002)

Devido a seca e a falta de comida, as mulheres e as raparigas estão crescentemente a ser vulneráveis à infecção do HIV. A pobreza, muitas vezes, faz com que se prostituam para obter bens, comida e dinheiro.

De acordo com Custódio Mário, membro da Associação de Cuchamano, "... há um número perturbante de mulheres jovens daqui de Cuchamano, muitas vezes muito novas mesmo, que estão envolvidas no comércio do sexo nas proximidades da fronteira com o Zimbabwe".

Os agregados familiares rurais afectados e infectados pelo HIV/SIDA que não conseguem satisfazer as suas necessidades alimentares, ou obter dinheiro por meio da venda de produtos agrícolas dedicam-se a uma série de actividades geradoras de rendimento como a venda de lenha, venda de bebidas de fabrico caseiro, venda de animais, etc. Outros membros de agregados familiares emigram para as zonas urbanas à procura de um emprego para poderem enviar uma parte do que ganham para as suas famílias.

Ao mesmo tempo que a emigração constitui uma fonte de sobrevivência, ela constitui também uma grande fonte de risco de infecção pelo HIV/SIDA, principalmente, quando são as mulheres a fazê-lo.

O impacto do HIV/SIDA nas famílias está a destruir a própria organização de apoio familiar porque os pais adoecem e morrem, os avós e outros familiares ficam esgotados com a sobrecarga de responsabilidades e encargos adicionais, tendo dificuldades em criar os órfãos. Dado que os seus membros são forçados a separar-se na busca de alternativas de sobrevivência, a família dissolve-se, conforme expõe Manuel de 9 anos do povoado de Cuchamano, órfão de pais, que vive com a avó e mais 2 irmãos de 4 e 7 anos de idade:

"... tenho mais duas irmãs. A Olga de 16 anos e a Amélia de 14 anos. Ambas emigraram para a cidade de Tete a procura de melhores condições de vida, uma vez que os nossos pais morreram e a minha avó está muito velha e não aguenta cuidar adequadamente de nós. Elas têm enviado algum dinheiro e alguns produtos para nós. Eu parei de ir a escola para ajudar a minha avó na machamba e a tomar conta dos meus irmãos".

Os velhos, os órfãos e os deficientes constituem grupos sociais mais afectados pela epidemia do HIV/SIDA e por outro lado são os menos activos. Eles cultivam pequenas machambas e sobrevivem basicamente de assistência familiar e outros apoios.

A estrutura do agregado familiar é severamente afectada pelas mortes de SIDA. A epidemia está a produzir um número elevado de órfãos, agravando o já elevado índice de dependência¹⁹ em Moçambique, particularmente nos agregados pobres. O índice de dependência aumenta devido a morte de adultos enfermos que deixam crianças e idosos desamparados.

O SIDA está a destruir o sector da população mais activo, que se dedica a agricultura e que realiza a maior parte dos trabalhos mais pesados. Como resultado, a actividades agrícola é realizada pelos velhos da população adulta e por crianças que tem que lavrar a terra para sustentar os seus irmãos.

Segundo a FAO (1999), 80% da população dos países africanos tem a agricultura como o seu ganha-pão e devido ao SIDA, os produtos cultivados estão a mudar. Os agricultores em África estão a cultivar alimentos cada vez menos nutritivos. Financeiramente, as suas colheitas são também menos rentáveis devido ao impacto do HIV/SIDA. Há um aumento do cultivo de milho e de mandioca – em substituição de produtos economicamente mais rentáveis como o café.

É vital que se aumente a produção de alimentos porque os seropositivos que estão a ser tratados com antiretrovirais precisam de se alimentar devidamente. Alguns médicos já se manifestaram muito preocupados e afirmam que a resistência aos antiretrovirais aumentará porque a falta de alimentos vai fazer com que muitos doentes não façam a medicação de forma apropriada.

No concernente as estratégias de sobrevivência, foi constatado que as mulheres eram as principais responsáveis pelo sustento da família. Cabe à estas a realização de

¹⁹ A média do índice de dependência é o número dos membros do agregado familiar abaixo dos 16 ou acima dos 59 anos de idade, para além dos deficientes físicos divididos pelo número total de pessoas do agregado familiar.

tarefas que inicialmente eram de responsabilidade dos homens²⁰. Isto significa que o sustento do grupo doméstico depende de forma constante e regular do trabalho da mulher, aumentando deste modo as suas responsabilidades.

A ICRISAT (2000)²¹ conduziu um estudo sobre o impacto do conhecimento local de HIV/SIDA e administração de sementes no Distrito de Chókwè. O estudo concluiu que as mulheres eram as principais receptoras e transmissoras locais de conhecimentos no processo de selecção de sementes (o período da plantação, recolha da semente, avaliação da capacidade de germinação, separação de semente vulnerável ao ataque de pestes, selecção de sementes com características semelhantes) e conservação (física e tratamentos). Os homens eram responsáveis pela construção de silos e tinham como fontes principais de rendimento a emigração e a gestão de pequenos negócios. Em relação ao HIV/SIDA, em muitos casos mais mulheres do que homens tinham acesso aos serviços de aconselhamento e testagem voluntária.

A partir do descrito acima é fácil concluir que a transmissão dos conhecimentos agrícolas e sobre o HIV/SIDA dependem da mulher, o que significa que quando uma mulher morre dentro de uma família, a disseminação destes conhecimentos fica limitada.

Contudo, o facto de a mulher se destacar na realização de vários trabalhos, não altera as relações de poder dentro do grupo doméstico, continuando esta a ocupar a posição definida pelas relações de género, uma posição marcada pela subalternização, na medida em que, embora ausente fisicamente, a presença do homem se faz sentir, seja através dos bens que envia periodicamente, seja através do mecanismo de controlo por sua parte e de parentes ou ainda da comunidade, como prova o depoimento seguinte:

“... eu faço de tudo (cultivo quando chove, cuidado das crianças, trabalho em casa e compro comida). Antes de adoecer, o meu marido trabalhava na cidade da Beira e ajudava-me bastante. Ele só vinha

²⁰ Tradicionalmente a produção e venda do carvão são actividades de homens jovens, porque requerem força considerável e são realizados na estação seca, ou em casos de crise familiar, mas actualmente as mulheres estão envolvidas nestes trabalhos.

²¹ Citado por SETSAN (2004)

para casa no fim do mês e nas férias. Quando não vinha, eu ia ou ele enviava dinheiro/comida para nós (eu e os meus quatro filhos). As dificuldades começaram com a doença dele. Em Dezembro de 2005, ele veio de férias e começou a adoecer gravemente. No início suspeitamos tuberculose porque tossia muito. Posteriormente começou com diarreias e vômitos e ficou muito pequeno e com corpo de uma criança. Por causa da sua doença perdemos quase todo o nosso património. Contra a minha vontade vendeu todos os animais e algumas machambas para adquirirmos medicamentos e comida” – Maria, 34 anos de idade. Tem esposo doente.

Dessa exposição, pode afirmar-se que as relações de género são, de facto, relações de poder, construídas socialmente, entre homens e mulheres no meio público e doméstico. Mas também, não se pode deixar de enfatizar que as relações de género têm um carácter mutável, como observa Mbiliny, citado por Saide (2001) ao afirmar que *“as relações de género são socialmente construídas e desfeitas como resultado do comportamento dos homens e das mulheres”*. Elas são, portanto, historicamente mutáveis, sujeitas a abolição e transformação através de acontecimentos do quotidiano, incluindo os momentos de crise, conforme prova o seguinte relato:

“... com a morte da minha mulher toda a minha família ficou desestruturada. Ela é quem ia a machamba, ia ao poço, cuidava das crianças e fazia todos os outros trabalhos domésticos. Com a sua morte tivemos que refazer tudo. Eu assumi o papel dela e faço alguns trabalhos domésticos. Vendi duas machambas e fiquei com uma. As meninas e os rapazes dividem-se entre os trabalhos de casa, da machamba e a venda do carvão e do milho” – Pedro Gonçalves, viúvo 34 anos de idade. Residente em Mathuri.

Observaram-se várias diferenças importantes em relação a questões de género no que concerne a morte de um adulto.

A morte de um homem constituía um motivo para obrigar a família a reformular as actividades agrícolas e resultava no esforço de reposição de mão-de-obra, redução da área de cultivo, em comparação com a morte de um indivíduo de sexo feminino.

Por outro lado, a morte de um indivíduo de sexo feminino resultava numa estratégia em função das crianças, devendo-se ao facto de as mulheres normalmente cuidarem de crianças dentro da família e, as crianças auxiliarem as actividades rurais típicas das mulheres (sacha, cartar água, recolher lenha, cozinha e etc.) do que as actividades masculinas (especialmente actividades fora da machamba).

Alguns agregados familiares afectados fazem horas extras a fim de compensar a falta de mão-de-obra e a perda de rendimentos. Armando Sabão, 14 anos de idade, por exemplo, tem a mãe doente e disse que gastava mais tempo a tentar ganhar dinheiro trabalhando nas machambas de outros e fazendo biscates e que, além disso, tinha de reservar cerca de três horas por dia para prestar cuidados à mãe e ficar de pé durante uma parte da noite para a atender.

“... o tempo que tenho de dedicar ao trabalho aumentou e sobra-me muito pouco tempo para dormir”, desabafou.

Entretanto, é interessante notar que quando uma família acaba o seu *stock*, ou seja quando consome todo o seu rendimento, para obter benefícios imediatos e sobreviver, recorre a venda de animais e de outros activos.

“... depois da morte da mamã, deixamos de ter qualquer meio de subsistência. Era ela que se encarregava de nós. O papá nos abandonou antes da morte da mamã. O meu irmão passou de classe e tem vontade de continuar a estudar mas não temos dinheiro para as propinas. Eu também não consigo encontrar trabalho, hoje não é fácil encontrar trabalho. Decidimos vender os blocos que eram para ampliar a nossa casa. Utilizamos o dinheiro para montar um negócio. Começamos a vender carvão à beira da estrada. Assim, pelo menos, garantimos uma refeição por dia” – Tomé André, 15 anos de idade. Chefe do agregado familiar.

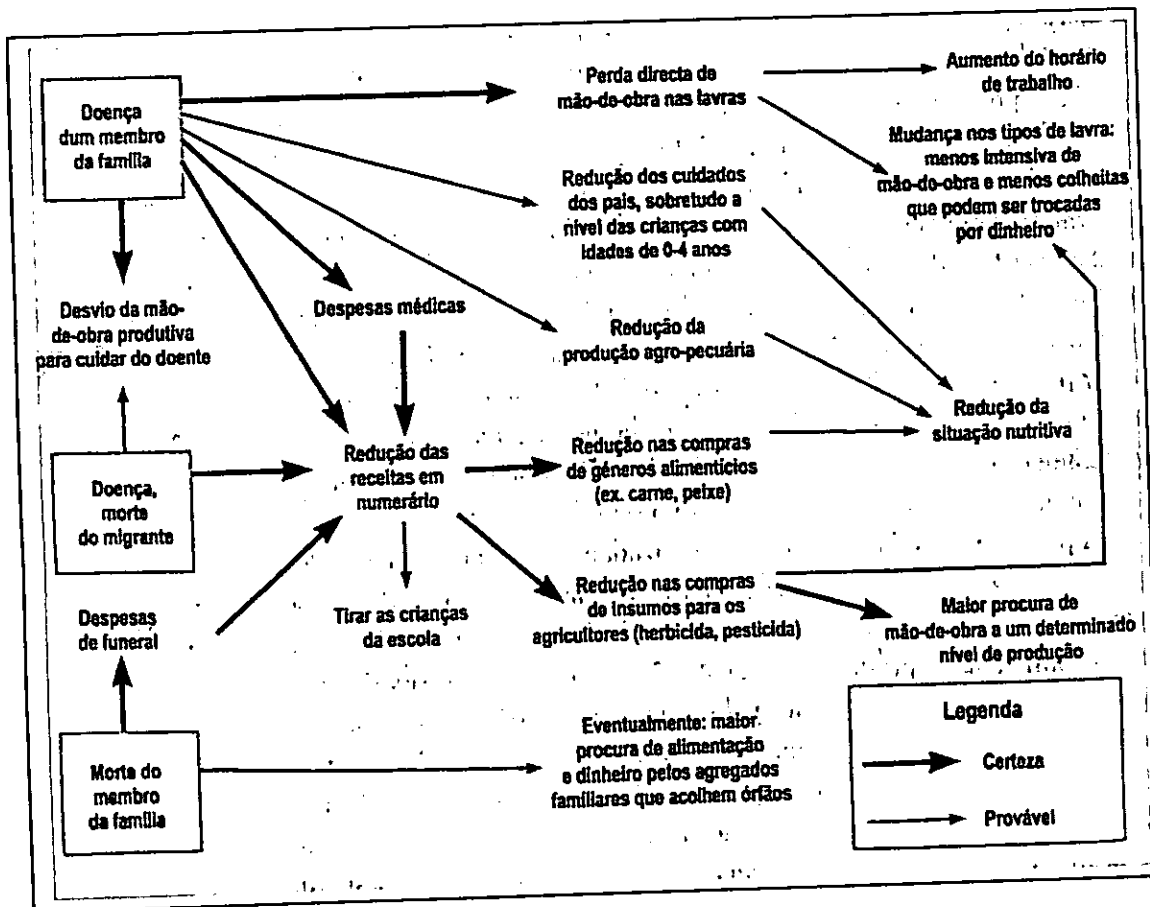
A perda de capital humano conduz a perda de capital financeiro, e bens da família. Os rendimentos baixam. Estes rendimentos baixam nas machambas e fora delas, o que contribui para vulnerabilidade da família e insegurança alimentar. A perda de capital

humano na família tem efeitos colaterais no uso e preservação de seu capital natural. O acesso e propriedade de terra são fundamentais para a estrutura económica e social. A terra fica inutilizada, e em alguns casos perde-se o direito de uso por falta de cultivo ou apropriação pelos parentes, segundo indica o depoimento de Acácio Serra do Comité de Mathuiri:

“... os órfãos de SIDA, particularmente as raparigas são usadas para executar tarefas domésticas e as crianças de ambos os sexos com bens herdados são mais fáceis de arranjar famílias substitutas. No entanto, as famílias que as levam frequentemente expropriam a herança e os bens deixados para estas crianças, rejeitam o seu direito a educação e exploram-nas”.

O capital físico das famílias (bens tangíveis do produtor e o seu capital natural, que incluem a sua casa, bens domésticos, mobília, ferramentas e equipamentos, assim como o gado) também é afectado. Dependendo de género e características da idade, o HIV/SIDA relacionado com a morbilidade, afecta a capacidade da família manter a casa e sua estrutura (por exemplo, renovar o colmo, vedação, construção de latrinas, etc.), e o concerto de equipamento produtivo. As famílias tentam conservar os seus recursos produtivos em situações de angústia para durar o maior tempo possível. Assim que as poupanças e os recursos de crédito forem esgotados e, retirados todos rendimentos líquidos as famílias recorrem a venda de outro tipo de bens, como por exemplo, roupa, utensílios domésticos, mobília e equipamento de produção. A situação de vender o capital físico, deixa famílias numa situação precária em termos de suas capacidades de se adaptar aos choques futuros. Além disso, com a perda de capital físico e equipamento necessário para a produção agrícola, compromete-se a capacidade das famílias de gerarem rendimentos a curto prazo para o garante da sua SAN. A Figura 3 reflecte os vários impactos do HIV/SIDA nas comunidades rurais.

Figura 3 – O Impacto do HIV/SIDA sobre a mão-de-obra doméstica e agrícola nas comunidades de subsistência



Fonte: Instituto Panos (1992)

4.1.2. O Papel da Mulher

De acordo com Negrão (1998) enquanto que nos países desenvolvidos a divisão do trabalho pela agricultura, indústria e serviços se faz por grupos sociais constituídos por famílias, em África, a divisão do trabalho é feita entre indivíduos da mesma família e de acordo com o género e idade de cada um dos seus membros.

Por sua vez, Émile Durkheim referenciado por Rodrigues (1993) observa que, a verdadeira função da divisão do trabalho é a de criar entre duas ou mais pessoas um sentimento de solidariedade, na medida em que o homem e a mulher isolados um do outro, não passam de um mesmo todo concreto, que eles formulam pela união, isto é a divisão sexual do trabalho é a fonte de solidariedade conjugal.

No nosso país a situação não parece ser muito diferente, visto que em grande número de povoações vivendo de agricultura de subsistência, como as de Cuchamano e Mathuiri, há uma distribuição de papéis pelos membros da família, em particular pelos cônjuges.

A agricultura é uma actividade que ocupa homens e mulheres, todavia, as estatísticas mostram que esta actividade é realizada, principalmente por mulheres²². Do seu trabalho deriva o produto que sai da terra para a subsistência alimentar do grupo doméstico ou para o rendimento do mesmo através dos excedentes. Os homens distribuem-se por uma gama de actividades extra-domésticas como o trabalho fora das povoações, ou ainda, trabalhos comercial e industrial.

Nos dois povoados foi observado que as actividades agrícolas eram programadas em função da doença ou morte do adulto activo, e, as famílias com um indivíduo de sexo feminino doente, eram mais propensas a reduzir a área cultivada.

As famílias começam a modificar as suas actividades agrícolas durante o período da doença de uma mulher enquanto que para o homem acontece normalmente depois da morte. Este fenómeno pode ser explicado pelo facto de as mulheres terem tendência a dar maior contributo no trabalho de rendimento da família.

O primeiro lugar reservado a mulher é o espaço doméstico, com todas as obrigações que lhe estão ligadas, em particular as decorrentes do seu papel de mãe e educadora. Depois de participar no trabalho agrícola, os cuidados a prestar aos membros da família, a higiene doméstica, a preparação das refeições, a procura de água e lenha também são tarefas reservadas à mulher/mãe e aos outros membros femininos da família, enquanto outros membros se entretêm com os afazeres que lhes cabem depois do trabalho do campo.

Foi também observado que a maior parte dos assistentes à pessoas doentes eram mulheres, o que significa que as actividades domésticas, da machamba e outras relacionadas com a mulher dentro do lar, constituem um grande constrangimento em

²² Em Moçambique, cerca de 90% das mulheres dedicam-se a agricultura, representando mais de 60% da força de trabalho deste sector, de acordo com MPF (1998).

relação ao tempo dedicado ao trabalho de assistência do que as actividades do homem. Este factor influencia na sustentabilidade dos mecanismos de sobrevivência.

Em relação a isso, Marta de 30 anos de idade, com o marido doente conta o seguinte:

“... eu me levanto as 4 horas, caminho para machamba que dista a 2 km. Cultivo, semeio, capino durante aproximadamente duas horas, colho e carrego lenha para casa. Carto água no poço a 1 km de distância da casa. Depois faço a fogueira e preparo a comida. Dou banho as crianças, tomo banho e lavo a roupa. De seguida dedico-me exclusivamente ao meu marido doente. Até parei de vender no mercado, porque, devido a sua doença não posso ficar muito tempo fora de casa.

É extremamente importante desenvolver tecnologias com vista a aliviar a carga de tempo da mulher na produção agrícola e na manutenção da família, sem sacrificar a sua habilidade de ganhar dinheiro.

É necessário explorar formas de aliviar o peso do trabalho das mulheres, por meio de desenvolvimento de métodos de preparação de alimentos que poupem trabalho e da melhoria do acesso às fontes de abastecimento de água e de combustível doméstico.

O desenvolvimento e a promoção de fogões eficazes podem levar a uma redução do tempo que as mulheres gastam a recolher lenha. O tempo ganho desta forma pode ser utilizado para a realização de actividades produtivas tais como a colheita, o transporte, a armazenagem, a transformação e o comércio de produtos.

Em certas zonas a utilização de burros para transporte tem ajudado as mulheres a realizar outras actividades importantes. A instalação de um maior número de pontos de abastecimento de água reduziria a distância percorrida pelas mulheres na busca de água.

Mazula (1995) observa que, na história das relações sociais entre homens e mulheres, ainda se assume que são os homens o sustento da família enquanto que as mulheres e crianças só são seus dependentes. Salienta ainda que, na maioria das comunidades

rurais moçambicanas, é difícil desligar a figura da mulher deste papel doméstico, da função natural e primária de progenitora e educadora de filhos, reservando-se-lhe a tarefa de zeladora pela continuidade e preservação das tradições e valores da comunidade.

Na mesma linha de argumentação que Mazula (1995), Andrade et al (1998), sugerem que o homem é o chefe da família²³. Como marido e como pai, a ele cabe representar a família e decidir em todos os actos da vida conjugal comum, na administração dos bens do casal, porém não está obrigado a prestar contas da administração. Na qualidade de pai, compete-lhe providenciar os alimentos devidos aos filhos, orientar a sua instrução e educação, prestar assistência moral, definir, representar e autorizar os diversos actores. Mas devido ao impacto crescente do HIV/SIDA nota-se uma fractura/ruptura desses princípios e a mulher tende a ficar sobrecarregada, acumulando as funções primeiramente definidas como masculinas e as suas próprias funções domésticas. Hoje em dia, estas relações estão a sofrer mudanças na medida em que surgem mulheres chefes de família, com a liberdade de decidir o que fazer com a produção e, caso decidam vender, têm acesso ao dinheiro, que normalmente é usado para a compra de comida. E nota-se também, que dentro das famílias chefiadas por mulheres, incluem-se aquelas que são viúvas, divorciadas e solteiras, como também, existem aquelas famílias que são chefiadas por homens, mas que se encontram ausentes na maior parte de tempo.

De acordo com Lele (1991) referenciado por Lisboa (2000), a mulher chefe do grupo pode ser *de facto* ou *de jure*.

Um grupo chefiado pela mulher *de facto* é aquela em que o marido se encontra distante por longos períodos de tempo, fazendo com que a mulher tome decisões sobre as despesas, as machambas e sobre a família, embora possa receber irregularmente as receitas do marido.

²³ Segundo Andrade et al (1998), o chefe da família é o actor social que tem um papel central nas estratégias de sobrevivência da família, isto é; que define as formas de acesso e controlo dos bens materiais e simbólicos. Como instituição patriarcal, a família é chefiada pelo homem (em Moçambique a atribuição de poderes ao homem na qualidade de chefe de família é assumida pelo direito normativo costumeiro e pelo dispositivo legal que atribui a responsabilidade pela administração de propriedade individual e comum do casal).

Uma família chefiada pela mulher *de jure* é aquela em que a mulher chefe é solteira, viúva ou divorciada. Nestes casos a mulher toma as decisões e é o suporte da família.

Tanto na povoação de Cuchamano, com na de Mathuiri, as mulheres têm mais responsabilidades no abastecimento de alimentos através da produção agrícola, procura de lenha, cartar água, varrer a casa, venda de bebidas tradicionais, venda de frutos silvestres, trabalhos fora da própria machamba e através da recorrência aos familiares e vizinhos. Os homens contribuem através de trabalhos extra-domésticos (fora das suas povoações) e são mais responsáveis pela aquisição de instrumentos de produção agrícola.

Por conseguinte, pode-se afirmar que apesar da seca e do HIV/SIDA, as mulheres das duas povoações de estudo de caso, são as responsáveis pela geração da SAN das suas famílias. Elas participavam em todas as fases da produção, do processamento e armazenamento dos alimentos e, tem um papel importante na manutenção dos três pilares da SAN, quais sejam:

- i) **Disponibilidade** – através da produção agrícola, ajudas alimentares, produção pecuária.
- ii) **Acesso** – venda de excedentes de produção e de bebidas alcoólicas.
- iii) **Utilização dos alimentos** – a mulher assegura que os alimentos disponíveis e acessíveis a família através da produção, compra e/oferta sejam transformados numa dieta alimentar adequada. Primeiro através dos sistemas de aleitamento e preparação da comida nutritiva para as crianças e outros membros do grupo doméstico, e segundo, através da saúde e higiene.

4.1.3. O Papel das Redes de Solidariedade

Primeiro referir que a análise das redes de solidariedade ou redes de apoio, fornece uma explicação do comportamento social baseado em modelos de interacção entre os actores sociais. Ela é útil para o exame de vários tipos de situações sociais, como as vividas nas povoações de Cuchamano e Mathuiri, na definição de estratégias para

fazer face as muitas situações de dificuldade e de carência alimentar no contexto do HIV/SIDA.

A rede social é um campo social formado por relações entre pessoas. Por isso, as redes constituem um capital social que pode ser definido em função das relações de reciprocidade existentes na sociedade, baseadas em laços sociais onde factores como sexo, idade, religião, a posição social dos seus membros, etc., definem as hierarquias e as relações de poder, e onde as normas vigentes e a confiança facilitam a cooperação e coordenação para benefícios mútuos. Loforte (1996), Andrade et al (1998) citados por Cruz e Silva (2000).

Porém, é necessário lembrar que, o conceito de rede social apareceu cedo, nos anos 30 e 40 do século passado, na sociologia e na antropologia social. A construção de um sentido analítico para o conceito de rede social, desenvolveu-se em torno de duas correntes: uma que emerge da antropologia social britânica²⁴ do Pós Segunda Guerra Mundial. Preocupava-se com uma análise situacional de grupos restritos; e, a outra, sobretudo americana, que se prende com o desenvolvimento da análise quantitativa no quadro de uma análise estrutural (Portugal, 1995).

Por outro lado, convém ressaltar que o termo "Rede" foi empregue por Radcliff Brown (1952), que caracterizava a estrutura social como uma rede de relações sociais efectivamente existentes, na medida em que a estrutura social inteira baseava-se numa rede de relações de pessoa a pessoa, estabelecidas por meio de conexões genealógicas (Mayer, 1987).

Uma vez que a vida social implica uma pluridimensionalidade de relações de várias ordens, que a cada momento e em cada lugar ganham uma configuração própria, as relações de género fazem parte deste universo de relação, constituindo-se e reproduzindo-se de acordo com a morfologia e práticas de trabalho das unidades domésticas (Loforte, 2000).

²⁴ A utilização, do conceito rede social, entre os antropólogos britânicos surge, em grande medida, como resultado da crescente "insatisfação com o modelo estrutural - funcionalista clássico".

Decorrente disso, pode-se afirmar que uma família rural não vive isolada na medida em que está inserida numa teia de relações sociais diversas que transcendem o âmbito familiar. De acordo com Cruz e Silva (2000), é no conjunto destas relações, que se podem construir as redes sociais de parentes, aliados e vizinhos, com finalidades múltiplas. E, é no seio destas redes, que os grupos domésticos procuram o acesso e controlo dos recursos.

Depois da guerra civil dos 16 anos que o país viveu, o Estado mostrava-se incapaz de garantir o bem-estar social e económico e segurança para a maioria das populações. Como forma de superar as dificuldades, as relações sociais criadas através das redes de solidariedade²⁵, envolvendo vínculos familiares e de vizinhança, jogaram um papel importantíssimo, na medida em que geravam mecanismos aos grupos domésticos, que lhes permitissem enfrentar o dia-a-dia e desenvolverem estratégias de longo prazo, segundo Santos (1998) citado por Cruz e Silva (2000).

Em Cuchamano e Mathuiri, existem várias redes ligadas às famílias que tem por objectivo apoiar material e/ou moralmente aqueles em situação de crise, tais como as que se estabelecem entre familiares accionáveis em situação de necessidade para oferecer apoio financeiro, emocional aos familiares em situação de doença e morte por HIV/SIDA.

Existem também as redes que se estabelecem na vizinhança. Para além da interajuda familiar, é frequente a ajuda entre vizinhos na realização de trabalho agrícola para garantir a maximização de recursos das famílias. Nestas ajudas também sobressaem as mulheres pelo facto de estarem mais envolvidas em tarefas agrícolas. Os depoimentos abaixo demonstram alguns exemplos do funcionamento das redes de solidariedade.

“... com o apoio de um programa de geração de renda, abrimos a associação das mulheres produtoras de queijo. O queijo era feito a partir do leite de cabra e vendido na cidade de Tete, cujo rendimento era usado para ajudar os seus membros nas despesas de funeral,

²⁵ A estas redes chamar-se-ão, tal como Nunes (1995), de rede de solidariedade primária, uma vez que se trata de configuração de relações correspondentes ao nível primário de apropriação social ao mundo e da constituição das identidades, que incluem redes de parentesco e de vizinhança, accionável em situação de necessidade para apoiar material e moralmente aqueles que são reconhecidos como membros dessas redes.

doenças e outras. Devido ao elevado índice de doenças e mortes nas famílias dos membros os fundos esgotaram. Actualmente a associação não está a produzir nada” – Elisa, 40 anos de idade. Membro do Comité Comunitário e da Associação das Mulheres Produtoras de Queijo de Mathuiri.

“... estou muito velha e não aguento nada. Os pais destas crianças morreram e antes da morte adoeceram bastante. Para nos alimentarmos dependemos da boa vontade dos vizinhos que nos trazem comida” – Celestina Maússe, 74 anos de idade. Avó de 2 crianças de 3 e 5 anos de idade.

Sobre a prática informal de assistência nas famílias, Morrume, 38 anos de idade, membro do Comité Comunitário de Mathuiri, referiu que as ligações sociais eram concentradas dentro das unidades familiares imediatas e as possibilidades de obter rendimentos constituíam o factor principal para o desenvolvimento desses laços e, que na fase inicial da doença, a família imediata prestava a maior assistência, recebia material de apoio vindo da família extensiva, grupos religiosos, vizinhos e doações da comunidade. Todavia, quando a doença prolongava, os apoios reduziam. A família ficava isolada do resto da comunidade e era abandonada pelos membros da família por causa do medo e do estigma, ou quando a ajuda que prestavam se esgota e não há esperança de melhoramento do doente.

Numa primeira fase o impacto do HIV/SIDA é mais evidente a nível do agregado familiar e transpõe esta fronteira, corroendo as redes de solidariedade estabelecidas entre as famílias e com o resto da comunidade, o que traz consequências nefastas ao nível da família, das crianças e da própria comunidade, conforme elucida a Tabela 5.

Todavia, as comunidades e os seus líderes estão atentos a ruptura dessas relações e esforçam-se em desenvolver trabalhos de apoio aos grupos vulneráveis. Muitas vezes, esses esforços fracassam porque os projectos de apoio a esses grupos são insustentáveis.

No povoado de Mathuiri por exemplo, para além do fracasso da Associação de Produtores de Queijo, registou-se também o fracasso na abertura da machamba comunitária.

“... o tractor avariou e não temos como repará-lo e nem peças para substituição/sobressalentes, conseqüentemente a escolinha comunitária fechou. Os professores da escolinha tinham como estímulo os produtos provenientes da machamba comunitária e as próprias crianças beneficiavam-se da produção da machamba” – Celso Pombal, 35 anos de idade, membro do Comité Comunitário de Mathuiri.

Tabela 5 – Resumo dos Potenciais Impactos do HIV/SIDA nas Comunidades Rurais

Impactos potenciais do SIDA nas famílias	Impacto do SIDA nas crianças	Problemas ao Nível Comunitário
<ul style="list-style-type: none"> - Perda de membros, luto - Empobrecimento - Alteração da composição da família e dos papéis dos adultos e das crianças - Perda de membros activos na produção - Migração forçada - Dissolução da família - Stress - Incapacidade de cuidar e educar as crianças - Perda de rendimentos para os cuidados médicos e a educação - Desânimo - Patologias de longo prazo (crescimento do comportamento depressivo entre as crianças) 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda da família e da identidade - Depressão - Diminuição do bem-estar - Aumento da malnutrição e fome - Degradação do estado de saúde - Aumento das exigências ao nível do trabalho - Perda de oportunidades ao nível escolar - Perda de herança - Migração forçada - exposição à infecção pelo HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da mão-de-obra - Crescimento da pobreza - Incapacidade de manter as infra-estruturas - Perda de mão-de-obra qualificada - Perda de insumos e mão-de-obra na agricultura - Perda de conhecimentos sobre a agricultura - Morbidade e mortalidade elevadas - Incapacidade de mobilizar recursos necessários à satisfação das necessidades globais da comunidade.

Fonte: Adaptado do ONUSIDA, 1999

Os programas de base comunitária dependentes de ajudas externas respondem melhor às necessidades das pessoas afectadas pelo SIDA, tomando uma série de medidas mais vastas e mais holísticas em benefício dos membros afectados e infectados.

No entanto, estes programas têm limitações, como sejam, pouca aptidão em matéria de gestão e de organização; falta de fundos e de apoio técnico para manter o projecto quando o doador se retira; prestação de apoio mal orientada; problemas entre membros fundadores; e, quando o programa é financiado por uma igreja, há discriminação em relação aos que dela não são membros.

A adopção de medidas para resolver esses problemas (aumento do nível do capital social das comunidades, por exemplo) pode ajudar a reforçar a capacidade das comunidades de lutar contra o impacto do HIV/SIDA.

O nível de capital social das comunidades tem um impacto maior no alívio aos efeitos de HIV/SIDA. As comunidades com um nível de capital social elevado fornecem à famílias afectadas diferentes actividades de apoio social que permitem que as famílias enfrentem a doença e a perda dos seus membros. Por outro lado comunidades com baixo nível de confiança e solidariedade social podem deixar lares e famílias entregues à *sua sorte* ou ainda isolar e excluir aquelas que estiverem afectadas pelo HIV/SIDA.

A experiência da Cacilda ilustra como o capital social através da família e mulheres em circunstâncias iguais, podem ajudar a enfrentar o impacto da perda de um membro na família.

Cacilda tem 30 anos de idade, é viúva e mãe de 4 filhos de 2, 5, 10 e 17 anos de idade, respectivamente. O marido dela era motorista e morreu nos princípios de 2006. Antes do marido adoecer, ela trabalhava exclusivamente na machamba. No presente momento ela reduziu a área de cultivo e faz outras actividades para complementar o rendimento proveniente da agricultura. Desde a morte do seu marido, a Cacilda dedica-se mais tempo na actividade de pequenos negócios e manda os filhos a machamba. Felizmente, é bem sucedida na venda de quantidades médias de banana e tomate. Ela começou este negócio com um empréstimo de capital inicial de 3 mil MT vindo de um familiar, e agora ela divide a maior despesa (o aluguer de transporte) com outras duas mulheres. O empréstimo correspondente ao capital inicial já foi reembolsado. A Cacilda ganha um lucro adicional proveniente de confecção de bebidas caseiras. Neste exemplo, a Cacilda está bem encaminhada (tem uma boa economia de capital social) e possui capacidades pessoais de adaptar-se às mudanças.

Apesar da perda de rendimentos do malgrado (motorista), a família continua com metade da riqueza a seu favor. Mesmo assim, a sua família continua vulnerável, pois, se ela adoecer, a sua família tornar-se-à pobre. Deste modo, ela deve reduzir a sua insegurança através de pequenas poupanças para matrículas escolares e eventuais despesas hospitalares. A segurança das crianças por longo período de tempo, não pode ser garantida nas presentes condições.

O exemplo da Cacilda mostra que as mulheres conseguem ser mais solidárias, principalmente quando se encontram na mesma situação. É neste contexto de solidariedade que deve ser interpretado o papel exercido pela mulher, não só devido as tarefas tidas como femininas, mas assumindo funções cada vez mais importantes na resolução de problemas quotidianos como os da fome, da insegurança alimentar e da pobreza. E, através desta solidariedade reforçar o papel das comunidades na assistência aos membros necessitados.

4.1.4. Estigma e Discriminação

O Estigma e a discriminação no contexto do HIV/SIDA referem-se a todas as formas de exclusão e distanciamento social, rejeição, atitudes separatistas para com as PAIHS.

A doença e a morte de um membro na família, particularmente, no contexto de estigma e discriminação, induzem ao rompimento de relações com os demais familiares e com o resto da comunidade. A capacidade dos familiares e dos vizinhos apoiarem moral e materialmente deteriora-se. As famílias e a comunidade podem reconhecer que a pessoa doente é “vulnerável” mas o estigma coloca-lhe na categoria de “não merecedor”.

As estratégias de sobrevivência desenvolvidas e referidas anteriormente não passam somente pelo apelo às redes de solidariedade baseadas no parentesco e/ou entre vizinhos, como também, passam pelo apelo às redes baseadas ou criadas na igreja,

visto que, através dos seus membros, a igreja²⁶ desenvolve uma rede de solidariedade significativa entre os grupos domésticos, particularmente entre as mulheres.

Curiosamente, a igreja e os ensinamentos religiosos foram identificados como vectores-chave do estigma e discriminação. Os líderes religiosos e os padres pregam a abstinência e a fidelidade como os únicos meios de evitar a infecção pelo HIV. Aqueles que ficam infectados são vistos como “transgressores” que já “comeram o fruto proibido”. Aos olhos da igreja “o castigo para o pecado é a morte”, portanto o SIDA é equiparado a retribuição divina.

Os entrevistados indicaram algumas formas como os padres reforçam o estigma e a discriminação. Por exemplo, frequentemente, nos funerais os pastores ou padres tornam o assunto da imoralidade no centro de sermão e usam este como uma oportunidade para pregar sobre comportamento do “imoral” de uma maneira que é obviamente com a intenção de soar como uma crítica e julgamento à família enlutada.

Nas comunidades rurais, a fonte mais importante de rendimentos fora das machambas são micro-empresendimentos²⁷ que são mais elevados que os rendimentos de salário ou remessas e, o crédito para grupos de PVHS é muitas vezes usado para fins de comércio miúdo. No entanto, devido ao estigma, é comum as pessoas recusarem comprar bens vendidos por PVHS no mercado ou noutros lugares, minando desse modo, o sucesso dessas pequenas actividades e, conseqüentemente, a capacidade das PVHS de se ajudarem a si próprias, resultando num empobrecimento adicional, conforme se pode notar nos seguintes relatos:

“... eu fazia parte de um esquema de micro-crédito e quando meu marido começou a adoecer, isto é, no momento em que eu mais precisava de ajuda fui expulsa da associação e o argumento para tal foi que eu era um membro de risco. Disseram também que meu marido estava prestes a morrer e todo o dinheiro reverteria para despesas de

²⁶ A igreja que tem o papel de dinamizar a actividade religiosa numa complexa rede de interajuda, restabelecimento a ordem social, influenciado através dos seus sistemas de crenças e conduta, actualmente concorre com uma fonte para discriminação das pessoas seropositivas.

²⁷ Os rendimentos de micro-projectos vêm da exploração de recursos naturais (o abate de árvores e produção de carvão), e de pequenas empresas (por exemplo produção de bebidas locais).

seu enterro e, que eventualmente, logo de seguida eu adoeceria e precisaria de mais dinheiro para as despesas hospitalares” – Maria de 28 anos de idade. Residente em Cuchamano.

“... uma vez que não obtenho nada da machamba, para sobreviver recorro a venda de bebida que fabrico em casa, mas as pessoas não compram a minha bebida, daí que levo a mesma para outro povoado onde as pessoas não conhecem o meu estado serológico” – desabafou Raquelina 32 anos de idade. Seropositiva.

Jorge 29 anos, viúvo e pai de 3 filhos era trabalhador de uma banca no mercado. O patrão descobriu que ele era seropositivo e expulsou-o.

O caso do Jorge é uma chamada de atenção para a revisão da política do trabalhador seropositivo, pois, a proposta de lei discutida na Assembleia da República apenas cobre o trabalhador com um emprego formal.

Os Activistas do Comité Comunitário de Cuchamano referiram que o problema do estigma e discriminação é muito grave no seu povoado. Certas pessoas têm medo de dar emprestado utensílios domésticos à famílias com algum membro doente ou que tenha morrido de SIDA, porque têm medo de “pegar” o SIDA e para além disso, lançam insultos às PVHS do tipo:

- Se tu morres, duvidamos que a tua família coma, uma vez que és usado para ter comida gratuita da VMI e PMA.
- Aquele é um cadáver vivo.
- Quem te mandou adquirir o vírus?
- Foi a tua prostituição que te deu o vírus?

A forma como as agências doadoras orientam e entregam os bens e prestam serviços também agrava o problema do estigma e discriminação. Como foi acima observado, um dos insultos lançados àqueles infectados ou afectados é que eles estão a viver de coisas “gratuitas”. Isto é uma referência aos vários tipos de apoio material fornecido pela VMI e PMA, nomeadamente, milho, açúcar feijão, cobertores, sal, leite hospitalar (especialmente para as crianças malnutridas) e vestuário. Numa situação em que crianças e famílias estão desesperadamente necessitadas desse apoio devido a

doença ou morte por HIV/SIDA, é surpreendente que os outros fiquem ressentidos por esse apoio ser reservado estritamente para aqueles padecendo do HIV/SIDA. Para além disso, o facto de a distribuição de alimentos ser levada a cabo livremente e ser amplamente divulgada para todos verem e ouvirem sobre isso, agrava mais a estigmatização de PVHS e suas famílias.

Notou-se que o ressentimento e o estigma e discriminação resultam da falta de informação suficiente e adequada sobre HIV/SIDA nas comunidades. A maior parte dos entrevistados (mesmo os infectados) já ouviu falar do SIDA mas o seu conhecimento varia entre "*a desconfiança*", "*o ver para crer*", "*a sua origem na feitiçaria*", "*a culpabilização de terceiros*", e só um grupo bastante restrito tem um conhecimento real desta pandemia.

Sobre as formas de prevenção do HIV/SIDA, a maioria indicou o uso do preservativo nas relações sexuais como a única forma de prevenção (referindo-se claramente ao preservativo masculino). O preservativo feminino é praticamente desconhecido. O preço da sua comercialização é 25 vezes superior ao preservativo masculino e em alguns casos o preservativo masculino é gratuito.

Há uma necessidade de se promover o preservativo feminino para que a mulher tenha uma alternativa de protecção. A mulher não tem poder e de uma maneira geral, ela não tem condições de solicitar a utilização do preservativo por parte do cônjuge. Quando a doença se abate sobre a família, é ela quem acarreta com as principais responsabilidades – cuidar dos doentes, inventar estratégias de sobrevivência para suportar os custos em medicamentos e alimentação e apoiar-se nas redes de interajuda.

Ao contrário de Cuchamano, o Comité Comunitário de Mathuri mostrou que com informação sobre os modos de transmissão do HIV, a formação na saúde, higiene, alguns materiais de apoio adicionais externos, reduz-se o medo e o estigma, e as respostas da comunidade em relação ao impacto de HIV/SIDA são fortalecidas.

É urgente mais e melhor informação que ajude a construir pessoas mais conscientes das suas misérias e grandezas. Uma sociedade informada poderá viver com o

HIV/SIDA, como uma ameaça compreendida, uma ameaça criativa de novos valores.
Só as pessoas informadas podem ser solidárias e tolerantes.

CAPITULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. Apreciação dos Pressupostos

Antes da abordagem conclusiva sobre o estudo, importa tecer algumas considerações sobre os pressupostos (presumíveis efeitos do HIV/SIDA na SAN das famílias rurais) levantados no início do presente trabalho.

A análise da autora do presente trabalho, fundamentada pela abordagem teórica e pelos dados e factos observados nos povoados alvo de estudo, mostra que o HIV/SIDA afecta severamente os quatro pilares da SAN, na medida em que reduz a capacidade de muitos agregados rurais conseguirem acesso adequado aos alimentos e de produzirem para o seu próprio consumo, confirmando desse modo, os pressupostos levantados. Mostra ainda que o impacto do HIV/SIDA na SAN é colateral, na medida em que:

1. O HIV/SIDA afecta o *Capital Humano*, não apenas em termos de saúde das pessoas vivendo com o HIV/SIDA, como igualmente da saúde psicológica e física dos prestadores de cuidados em termos de tempo e mão-de-obra perdidos em detrimento de outros trabalhos (de geração de rendimentos, de actividades educacionais ou da criação das crianças). Sobretudo a nível do agregado familiar, as relações de género ficam transformadas. As mulheres e crianças acabam por assumir mais tarefas do que estariam a fazer na ausência do HIV/SIDA, para preencher lacunas em termos de mão-de-obra e outras.
2. O *Capital Natural* é afectado pelo uso reduzido da terra, devido à escassez de mão-de-obra a nível do agregado familiar. Os recursos naturais localizados perto das residências são excessivamente utilizados e a terra é vendida para cobrir despesas médicas e funerárias. Em muitas culturas as mulheres perdem o acesso à terra depois da morte dos seus maridos.

3. O acesso ao *Capital Financeiro* na forma de crédito fica severamente restrito para aqueles afectados pelo HIV/SIDA, na medida em que os doentes e as suas famílias são considerados tomadores de risco elevado de empréstimos.
4. O *Capital Físico* – a infra-estrutura habitacional, comunitária e agrícola – fica degradado nos agregados afectados pelo HIV/SIDA, devido à escassez de mão-de-obra e a mudança de prioridades no investimento. O capital físico também é vendido para pagar despesas associadas.
5. A morte e a doença corroem as redes sociais existentes, que são indispensáveis ao *Capital Social*. Diminui-se a tecelagem de redes de solidariedade e sociais e as mesmas ficam inacessíveis para os que estão afectados, devido ao estigma e discriminação.

5.2. Conclusões

O presente estudo, através de entrevistas e por intermédio de consulta de documentação pertinente, procurou analisar o impacto do HIV/SIDA na SAN nos Povoados de Cuchamano e Mathuiri, localizados no Distrito de Changara, Zona Sul da Província de Tete.

Ao empreender-se esta digressão, pretendia-se identificar as consequências do HIV/SIDA, a nível do agregado familiar, principalmente, no que concerne a SAN visto que o HIV/SIDA tem um impacto significativo no sector agrícola (o sector que garante a SAN nas famílias rurais).

Pretendia-se também compreender como é que as famílias rurais suportavam a perda daquele membro activo na agricultura que garantia a segurança alimentar e nutricional, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

1. O HIV/SIDA causou e continua a causar graves perturbações nas famílias e nas comunidades. O aumento da morbilidade e da mortalidade tem graves repercussões na SAN e no bem-estar dos indivíduos, dos agregados familiares

e das comunidades. O SIDA poderá elevar ainda mais o nível de insegurança alimentar no país, o que poderá levar a uma maior dependência das doações externas e gastos avultados nas importações de alimentos e produtos agrícolas;

2. A pandemia do HIV/SIDA, a seca que se faz sentir ciclicamente no nosso país bem como as capacidades institucionais enfraquecidas para lidar com o impacto do HIV/SIDA, constituem uma tripla ameaça à realização dos direitos dos moçambicanos (a epidemia afectou gravemente o acesso aos serviços de saúde e de educação, a satisfação das necessidades essenciais como as de alimentação, de habitação, o direito à privacidade, à dignidade humana, etc.);
3. As famílias que têm um membro doente, ou morto pelo SIDA, significa que perderam a pessoa que providenciava a alimentação e por causa disso, essas famílias recorrem à estratégias de sobrevivência que os tornam instáveis e vulneráveis e que concorrem para o agravamento da sua situação de pobreza. A venda de bens, a retirada das crianças na escola, a redução do consumo de alimentos e a utilização das poupanças e do património têm efeitos negativos a curto e longo prazos;
4. O facto de a morbilidade e a mortalidade aumentarem não só significa que o HIV/SIDA esteja a modificar a estrutura demográfica dos agregados familiares como também que ele atinge gravemente o bem-estar socio-económico dos agregados familiares e das comunidades. O impacto social e económico do HIV/SIDA constitui a maior ameaça ao desenvolvimento de Moçambique e mesmo que a epidemia seja contida por esta altura, os efeitos tangíveis far-se-ão sentir por muito tempo;
5. Os agregados familiares que praticam a agricultura de subsistência são atingidos de forma mais violenta do que os outros. Eles têm que suportar o desaparecimento de membros activos na produção, a descida de rendimentos, a diminuição das suas reservas alimentares e dos bens, a redução das suas economias, pois estas são viradas aos cuidados de saúde e às despesas com funerais;

6. A rede de apoio tradicional ficou fragilizada devido à acentuação do declínio económico e ao aumento do número dos agregados familiares necessitados;
7. De um modo geral, o Estudo de Caso de Changara elucida algumas características das famílias rurais Moçambicanas, em particular face ao dilema da pobreza associado a seca e ao impacto crescente do HIV/SIDA.

5.3. Recomendações

1. O combate ao HIV/SIDA exige uma resposta a nível nacional, que coloque a questão num contexto social e económico mais alargado. A tal resposta requer o envolvimento da sociedade a todos os níveis e, deve estar primeiramente virada para a mitigação do impacto do HIV/SIDA a nível dos agregados familiares através do reforço da sua capacidade de produção agrícola e da melhoria da sua capacidade de gerar rendimentos e crescimento das suas economias. Isto pode conseguir-se por meio da (i) melhoria de acesso ao trabalho, à terra, ao capital, aos animais; (ii) promoção de sementes e de culturas resistentes a seca; (iii) promoção da utilização de tecnologias que requerem pouca mão-de-obra e capital; (iv) promoção de projectos de micro-crédito (pequenos empréstimos de curto prazo e de rápida rotação); e, (v) capacitação em matéria de gestão. É de referir que as estratégias de curto prazo não respondem aos problemas críticos. É, portanto, necessária uma combinação entre as estratégias visando o alívio e aquelas vocacionadas para o investimento, para que se garanta que os projectos tenham continuidade quando os fundos se esgotarem.
2. Integração da componente de SAN em todos os projectos que visam mitigar o impacto do HIV/SIDA, de modo a reduzir a probabilidade de infecção pelo HIV, diminuir a progressão do HIV/SIDA e aumentar a resistência dos infectados. A integração da SAN nos projectos de HIV/SIDA não significaria apenas uma vida mais longa para os seropositivos, mas permitir que muitos seropositivos continuassem com vidas activas e produtivas, contribuindo para o rendimento familiar, prestando cuidados para as famílias e acrescentando o bem-estar geral das suas comunidades.

3. Para que os projectos e programas sejam eficazes, é igualmente importante que sejam orientados aos agregados familiares com maiores necessidades. Contudo, será contrário à ética, o facto de se consagrarem exclusivamente aos agregados familiares afectados pelo SIDA, pois, dessa forma estarão a deixar de lado os agregados familiares que, por outras razões, têm necessidades tão grandes como as daqueles. Por conseguinte, é importante que os programas se consagrem a um grupo de agregados familiares mais alargado e definido de acordo com indicadores sobre pobreza e sobre o SIDA. A melhor forma de consegui-lo é trabalhar por intermédio das comunidades, de modo que sejam elas próprias a identificar os agregados familiares que estão mais necessitados.

4. Para a redução do estigma e discriminação para com as Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHS) e suas famílias, as comunidades precisam de mais e melhor informação sobre o HIV/SIDA, e tendo em conta que o nível de escolaridade das famílias rurais é baixo, as mensagens sobre o HIV/SIDA devem ser pré-testadas para assegurar que elas são apropriadas antes de serem transmitidas. Devem abordar os mitos e os factos sobre HIV/SIDA, e a maioria dos materiais de informação, educação e comunicação devem ser traduzidos para as línguas locais. Na divulgação dessas mensagens há que ter em atenção a linguagem (uso das línguas locais) e veículos de comunicação considerados apropriados tais como a exemplificação, o teatro, programas de rádio, jornais, televisão, médicos tradicionais e convencionais e líderes comunitários por forma a conciliar a diversidade cultural do país. É igualmente importante que se abordem as questões do género, pois, há uma tendência de apenas indivíduos do sexo feminino envolverem-se nas acções de disseminação de informação sobre o HIV/SIDA, prestação de cuidados baseados ao domicílio, etc. Há uma necessidade de mais homens como voluntários para dar resposta as necessidades psicológicas e de aconselhamento do sexo masculino.

5. Os doadores devem ser mais flexíveis no que respeita ao financiamento do apoio às iniciativas locais. Para isso devem optar por atribuir diversas pequenas subvenções a vários e diferentes projectos em vez de atribuir uma única subvenção a um grande projecto. A importância que se dá actualmente

aos projectos de grande dimensão prejudica as iniciativas locais, as quais podem ser muito mais eficazes, apropriadas e sustentáveis. Contudo, os doadores têm relutância em gerir numerosos pequenos projectos. Para resolver este problema é, pois, necessário um mecanismo, o qual poderia ser um organismo intermédio que gerisse fundos e que prestasse contas aos doadores.

A terminar, referir que muitos aspectos da temática do HIV/SIDA e SAN ficaram por abordar pois não é possível, nem era intenção deste estudo, esgotar exhaustivamente a generalidade dos conceitos e factos aqui abordados, num único trabalho de licenciatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACNUR/PNUD (1996). Perfil do Distrito de Changara, Província de Tete: Perfis de Desenvolvimento Distrital. ACNUR/PNUD, Moçambique.

ADALIMA, J. (2001). Relação entre o Direito Formal e o Direito Costumeiro: Representações e Práticas do Casamento entre os Tongas do Distrito de Guro. Dissertação Apresentada em Cumprimento Parcial dos Requisitos para Obtenção do Grau de Licenciatura em Antropologia na UFICS/UEM, Maputo.

ADAM, Y. (1999). Guerra, Fome, Seca e Desenvolvimento: Lições de Changara, Moçambique. UEM. Arquivo Nº 10 pp. 187-207

ANDRADE, X. et al (1998). Famílias em Contexto de Mudança em Moçambique. Imprensa Universitária. Maputo, 1998.

CONSELHO NACIONAL de COMBATE ao HIV/SIDA (2000). Plano Estratégico Nacional de Combate ao DTS/SIDA, 2000-2002. Maputo, Moçambique.

CONSELHO NACIONAL de COMBATE ao HIV/SIDA (2005). Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA II, 2005-2009. Maputo, Moçambique.

CRUZ e SILVA, T. (2000). As Redes de Solidariedade como Intervenientes na Resolução de Litígios. O caso da Mafalala. Parte IV, capítulo 22, in SOUSA SANTOS, B. & TRINDADE, J. (2000). Conflitos e Transformação Social: Uma Paisagem das Justiças em Moçambique. Centro de Estudos Africanos/UEM e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra-Portugal.

FAO (1999). Sustainable Agriculture/Rural Development and Vulnerability to the AIDS Epidemic, UNAIDS Best Practice Collection.

GRUPO TÉCNICO MULTISECTORIAL de APOIO à LUTA CONTRA o HIV/SIDA em MOÇAMBIQUE (2004). Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV – Ronda 2004. Maputo.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005). Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: Uma Avaliação Estatística. Maputo.

JACKSON, H. (2004). Sida em África: Continente em Crise. Safaids, Harare.

LISBOA, F. (2000). Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricionais, sua Relação com o Parentesco – O Caso do Distrito de Massengana (1975-1999). Dissertação Apresentada em Cumprimento Parcial dos Requisitos para a Obtenção do Grau de Licenciatura em Antropologia na UFICS/UEM, Maputo.

LOFORTE, A. (2000). Género e Poder entre os Tsongas de Moçambique. Dissertação Elaborada para Obtenção do Grau de Doutor em Antropologia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.

MATSINHE, C. (2006). Tábula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA. Maputo. Textos Editores.

MAUNDER, N. and WIGGINS, S. (2006). Food Security in Southern Africa: Changing the Trend? Review of Lessons Learnt on Recent Responses to Chronic and Transitory Hunger and Vulnerability. Overseas Development Institute.

MAYER, A. (1987). A Importância dos Quase Grupos no Estudo das Sociedades Complexas, in FELDMAN-BIANCO, B. (1987). Antropologia das Sociedades Contemporâneas – Métodos, São Paulo: Global.

MAZULA, B. (1995). Moçambique: Eleições, Democracia e Desenvolvimento. Capítulo X: A Mulher. Maputo.

MEDEIROS, F. (1987). Grupos Domésticos, Habitat Rural no Norte de Portugal: Um Contributo da Escola de Le Play 1908 -34, in Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa – “Análise Social”, Vol. XXIII

MINISTÉRIO da ADMINISTRAÇÃO ESTATAL (2005). Perfil do Distrito de Changara – Província de Tete.

MINISTÉRIO da MULHER e da ACÇÃO SOCIAL (2006). Plano Sectorial de Combate ao HIV/SIDA.

MINISTÉRIO da PLANIFICAÇÃO e DESENVOLVIMENTO (2007). Plano Económico e Social e Orçamento do Estado.

MINISTÉRIO do PLANO e FINANÇAS (1998). Enquadramento Macroeconómico da Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final.

MINISTÉRIO da SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005). Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique.

MINISTÉRIO da SAÚDE (2001). Plano Estratégico do Sector de Saúde 2001 – 2005 – 2010.

MUTANGADURA G, JACKSON H e MUKUZARITA D. (1999). AIDS and African Smallholder Agriculture. SAFAIDS, Harare.

NEGRÃO, J. (1998). Homens e Mulheres na Agricultura – Mitos e Realidades, in JOSÉ ARTHUR, M. E LOFORTE, A.(1998). Relações de Género em Moçambique: Educação, Trabalho e Saúde. Departamento de Arqueologia e Antropologia da UEM.

NEGRÃO, J. (2001). Cem Anos de Economia da Família Rural Africana: O Delta do Zambeze em Análise Retrospectiva. Maputo. Promédia.

NUNES, J.(1995). As Solidariedades Primárias e os Limites que a Sociedade Providencia, in Revista Crítica de Ciências Sociais, nº42, 1995 – “A Sociedade Providencia”, Centro de Estudos Sociais. Coimbra. Portugal.

ONUSIDA (1999). A Resposta dos Agregados Familiares e das Comunidades à Epidemia do HIV/SIDA nas Zonas Rurais da África Subsahariana. Coleção Boas Práticas da ONUSIDA. Genebra.

ONUSIDA (2004). Manual para Legisladores em Matéria de HIV/SIDA, Legislação e Direitos Humanos: Acção para Combater o HIV/SIDA em face do seu Impacto Devastador sobre os Aspectos Humano, Económico e Social. Coleção Boas Práticas da ONUSIDA. Genebra.

PANOS INSTITUTE (1992). The Hidden Costs of Aids. The Challenge of HIV to Development, in Jackson, H. (2004). Sida em África. Continente em Crise. Safaids, Harare.

PORTUGAL, S. (1995). As Mãos que Embalam o Berço. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais, in Revista Crítica de Ciências Sociais nº 42 – A Sociedade Providencia, Centro de Estudos Sociais. Portugal.

RELATÓRIO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO HUMANO de MOÇAMBIQUE (2001). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Maputo.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE (2004). Constituição da República. Imprensa Nacional de Moçambique. Maputo.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE (1998). Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional. Maputo.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE (2006). Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009. Maputo.

REULLINGER, S. (1987). Food Security and Poverty in Developing Countries, in Food Policy: Integrating Supply Distribution and Consumption. Gillinger, Leslie EDT Series, World Bank.

RODRIGUES, J. (1993). Sociologia. Editora Ática, 6ª edição.

SAFAIDS (2002). A Falta de Comida Aumenta a Gravidade da Epidemia do HIV/SIDA in Safaids Notícias Nº 3, Vol.5 pp. 2-12

SAIDE, M. (2001). Relações de Género na Gestão Comunitária de Recursos Florestais no Distrito de Matutuine – Comunidade de Djavula. Dissertação Apresentada em Cumprimento Parcial dos Requisitos para a Obtenção do Grau de Licenciatura em Antropologia na UFICS/UEM, Maputo.

SECRETARIADO TÉCNICO de SEGURANÇA ALIMENTAR e NUTRIÇÃO (sem data). Estudo de Caso sobre a Segurança Alimentar e Nutricional no Processo de Desenvolvimento de Moçambique.

SECRETARIADO TÉCNICO de SEGURANÇA ALIMENTAR e NUTRIÇÃO (2004). A Relação entre HIV/SIDA e a Segurança Alimentar/Nutrição em Moçambique.

SECRETARIADO TÉCNICO de SEGURANÇA ALIMENTAR e NUTRIÇÃO (2005). Grupo de Análise de Vulnerabilidade: Relatório de Vulnerabilidade Corrente em Moçambique.

SECRETARIADO TÉCNICO de SEGURANÇA ALIMENTAR e NUTRIÇÃO (2006). Manual de Procedimentos: Insegurança Alimentar e Nutrição e HIV/SIDA.

SILVA, B et al. (1986). Dicionário de Ciências Sociais. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

SITOE, T. (2005). Agricultura Familiar em Moçambique: Que Modelos e Estratégias para o Desenvolvimento Sustentável? MADER, Maputo.

SMITH, L. & HADDAD, L. (2002). How Potent is Economic Growth in Reduction Undernutrition? What are the Pathways of Impact? New Cross-Country Evidence. Economic Development and Cultural Change.

TSABETE, S. (2004). Relações de Género e Estratégias de Segurança Alimentar e Nutrição no Distrito de Magude – O Caso da Povoação de Mahel-Sede. Dissertação Apresentada em Cumprimento Parcial dos Requisitos para a Obtenção do Grau de Licenciatura em Antropologia na UFICS/UEM, Maputo.

UN POPULATION DIVISION (2001). HIV/AIDS: Population Impact and Policies. New York: Department of Economic and Social Affairs, UN Secretariat.

UNAIDS (2006). Report on the Global Aids Epidemic. A UNAIDS 10 th Anniversary Special Edition.

UNIVERSAL (2006). Dicionário mais Gramática – Língua Portuguesa. Texto Editores, Maputo

UPTON, M. (1987). African Farm Management. Cambridge University Press. UK

USSIVANE, A. (2005). Manual de HIV/SIDA: Disseminação de Informação para a Mudança de Comportamento. AMADI, Maputo.

OUTRAS REFERÊNCIAS

BBC PARA AFRICA. (2005). HIV/SIDA está a “matar” agricultura em África. Maputo: BBCParaAfrica.com [acesso em 18 de Julho de 2007]. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portugueseafrika/news/story/2005/09/printable/050909_aidsand_food.htm

FLORIANO, A. (2006). As Crianças e o HIV/SIDA na África Sub-Sahariana – O Caso de Moçambique. Lisboa: Aidscongress.net [acesso em 19 de Fevereiro de 2007]. Versão PDF disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=283

MATHER, D. et al. (2003). Morbidez e Mortalidade dos Adultos em Moçambique: Prevalência e Estratégias para os Agregados Familiares Rurais que Enfrentam Adversidade. MOZ-Vetaid, Maputo. [acesso em 10 de Fevereiro de 2007]. Disponível em: <http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2>

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (2001). A Epidemia do HIV/SIDA em Moçambique e nos Países Vizinhos, in Carta dos Médicos Sem Fronteiras – Emergência em Moçambique. Lisboa: AidsPortugal.com, [acesso em 10 de Fevereiro de 2007]. Disponível em: <http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=572>

Portal HIV/SIDA Moçambique. (2006). África: Fome, Direitos sobre a Terra e o Sida. [acesso em 3 de Outubro de 2007]. Disponível em: http://www.sida.org.mz/index2.php?option=com_content&task=view&id=262&Itemid=77

Portal HIV/SIDA Moçambique. (2006). África Austral: Região com mais Mortes no Mundo [acesso em 3 de Outubro de 2007]. Disponível em: http://www.sida.org.mz/index2.php?option=com_content&task=view&id=134&Itemid=77

Portal HIV/SIDA Moçambique. (2006). África Austral: A Sida Estabiliza no Mundo mas Cresce na África Austral [acesso em 23 de Julho de 2007]. Disponível em: http://www.sida.org.mz/index2.php?option=com_content&task=view&id=131&Itemid=77

Portal HIV/SIDA Moçambique. (2006). Situação em Moçambique. [acesso em 18 de Julho de 2007]. Disponível em: http://www.sida.org.mz/index.php?option=com_content&task=view&id=50&Itemid=65

SARDC (2000). Relatório do Desenvolvimento Humano de Moçambique 1999 – Entre a Esperança e a Incerteza: Novos Desafios face a Ameaça do SIDA. Maputo. [acesso em 18 de Julho de 2007]. Disponível em: <http://databases.sardc.net/books/HDR1999port/view.php?id=22>

XARÁ, S. et al. (2006). Nutrição e HIV: Particularidades no Idoso. Lisboa: Aidscongress.net [acesso em 10 de Fevereiro de 2007]. Versão PDF disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=298

ANEXOS

1. GUIÃO DE ENTREVISTAS

Esta entrevista tem por objectivo único, recolher dados para efeitos exclusivamente de investigação académica.

Entrevista ao nível dos informantes-chave

1. Descrição do povoado.
2. Quais são os meios de subsistência da comunidade?
3. Que estratégias são adoptadas para fazer face a falta de chuva e a baixa produção agrícola?
4. A comunidade beneficia ou já beneficiou de algum apoio externo para suprir as necessidades de alimentação?
5. Como é vista a problemática do HIV/SIDA? A comunidade tem informação suficiente sobre esta pandemia?
6. Há algum mecanismo de ajuda na comunidade para as pessoas infectadas e afectadas pelo HIV/SIDA? (estratégias locais para a mitigação do impacto do HIV/SIDA)
7. Até que ponto os membros da comunidade cooperam entre si e/ou apoiam-se mutuamente quer através de arranjos formais ou não formais?

Entrevista ao nível dos agregados familiares

1. Nome, idade e estado civil de quem responde.
2. Tem filhos? Quantos e quais são as suas idades? Estudam?
3. A família tem machambas e/ou animais?
4. Quantas refeições tomam por dia e qual a sua composição?
5. Que estratégias são adoptadas para fazer face a perda de um membro na família, no trabalho agrícola e fora da agricultura?
6. Como a doença e a morte afectam o trabalho agrícola?
7. Em que medida a doença e a morte influenciam na vida dos dependentes?
8. Onde é que tiram a água? Qual é a distância percorrida para se obter a água?
9. Qual é a percepção da família em relação ao HIV/SIDA? A família tem informação suficiente sobre esta pandemia?
10. Quem cuida das pessoas doentes?

11. Quem decide pela troca/venda de produtos e quem controla o rendimento daí resultante?
12. Quem cozinha, vai a machamba, busca água e lenha?
13. Quais são os papéis/actividades individuais das mulheres e dos homens dentro da família na obtenção de alimentos e de rendimentos?
14. Tem recebido algum apoio externo? (de outros familiares ou da comunidade)
15. É membro de alguma rede de apoio?

PROVÍNCIA DE DE TETE
 DISTRITO DE CHANGARA
 Divisão Administrativa

