

**Análise do Custo e do Acesso da Cesta Básica para Pessoas
Vivendo com HIV/SIDA (PVHS) na Mitigação do Impacto
Socioeconómico do HIV/SIDA**

Estudo de Caso na Província de Maputo

Vanda Isabel Castelo

Maputo, Julho de 2010

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE ECONOMIA

Trabalho de Licenciatura em Economia

Declaração

Declaro 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, ____ de _____ de 2010

Vanda Isabel Castelo

Aprovação do Júri

Este trabalho foi aprovado com ____ valores no dia ____ de _____ de 2010 por nós, membros do Júri examinador da Universidade Eduardo Mondlane.

(Presidente)

(Arguente)

(Supervisor)

Índice

<i>Índice de Gráficos</i> -----	<i>iv</i>
<i>Índice de Figuras</i> -----	<i>iv</i>
<i>Índice de Tabelas</i> -----	<i>v</i>
<i>Índice de Anexos</i> -----	<i>v</i>
<i>Lista de Siglas e Abreviaturas</i> -----	<i>viii</i>
<i>RESUMO</i> -----	<i>x</i>
<i>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO</i> -----	<i>1</i>
1.1 Justificativa do tema.....	1
1.2 Pergunta de pesquisa	3
1.3 Objectivos.....	3
a) Objectivo Geral	3
b) Objectivos Específicos	3
1.4 Metodologia	4
1.5 Limitações da Pesquisa	5
1.6 Estrutura do Trabalho.....	6
1.7 Actual Situação Socioeconómica, Pobreza e o HIV/SIDA em Moçambique.....	6
<i>CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA</i> -----	<i>8</i>
2.1. Definição de Conceitos Operacionais	8
2.2. Relação entre HIV/SIDA, Pobreza e Insegurança Alimentar	13
2.3 Mecanismo de Resposta Nacional ao HIV/SIDA em Moçambique	15
2.4 Situação Epidemiológica do HIV/SIDA em Moçambique	16
2.5 Impacto do HIV/SIDA no Sistema Económico	17
2.5.1 Impacto do HIV/SIDA no Sector Privado.....	18
2.5.2 Impacto do HIV/SIDA no Sector Público	19

2.5.3	Impacto Económico do HIV/SIDA na família	20
2.5.4	Impacto Socioeconómico do HIV/SIDA na África.....	21
<i>CAPÍTULO III: DESPESAS GLOBAIS COM HIV EM CUIDADOS E TRATAMENTOS À PVHS EM MOÇAMBIQUE</i> -----		23
3.1	Evolução da despesa com HIV/SIDA: 2004-2008.....	23
3.2	Despesa em Cuidados e Tratamento de PVHS: Apoio Alimentar e Nutricional.....	25
<i>CAPÍTULO IV: INTERVENÇÃO NO APOIO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE PVHS</i> -----		26
4.1	Motivos de Intervenção no Apoio Alimentar e Nutricional de PVHS.....	26
4.2	Importância do Apoio Alimentar e Nutricional à PVHS na Mitigação do Impacto Socioeconómico do HIV/SIDA.....	28
4.3	Fontes de Financiamento da Assistência Alimentar à PVHS em Moçambique	29
4.4	O CNCS e a Mitigação do Impacto Socioeconómico do HIV/SIDA: O Apoio Alimentar e Nutricional à PVHS.....	31
<i>CAPÍTULO V: INICIATIVAS DE APOIO ALIMENTAR À PVHS</i> -----		33
5.1	Intervenção do INAS no Apoio Alimentar de PVHS.....	33
5.2	Intervenção do MISAU no Apoio Alimentar e Nutricional de PVHS.....	35
5.3	Intervenção do PMA no apoio alimentar de PVHS	35
5.4	Composição e o Custo estimado da Cesta Básica para o apoio à PVHS	36
5.4.1	Cesta Básica definida pelo MISAU.....	37
5.4.2	Cesta Básica distribuída pelo Instituto Nacional de Acção Social.....	41
5.4.3	Cesta Básica distribuída pelo Programa Mundial Alimentar (PMA).....	41
5.5	Eficácia das Intervenções de Apoio Alimentar: Uma Análise Comparativa	43
5.5.1	Cestas Básicas.....	43
5.5.2	Actividades Geradoras de Rendimento (AGRs).....	44
<i>CAPÍTULO VI: O ACESSO À CESTA BÁSICA E O BEM-ESTAR DAS PVHS</i> -----		45
<i>CAPÍTULO VII: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</i> -----		51

7.1	Conclusões	51
7.2	Recomendações	52
	<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA</i>	53
	<i>ANEXOS</i>	58

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Evolução Epidemiológica do HIV/SIDA em Moçambique, 1998-2010	16
Gráfico 2: Despesas com o HIV/SIDA no período de 2004-2008 (10 ⁶ USD).....	23
Gráfico 3: Evolução do peso da despesa com HIV/SIDA no PIB (2004-2008).....	24
Gráfico 4: Despesas de Apoio Nutricional e de Cuidados e Tratamento em PVHS (2004-2006)	25
Gráfico 5: Percentagem da despesa de apoio nutricional no total dos cuidados e tratamento de PVHS (2004-2006).....	25
Gráfico 6: Nº de beneficiários de projectos de mitigação apoiados pelo CNCS: 2004 -2008.....	32
Gráfico 7: Percentagem das PVHS que recebem ou não o Apoio Alimentar.....	48
Gráfico 8: Evolução das taxas de Seroprevalência do HIV em Moçambique: 1998-2010	58

Índice de Figuras

Figura 1: Ligações cíclicas entre o HIV/SIDA, pobreza e a SAN.....	11
Figura 2: Relação entre HIV, pobreza e InSAN	14
Figura 3: Curva de bem-estar e quantidades de consumo ideal por PVHS	38
Figura 4: Mecanismo de acesso à cesta básica disponibilizada pelo MISAU	40

Figura 5: Comparação do nível de consumo efectivo da PVHS em relação ao desenhado pelo MISAU..... 50

Índice de Tabelas

Tabela 1: Despesa com o HIV/SIDA como percentagem do PIB (2004-2008) 24

Tabela 2: Composição e o custo da cesta básica aprovada pelo MISAU (preço médio mensal de Setembro de 2009) 37

Tabela 3: Composição e custo da cesta básica disponibilizada pelo INAS 41

Tabela 4: Primeira opção da composição e do custo da cesta básica distribuída pelo PMA..... 42

Tabela 5: Segunda opção da composição e do custo da cesta básica distribuída pelo PMA..... 42

Tabela 6: Faixa etária e sexo das PVHS inquiridas 46

Tabela 7: Nº de membros do AF e o status das PVHS 47

Tabela 8: Nível de escolaridade e fonte de rendimento de PVHS 47

Tabela 9: Consumo mensal *per capita* da PVHS em produtos de primeira necessidade 49

Tabela 10: Actual Situação Epidemiológica em Moçambique: (2008 – 2010) 58

Tabela 11: Bairros cobertos pelo inquérito 59

Índice de Anexos

Anexo 1: Questionário às PVHS sobre o seu nível de Consumo e Acesso à Cesta Básica-----60

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais:

Helena André Guivala e Mário Castelo

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, o meu agradecimento vai ao Senhor meu Deus pela vida e inteligência.

Em segundo, agradeço a todos que directa/indirectamente contribuíram para a minha formação e particularmente, para elaboração deste trabalho.

Em especial, gostaria de agradecer a minha mãe, Helena André Guivala, por ter estado ao meu lado em todas as fases da minha formação académica e da minha vida. Agradeço também ao meu pai, Mário Castelo, e estendo os meus agradecimentos aos meus irmãos: Ginódio, Hélder e Neide e a todos meus tios. Agradeço também em especial ao Célio Chiconela e a todos os meus amigos por toda força e apoio moral.

Agradeço, também, a todos que me facilitaram a informação útil para o trabalho nomeadamente, a Dra. Olívia Ubisse do MISAU pela entrevista concedida; ao CNCS, em especial ao Sr Maltez Mabui e a todos trabalhadores da RenSIDA pelo apoio e fornecimento de informações sobre as Associações de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA. O meu obrigado vai também aos líderes das Associações de PVHS visitadas, por me terem facilitado a aplicação dos inquéritos aos seus membros.

Agradeço o meu supervisor Dr. Eduardo Neves pelo apoio incansável, disponibilidade e paciência ao longo da realização deste trabalho. Também estendo os meus agradecimentos a todo o corpo docente da Faculdade de Economia da Universidade Eduardo Mondlane, pela sua contribuição na minha formação académica.

À todos muito Obrigado!

Lista de Siglas e Abreviaturas

AFs	Agregados Familiares
AGRs	Actividades Geradoras de Rendimento
CNCS	Conselho Nacional do Combate ao HIV/SIDA
COVs	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CSB	Corn-Soya Blend (Mistura de Farinha de Soja e de Milho)
FANTA	Projecto de Assistência Técnica Alimentar e Nutricional (<i>Food and Nutrition Technical Assistance Project</i>)
FICA	Flemish International Cooperation Agency
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IAF	Inquérito aos Agregados Familiares
IMC	Índice de Massa Corporal
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
INE	Instituto Nacional de Estatística
InSAN	Insegurança Alimentar
MISAU	Ministério da Saúde
MMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
OBC	Organização Baseada na Comunidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental

ONUSIDA	Organização das Nações Unidas no Combate do HIV/SIDA
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PB	Perímetro Branquial
PEN	Plano Estratégico Nacional do Combate ao HIV/SIDA
PES	Plano Económico Social
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial para Alimentação
PVHS	Pessoa Vivendo com HIV/SIDA
RenSIDA	Rede Nacional de Associações de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica
SAfAIDS	Southern Africa AIDS Information Dissemination Service
SAN	Segurança Alimentar Nutricional
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
TARV	Tratamento Anti-Retroviral

RESUMO

A epidemia do HIV/SIDA é um dos grandes desafios das sociedades actuais, devido ao seu elevado impacto negativo no crescimento e desenvolvimento económico das nações, especialmente de Moçambique. Este facto resulta da destruição de um dos pilares do desenvolvimento económico, o capital humano. O efeito negativo e multiplicador do HIV/SIDA começa na família, devido a sua alta correlação com a pobreza e a insegurança alimentar, antes de se fazer sentir na economia como um todo. Esta relação, entre o HIV/SIDA e a pobreza, é bidimensional. Isto é, pode ser de causa e de efeito.

As acções levadas a cabo pelos grandes intervenientes no combate desta epidemia incluem: prevenção, cuidados e tratamento e mitigação do impacto negativo do mesmo. Assim, uma das actividades realizadas na mitigação, é o apoio alimentar através de fornecimento de cestas básicas e apoio em actividades geradoras de rendimento. Estas actividades são financiadas pelo sector público, através do MISAU/MIC, CNCS e do INAS, bem como pelo sector externo e privado. Deste modo, com recurso à cesta básica fornecida às PVHS pelo MISAU, medida a preços médios do mês de Setembro de 2009, uma PVHS deve consumir mensalmente, no mínimo, produtos (arroz, farinha de milho, óleo, açúcar, feijão manteiga, amendoim, sal e peixe) cuja aquisição requer uma despesa de 514.78Mt.

Assim, com o estudo de caso realizado na província de Maputo, verificou-se que a maioria da população inquirida está numa faixa etária de pessoas economicamente produtivas, e por sua vez, o acesso da cesta básica medido através do consumo *per capita* mensal (medida também a preços médios do mês de Setembro de 2009) por PVHS em TARV, ainda está aquém do desenhado pelo Governo de Moçambique (Ministério da Saúde) num montante equivalente à 218.63Mt o que leva a concluir que é necessário um apoio as PVHS em produtos equivalentes à 356.15Mt por PVHS/mês, bem como a necessidade do apoio em actividades geradoras de rendimento, principalmente para a mitigação do HIV/SIDA a longo prazo.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa do tema

O capital humano é um dos factores de produção mais importante em muitos processos produtivos, e ele está inserido nas famílias. Entretanto, a epidemia do HIV/SIDA¹ coloca em questão este factor, devido as elevadas taxas de incidência que se tem vindo a verificar nos últimos tempos, em todo mundo e, particularmente em Moçambique.

Segundo SETSAN (2006) “Os efeitos negativos do HIV/SIDA nos Agregados Familiares (AFs), traduzem-se na redução da esperança de vida e tem uma influência negativa no desenvolvimento do capital humano, indispensável no combate a pobreza.”

Para o combate desta epidemia são realizadas diversas acções de prevenção, cuidados e mitigação em todos sectores de actividades do país. Numa primeira fase as actividades tinham como enfoque a prevenção de novas infecções desta epidemia, fazendo com que a maior parcela dos gastos com HIV/SIDA fosse canalizada para esta actividade. Mas, à medida que o número de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHS) tornou-se cada vez mais notável, sentiu-se a necessidade de investir mais neste grupo de pessoas infectadas, de modo a assegurar o seu bem-estar e evitar a perda massiva do capital humano a curto prazo.

Assim, mais investimentos foram realizados em actividades ligadas aos cuidados, tratamentos e mitigação do HIV/SIDA. Com a maior intervenção nos cuidados e tratamentos de PVHS, surge consciência num outro ponto importante e pouco implementado no âmbito da mitigação do impacto do HIV/SIDA, a necessidade do apoio socioeconómico as pessoas infectadas e afectadas pela epidemia, visto que um dos agravantes e consequências deste mal é a pobreza.

¹ HIV sigla inglesa que significa o Vírus de Imunodeficiência Humana e SIDA significa Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Actualmente, uma das formas de mitigação do HIV/SIDA é através do financiamento de alimentos necessários para que uma PVHS, que esteja em Tratamento Antiretroviral (TARV), possa ter à disposição os nutrientes necessários para que os medicamentos possam surtir os efeitos desejados e se verifique melhorias do seu bem-estar.

O financiamento de alimentos pode ser através da oferta de cestas básicas, ou do apoio em Actividades Geradoras de Rendimento (AGRs), para a redução da vulnerabilidade destes a Insegurança Alimentar (InSAN).

As famílias afectadas pelo HIV ficam mais vulneráveis a InSAN, principalmente se a pessoa infectada for o chefe do agregado familiar, por carregar o peso de ter que igualmente sustentar a sua família, para além de ter que custear as suas despesas pessoais acrescidas com o custo do tratamento.

Assim, verificando-se que cerca de 54.1% da população moçambicana, segundo o INE (2004) através do relatório do Inquérito aos Agregados Familiares (IAF) 2003/2004, é pobre e pratica agricultura para o auto-sustento, e que essa parcela da população é das mais vulneráveis e afectadas por esta doença, impulsionou a realização do presente estudo, de modo a verificar até que grau a população infectada pelo HIV/SIDA tem acesso a cesta básica, e com isso afecta a estabilidade no seu bem-estar.

Salientar que, apesar de uma boa alimentação não curar o HIV/SIDA, ela é um factor importante para que uma PVHS verifique melhorias e tenha um modo de vida com poucas restrições, permitindo-lhe produzir para si e para a sua família.

1.2 Pergunta de pesquisa

É no contexto descrito acima que o presente trabalho pretende responder as seguintes questões:

- Qual é a composição, o custo e as fontes de financiamento da cesta básica para uma PVHS, e
- Até que ponto as PVHS conseguem aceder a esta cesta básica, como forma de mitigação do impacto socioeconómico do HIV/SIDA na província de Maputo?

1.3 Objectivos

a) Objectivo Geral

Analisar a composição, o custo e o nível de acesso da cesta básica pelas Pessoas Vivendo com HIV/SIDA na província de Maputo e as suas implicações socioeconómicas.

b) Objectivos Específicos

Constituem os objectivos específicos deste trabalho os seguintes:

- Identificar os impactos socioeconómicos do HIV/SIDA, especialmente nas unidades familiares;
- Descrever a cesta básica desenhada para uma PVHS pelo Governo moçambicano através do Ministério da Saúde (MISAU) e o custo para a sua aquisição;
- Identificar as diferentes intervenções no âmbito do apoio alimentar e nutricional, sua eficácia e fontes de financiamento;
- Explicar até que ponto o apoio alimentar e nutricional contribui para a mitigação do impacto socioeconómico do HIV/SIDA a nível das unidades familiares;
- Comparar o padrão do consumo das PVHS na província de Maputo com a cesta básica do MISAU e tirar ilações de política socioeconómica;

1.4 Metodologia

Nesta subsecção é descrita a metodologia utilizada na realização da pesquisa, assim como as ferramentas utilizadas para chegar-se aos resultados. Assim, as técnicas de pesquisa relevantes que foram utilizadas são as seguintes:

- **Pesquisa Bibliográfica e Documental:** consistiu na consulta de documentos oficiais (Programas das Nações Unidas e Políticas de Legislação referentes ao HIV/SIDA) do Governo de Moçambique através do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS) e do Ministério da Saúde. Consultaram-se também os dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre o HIV/SIDA e foram pesquisadas obras literárias e artigos científicos sobre o assunto, para além de uma pesquisa na Internet.
- **Fontes Orais:** consistiu em entrevistas semi-estruturadas a entidades governamentais (MISAU, CNCS, Instituto Nacional de Acção Social (INAS), entre outras, que foram pertinentes para a realização do estudo), assim como a entidades não governamentais para o fornecimento da informação sobre a cesta básica distribuída e mecanismos pelos quais presta-se o apoio alimentar e nutricional à PVHS.
- **Pesquisa *ex-post facto* através de um estudo de caso**

Para melhor análise do acesso e do impacto socioeconómico da cesta básica distribuída à PVHS efectuou-se um estudo de caso na província de Maputo. A escolha da província de Maputo deveu-se ao facto dela ter sido a primeira beneficiária da distribuição da cesta básica para PVHS pelo MISAU.

Assim, foi escolhida uma amostra aleatória e estratificada na qual aplicou-se o inquérito à 45 PVHS filiadas às quatro Associações de PVHS em Maputo. O tamanho desta amostra derivou dos cálculos efectuados a partir da população de pesquisa (PVHS em TARV filiadas às quatro associações de PVHS em Maputo), cujo total situava-se em 443 pessoas.

Os inquéritos foram previamente elaborados, cujas questões eram fechadas, aplicativos as PVHS com idade igual ou superior aos 15 anos, por forma a obter uma compreensão mais realística do impacto socioeconómico do consumo efectivo da cesta básica pelas PVHS. Alguns constrangimentos foram enfrentados para se aceder a população alvo de pesquisa, devido a elevada sensibilidade exigida pelo assunto bem como os custos elevados do inquérito pelo facto de se exigir algum apoio em bens alimentares aquando da aplicação do inquérito.

Para obtenção dos resultados da pesquisa os dados foram processados em Excel e fizeram-se cálculos que produziram estatísticas descritivas, das quais as ligadas ao consumo foram apresentadas com base em fundamentos microeconómicos.

1.5 Limitações da Pesquisa

A maior dificuldade enfrentada na realização do presente trabalho foi a escassez da bibliografia referente a relação entre o HIV/SIDA e as necessidades nutricionais dadas pela cesta básica, e a existência de poucos dados estatísticos em séries temporais suficientemente longas. Por essa razão, a análise é feita considerando apenas dados recentes (correspondentes em grande medida aos anos 2008 e 2009).

Também alguns dados sobre a cesta básica foram estimados com base na descrição feita pelos outros autores em variada literatura devido a falta de disponibilidade em fornecer informação e a excessiva burocracia por parte de algumas instituições contactadas.

A outra limitação foi a falta de recursos financeiros, aliada também ao facto da população alvo em estudo ser de difícil acesso, tornando o estudo mais oneroso. De notar que para a realização das entrevistas foi preciso levar itens (tais como açúcar e/ou farinha de milho) porque os informadores assim recomendaram justificando que somente assim as entrevistas tomariam lugar. Este precedente foi aberto por ocasião de outros trabalhos de pesquisa similares

1.6 Estrutura do Trabalho

O presente trabalho é constituído por 7 (sete) capítulos: no primeiro capítulo são apresentados os aspectos introdutórios que incluem a justificativa do tema, o problema, os objectivos e a metodologia. No segundo capítulo apresenta-se a revisão de literatura, salientando-se as ideias de diferentes autores no que concerne a ligação entre o HIV/SIDA, pobreza e a segurança alimentar visto que estão altamente correlacionados, e descreve-se o impacto do HIV/SIDA no sistema económico. No terceiro capítulo descreve-se o nível de despesa com HIV/SIDA, o seu peso no PIB e o nível de despesa com o apoio alimentar e nutricional à PVHS. No quarto capítulo apresentam-se os motivos e a importância do apoio alimentar à PVHS, no quinto capítulo apresentam-se as iniciativas existentes no âmbito do apoio alimentar à PVHS. No sexto capítulo são apresentados os resultados do estudo de caso na província de Maputo. Por último no sétimo capítulo são apresentadas as conclusões e recomendações.

1.7 Actual Situação Socioeconómica, Pobreza e o HIV/SIDA em Moçambique

Para uma melhor análise e contextualização do tema é importante ter-se em conta alguns indicadores socioeconómicos em Moçambique.

Moçambique é um país da África Subsaariana com cerca de 20.530.714 de habitantes, segundo o censo populacional de 2007 (INE, 2008).

Segundo o INE (2004) através do IAF 2003/2004, a incidência da pobreza em Moçambique é de cerca de 54.1%.

A agricultura é a principal actividade da maior parte da população rural e esta é praticada na sua maioria para o auto-sustento e com pouca tecnologia, sendo ainda de subsistência com meios rudimentares. Pelo facto de o tipo da agricultura praticada ser de subsistência, e em larga medida dependente das condições naturais da temperatura e sendo um país vulnerável a calamidades

naturais cíclicas, (chuvas e secas), o país torna-se susceptível à insegurança alimentar e nutricional.

O Governo de Moçambique (2009), no seu balanço do Plano Económico e Social (PES) 2009, revela que a taxa de crescimento do PIB em 2009 foi de 6.1%.

Por seu turno, o PNUD² (2007), no seu Relatório de Desenvolvimento Humano 2008/2009 mostra que Moçambique está entre os países de desenvolvimento humano baixo com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,384 e esperança de vida à nascença de 42,8³.

Na componente da saúde, o principal provedor dos serviços de saúde é o MISAU, através do Sistema Nacional de Saúde, constituído por um Hospital Central por cada uma das três regiões do país nomeadamente: norte, centro e sul. A rede nacional de saúde está em expansão e existem não só os hospitais centrais, provinciais, gerais, distritais e locais⁴, mas também uma diversidade de Centros de Saúde que prestam cuidados ambulatoriais.

Questões ligadas ao HIV/SIDA são retratadas no balanço do PES 2009 mostrando que, por exemplo, no ano de 2009 registaram-se progressos que podem ser sumarizados da seguinte forma:

- O número de Unidades Sanitárias (US) com capacidade para oferecer TARV aumentou devido a abertura de mais sítios nas províncias de Nampula, Zambézia e Tete.
- No âmbito da mitigação do HIV/SIDA, foram implementadas, nas comunidades, iniciativas de geração de rendimento bem como distribuídas 800 cestas básicas com vista a reduzir a vulnerabilidade das pessoas infectadas e/ou afectadas pelo HIV/SIDA.
- Foram implementados 229 projectos de geração de rendimentos para beneficiar 5.433 famílias vivendo com Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs) e PVHS.

Nota-se, claramente, que há tentativa de abarcar todas as províncias do país como uma forma de reduzir as desigualdades socioeconómicas que se verificam nas diferentes regiões do país

² Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

³ Estes valores são referentes ao ano 2005

⁴ A nível da localidade.

CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Definição de Conceitos Operacionais

Nesta secção irá se conceptualizar aspectos e variáveis ligadas e correlacionadas com o tema em análise. Especificamente, a secção irá apresentar sucintamente conceitos sobre o HIV/SIDA, a pobreza, a segurança alimentar e questões a ela relacionada, tais como a assistência alimentar e a intervenção na assistência alimentar.

- **HIV/SIDA**

O HIV (sigla em inglês referente ao Vírus de Imunodeficiência Humana) é o vírus causador da SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), a fase mais avançada e sintomática da infecção pelo HIV.

De acordo com SETSAN (2006), a Organização Mundial da Saúde (OMS) divide as fases do HIV e SIDA em quatro nomeadamente:

- ← Fase I: Assintomática, com actividade física normal;
- ← Fase II: Sintomática, com mobilidade, perda de peso inferior a 10%;
- ← Fase III: Sintomática, de cama em menos que 50% do tempo e perda de peso superior a 10%; e
- ← Fase IV: Sintomática, de cama mais de 50% do tempo e com malnutrição aguda do HIV.

A menos que a pessoa tenha conhecimento do seu estado e conseqüentemente, esteja abalado psicologicamente, quando está na fase I, é a partir da fase II que os efeitos sobre a produtividade do indivíduo infectado e das pessoas afectadas começa a se fazer sentir.

Embora, o HIV/SIDA não seja selectivo para o grupo de pessoas que tomam acções de risco, crê-se que é entre os mais pobres que o impacto se faz sentir. A razão desta crença pode estar

consubstanciada no facto da África Subsaariana e parte do continente asiático pobre serem os mais afectados. Por consequente, a secção a seguir conceptualiza a pobreza, uma das variáveis chaves de análise no presente trabalho.

- **Pobreza**

Segundo Francisco (2005), a conceitualização da pobreza depende da forma como ela é entendida, podendo ser vista como situação, processo, falta de recursos, produto das desigualdades sociais e fenómeno multi-dimensional.

Para Huo (2007), considera-se que a pobreza é um fenómeno associado ao facto de numa sociedade, as pessoas não serem capazes de atingir o nível material e de bem-estar assumido como o mínimo razoável nessa sociedade.

Pobreza em Moçambique

Segundo a definição adoptada pelo Governo de Moçambique no PARPA⁵ I a pobreza é a incapacidade dos indivíduos de assegurar para si e os seus dependentes um conjunto de condições básicas mínimas para a sua subsistência e bem-estar, segundo as normas da sociedade (Governo de Moçambique, 2001).

Esta definição foi aprimorada pelo Governo de Moçambique (2006) com a aprovação do PARPA II, tendo a pobreza sido definida como a impossibilidade por incapacidade, ou por falta de oportunidade de indivíduos, famílias e comunidades de terem acesso a condições mínimas, segundo as normas básicas da sociedade.

Ainda segundo a mesma fonte, a pobreza pode ser definida de duas formas: pobreza absoluta e pobreza relativa. A *pobreza absoluta* é definida como sendo a falta de rendimentos necessários para satisfazer necessidades alimentares básicas, ou requerimentos calóricos mínimos. Por outro lado, a *pobreza relativa* é definida como a falta de rendimento suficiente para satisfazer necessidades alimentares e não alimentares essenciais, de acordo com o rendimento médio do país.

⁵ Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta

Um dos aspectos a salientar na pobreza tem a ver com o acesso aos alimentos que, por sua vez, é condicionado com a sua disponibilidade. Tanto o acesso como a disponibilidade de alimentos são questões ligadas a segurança alimentar que, por sua vez determina o grau da pobreza e que pode sobremaneira afectar as PVHS.

Em seguida passa-se a conceptualizar a segurança alimentar.

- **Segurança Alimentar (SAN)**

Existem diversas definições sobre a segurança alimentar:

Segundo SETSAN (2006), no seu estudo de base realizado em Moçambique, a segurança alimentar é tida como uma função multi-dimensional baseada em quatro pilares nomeadamente:

- *Disponibilidade de alimentos*, definida como sendo a quantidade dos alimentos disponíveis num AF (Agregado Familiar);
- *Acesso aos alimentos*, que é a capacidade dum AF de adquirir quantidades adequadas de alimentos;
- *Utilização dos alimentos*, que se refere ao uso dos alimentos disponíveis e a capacidade individual de usar adequadamente os nutrientes;
- *Estabilidade na disponibilidade*, que caracteriza o acesso e utilização adequada dos alimentos.

Já para o World Bank (2008), a segurança alimentar é a capacidade de todos os membros do agregado familiar terem acesso a alimentos e conhecimento adequado, condições de saúde e saneamento para utilizarem plenamente os alimentos disponíveis.

Mas, existe uma definição de segurança alimentar que congrega aspectos das duas definições acima e que também é apresentada pelo SETSAN (2006), segundo a qual a segurança alimentar é a possibilidade de acesso físico e económico a todo tempo aos alimentos para que se tenha uma vida activa e saudável com a observância dos seus três pilares da SAN que são:

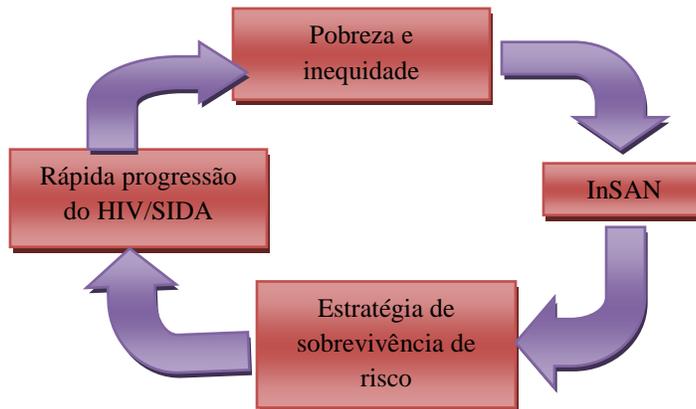
- Disponibilidade dos alimentos relativos a produção própria, remessas, compra e oferta;
- Acesso aos alimentos concernentes a venda, reservas alimentares e poder de compra; e
- Utilização e uso dos alimentos respeitante a educação nutricional, saneamento do meio e dos alimentos, doenças endêmicas.

E estar-se-á em insegurança alimentar e nutricional se um dos três pilares não for observado.

- **Ligação entre o HIV/SIDA e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)**

Segundo a literatura (vide, por exemplo, SETSAN, 2006), é crucial a ligação entre HIV/SIDA e a SAN porque uma boa nutrição contribui para a prevenção, cuidados e tratamento e a mitigação da doença. As ligações cíclicas entre o HIV/SIDA, pobreza e a SAN podem ser ilustradas na Figura 1),

Figura 1: Ligações cíclicas entre o HIV/SIDA, pobreza e a SAN



Fonte: SETSAN, 2006

A Figura 1 mostra que, devido a InSAN, os indivíduos acabam optando por estratégia de sobrevivência de risco, que por sua vez contribui para a rápida progressão do HIV/SIDA, o que gera a pobreza nas famílias devido a perdas de rendimento causadas pela baixa produtividade ou pela morte. Assim, a pobreza pode criar a InSAN e deste modo, as pessoas acabam optando por estratégia de sobrevivência de risco para a satisfação das suas necessidades básicas o que cria

uma rápida progressão do HIV/SIDA fazendo com que estes factores interajam num ciclo vicioso.

Muitos governos, como é o caso também de Moçambique, fazem previdência social e alimentar a pessoas incapacitadas, temporária ou permanentemente, por diversas razões, entre elas pelo HIV/SIDA ou pela insegurança alimentar. Essencialmente, essas pessoas passam a ser dependentes da ajuda do Governo (e de outras instituições vocacionadas, como ONGs), e recebem assistência alimentar entre outro tipo de assistência. Em seguida passamos a conceptualizar esta acção.

- **Assistência Alimentar**

Assistência alimentar refere-se a transferência de recursos tais como comida, dinheiro e senhas, que é utilizada para combater ou prevenir a fome ou a malnutrição com o objectivo de melhorar o acesso aos alimentos bem como a melhoria da situação nutricional dos indivíduos e Agregados Familiares (AFs) mais vulneráveis (particularmente nos períodos mais críticos) e de promover o auto-sustento (SETSAN, 2009). Neste trabalho este termo assistência será utilizado indiferentemente como apoio ou ajuda.

Para que haja uma assistência alimentar é necessário que os provedores sociais tenham acções concretas de intervenções, assunto que conceptualiza-se em seguida.

- **Intervenção na Assistência Alimentar**

A intervenção na assistência alimentar é toda a actividade coordenada e integrada de assistência alimentar para a mitigação dos efeitos negativos do HIV/SIDA no capital humano (ou seja PVHS em idade economicamente activa) de modo a reduzir a vulnerabilidade à InSAN (SETSAN, 2009). E, como foi mencionado anteriormente, a insegurança alimentar é catastrófica para a PVHS pois debilita-a ao ponto de não poder exercer qualquer actividade economicamente produtiva.

2.2. Relação entre HIV/SIDA, Pobreza e Insegurança Alimentar

Como sintetizam Gillespie e Haddad (2001), o HIV/SIDA e a pobreza, em grande parte relacionam-se com a insegurança alimentar, e interagem num ciclo vicioso. A pobreza aumenta a exposição ao HIV/SIDA, bem como ao impacto do mesmo. Na vertente inversa, o HIV/SIDA cria empobrecimento e, com o aumento da pobreza a curto e médio prazo pode reduzir as várias formas de activos: humanos, sociais, financeiros, físicos, naturais, informacionais e políticos.

Mas, segundo Whiteside (2002), a ênfase até recentemente era dada no empobrecimento financeiro e do rendimento, pois as famílias e as nações tornavam-se mais pobres como resultado da doença e morte de seus membros e cidadãos.

Ainda segundo Whiteside, a SIDA afecta rendimentos e recursos familiares e a pessoa doente precisa de cuidados, medicamentos, tratamentos e possivelmente uma especial dieta alimentar, aumentando despesas extras. Também quando alguém morre, o funeral torna-se num escoamento adicional dos recursos e, um segundo impacto, é percebido se a pessoa que morreu está na fase adulta, e sua doença e eventual morte reduz o rendimento familiar tornando susceptível o impacto do HIV/SIDA na família, a longo prazo.

Uma outra visão sobre a relação entre HIV/SIDA e pobreza é o facto de a SIDA intensificar a pobreza e aumentar desigualdades a todos níveis, partindo da família até a economia global. Esta epidemia destrói os esforços para redução da pobreza, distribuição do rendimento e activos, produtividade e crescimento económico.

Whiteside (2002) alerta que, como a doença reduz o rendimento e torna a produtividade mais baixa na prática de agricultura para o auto-sustento, e surgem mudanças que aumentam a insegurança alimentar, o consumo de alimentos em famílias afectadas reduz entre 15% a 30%. A qualidade da dieta em PVHS é importante para melhorar a sobrevivência, mas torna-se cada vez mais difícil de se obter por causa da doença.

A Figura 2 mostra que existe uma relação entre o HIV/SIDA, pobreza e a InSAN e esta pode ser expressa de duas formas segundo dois ciclos apresentados abaixo:

Figura 2: Relação entre HIV, pobreza e InSAN



Fonte: Elaborado pela autora com base no aparato teórico acima apresentado.

Legenda:

Primeiro Ciclo: →

Segundo Ciclo: -.->

- **Primeiro Ciclo** - O HIV/SIDA pode gerar pobreza e posteriormente insegurança alimentar. Se numa família estável o chefe do AF for infectado e adoecer, considerando que este é o membro economicamente activo da família, haverá ruptura de rendimento debilitando a situação económica do seu lar (a curto prazo pode não se verificar caso haja poupanças), mas a médio prazo esta família pode confrontar-se com falta de recursos para atender as necessidades básicas (fase de pobreza).

Deste modo, posteriormente podem se enfrentar problemas de cumprimento dos pilares da SAN que são: a disponibilidade de alimentos; o acesso aos alimentos; a utilização dos alimentos; e a estabilidade na disponibilidade.

- **Segundo Ciclo** – o HIV/SIDA é a causa última gerada pela pobreza aliada a insegurança alimentar. Devido a fraca possibilidade de cumprimento de necessidades básicas incluindo a falta de alimentos, as pessoas tornam-se mais expostas ao risco à medida que vão a procura de melhores condições de vida para a satisfação de seu estado actual de pobreza. São exemplos disso, o sexo comercial, as actividades comerciais inter-provinciais ou internacionais que necessitam da deslocação das pessoas em distâncias

longas, havendo necessidade de pernoitar em locais inseguros com a maior probabilidade de ocorrência de sexo ocasional, entre outros aspectos.

2.3 Mecanismo de Resposta Nacional ao HIV/SIDA em Moçambique

A resposta nacional ao HIV/SIDA em Moçambique iniciou com o Governo através do Ministério da Saúde (MISAU), em 1988, e com a criação de um Programa Nacional de Prevenção do HIV/SIDA (ONUSIDA, 2008).

A partir de 1999, e com a criação do Conselho Nacional do Combate ao SIDA (CNCS) em 2000 as actividades de combate ao SIDA expandiram-se para outros sectores governamentais, bem como para Organizações Não-Governamentais (ONGs) e instituições privadas.

Segundo FICA (2006), o CNCS é que assegura a realização de actividades do HIV/SIDA dos vários actores, bem como a coordenação entre os mesmos. Por seu turno o MISAU coordena todas as actividades de HIV/SIDA realizadas ao nível dos Serviços Nacionais de Saúde. Tanto o CNCS como o MISAU são responsáveis, a nível central, pelo desenvolvimento de Estratégias, Normas e Manuais Nacionais. Os níveis provinciais, distritais e locais são responsáveis pela execução.

Ainda segundo o mesmo autor, referencia-se que sendo este flagelo extremamente preponderante para o desenvolvimento económico e a redução da pobreza no país, o Governo de Moçambique desenhou diversas estratégias para o seu combate. E, para tal, melhorou a coordenação, tendo se aprovado o PEN I (Plano Estratégico Nacional) para o combate multi-sectorial do HIV/SIDA para o período de 2000-2003. Mas, como o PEN I olhava mais para aspectos ligados a prevenção, principalmente nas camadas mais vulneráveis, pouco era feito no âmbito dos cuidados e tratamento do HIV/SIDA porque, para além de não serem considerados prioridade nacional, o custo⁶ para a sua implementação era elevado para os actores da resposta nacional ao HIV/SIDA.

⁶ Inclui a aquisição de medicamentos, reagentes, equipamentos laboratoriais, infraestruturas adequadas bem como a falta de pessoal o que fazia com que os organismos que intervêm na resposta nacional pouco aderissem à estas actividades.

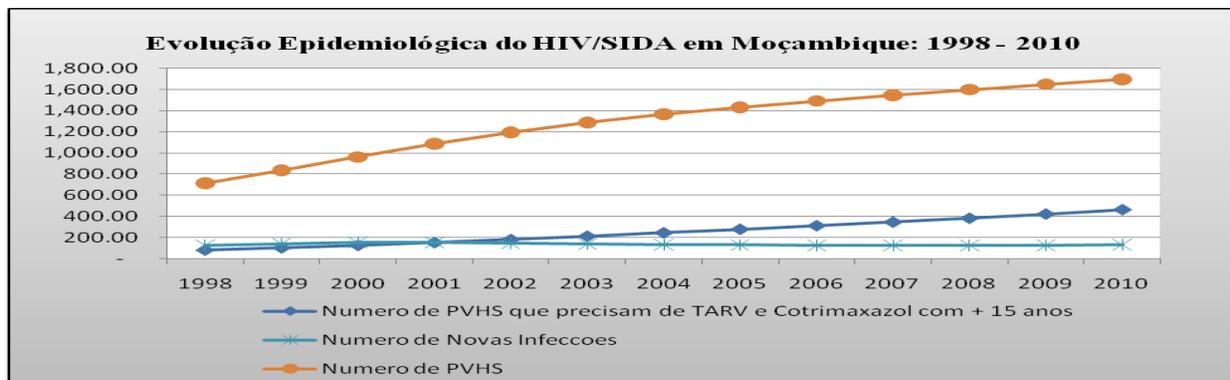
Assim, em 2004, foi desenhado o PEN II para o período 2005-2009, considerando um combate multi-sectorial ao HIV/SIDA, e definindo o HIV/SIDA como um problema transversal que devia ser abordado por todas actividades de desenvolvimento económico. Actualmente, está em curso a elaboração do PEN III para o período 2010-2014.

2.4 Situação Epidemiológica do HIV/SIDA em Moçambique

Segundo o Instituto Nacional de Estatística⁷ (2008), no seu relatório sobre o Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique de 2008, projecta-se que entre os anos 2008 e 2010, em média, cerca de 90% de PVHS que precisam do TARV (Tratamento Antiretroviral) são adultos, e que uma média de 10% de PVHS que precisam do TARV são crianças entre os zero e catorze anos (vide Tabela 1 nos anexos).

Ainda segundo o mesmo autor, no período entre 1998 à 2010, verifica-se uma tendência crescente do número de PVHS e uma estabilização do número de novas infecções, nos últimos quatro anos do período em análise, conforme se pode ver no Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução Epidemiológica do HIV/SIDA em Moçambique, 1998-2010⁸



Fonte: Adaptado pela autora com base em INE/MISAU, 2008

⁷ INE.

⁸ Valores em milhares (10^3) de pessoas.

A Ronda de Vigilância Epidemiológica (RVE) de 2009 revela que há uma redução da prevalência do HIV/SIDA pois, para o ano 2009, estima-se que a prevalência nacional em mulheres grávidas é de 15% contra os 16% verificados na RVE de 2004 e 2007.

A taxa de seroprevalência observou uma tendência crescente até ao ano 2006, tendo se verificado, deste ano em diante uma tendência de crescimento constante das taxas. Um dos factores mais importantes que pode explicar este fenómeno é a elevada intervenção que tem vindo a verificar-se desde o ano 2000 (vide Gráfico 6 nos anexos).

2.5 Impacto do HIV/SIDA no Sistema Económico

Segundo Jones (2004), citando (ONUSIDA/WHO, 2002), o HIV/SIDA gera pobreza, contribui para a fome, consome recursos tanto das famílias como do Governo e induz a instabilidade regional bem como a exclusão e discriminação associada com o estigma.

Alguns estudos recentes de análises de regressão do efeito do HIV/SIDA no Produto Interno Bruto *per capita* (PIB *per capita*) revelam que o efeito líquido do HIV/SIDA no crescimento é negativo e substancial. As estimativas indicam que a epidemia tem reduzido a taxa de crescimento nacional, em média, entre 2 - 4% entre os países africanos (Dixon et al, 2002).

Ainda segundo Dixon et al (2002), a baixa na produtividade doméstica devido ao HIV/SIDA pode reduzir as exportações, enquanto aumenta as importações em bens de cuidados de saúde. O declínio nos ganhos de exportação será severo se sectores estratégicos da economia estiverem afectados; Por exemplo, o sector de minas na África do Sul. Consequentemente, a balança de pagamentos (entre os ganhos de exportação e gastos em importação) estará sob pressão. Isto pode causar falhas nas obrigações de reembolso e no pedido de assistência económica a comunidade internacional.

O aspecto económico da epidemia da SIDA recebe especial atenção dos fazedores de políticas, planificadores e políticos, uma vez que segundo Loewenson e Whiteside (1997), esta epidemia pode levar a um crescimento económico lento através de dois factores:

- A doença e a morte de membros produtivos;
- A diversificação dos recursos da poupança (que eventualmente seria alocada aos investimentos) para actividades de cuidados de PVHS.

Assim, se verifica que o HIV/SIDA tem significativos impactos nos principais indicadores macroeconómicos tais como: taxa de crescimento do PIB, investimentos, balança de pagamentos, pobreza, entre outros.

2.5.1 Impacto do HIV/SIDA no Sector Privado

Segundo Aardt (2003), ainda são necessárias pesquisas mais detalhadas do impacto da SIDA no investimento, produção, preços e salários e nas decisões das firmas. Contudo, o autor afirma que o HIV/SIDA afecta as empresas através de vários canais incluindo a procura dos seus produtos, perda de eficiência produtiva através de mudanças no ambiente social e legal.

Segundo Mahal (2004), uma outra forma do impacto do HIV/SIDA no sector privado decorre pelo facto do HIV/SIDA reduzir a produtividade, pois, esta epidemia afecta pessoas na sua idade produtiva.

Mas, Mahal (2002), baseando-se em dados fornecidos pela ONUSIDA, mostrou que mais de 90% dos casos de HIV- positivos no mundo é em indivíduos economicamente activos na faixa etária dos 15 aos 49 anos ou seja que ela afecta mais a população economicamente activa.

Ainda segundo Mahal (2004), o HIV/SIDA pode acarretar custos directos e indirectos sobre o sector privado, a saber:

- Os custos directos do sector privado devido ao HIV/SIDA incluem: pensão, fundo de contribuições de providência social, bónus, absentismo e abandono do trabalho devido a

doenças, morte e benefícios de funerais, serviços médicos dentro da firma e os custos de recrutamento e treinamento de substituição de trabalhadores.

- Os custos indirectos: referem-se aos custos não mensuráveis como é o caso da baixa produtividade dos trabalhadores doentes e o impacto negativo da doença devido a erupção das capacidades cumulativas das equipas e dos processos produtivos criados ao longo dos anos.

O impacto total do HIV/SIDA nas firmas varia dependendo de alguns factores na providência de facilidades médicas no domicílio, a forma como estão estruturados os benefícios laborais e a distribuição das PVHS na estrutura de habilidades.

2.5.2 Impacto do HIV/SIDA no Sector Público

De acordo com Aardt (2003), a epidemia do HIV/SIDA afecta todas as áreas do sector público através dos seus impactos adversos nos trabalhadores da função pública, nas receitas públicas e em categorias de despesas específicas.

- ← O principal impacto do HIV/SIDA no sector público decorre do aumento da mortalidade dos trabalhadores devido a epidemia, bem como, dos elevados gastos no sector de saúde causados pelo aumento da procura dos serviços de saúde pública, bem como privados.
- ← Nos países em vias de desenvolvimento, o HIV/SIDA torna necessário a expansão da rede dos cuidados de saúde, o que implica necessidade de novas e em elevado número de unidades sanitárias, bem como recrutamento e maior formação de agentes de saúde, aliado também ao facto de que pode haver uma redução do pessoal de saúde, porque também pode ser afectado pela epidemia.
- ← No sector da educação, torna-se complicado manter o padrão da educação com a perda de professores devido a SIDA. Também com o elevado número de perda de

professores é necessário que sejam treinados mais professores para a manutenção dos existentes rácios professor – alunos. Nas zonas rurais especialmente com o número de escolas menor, a morte dos professores pode resultar em redução da escolaridade porque a substituição dos professores não é assim tão rápida (Aardt, 2003).

← Ainda segundo Aardt (2003), a epidemia do HIV/SIDA torna elevado os gastos sociais do sistema de Segurança Social através dos seguintes subsistemas:

- *Fundos de providência social*, porque com a morte ou reforma há uma retirada das contribuições acumuladas durante a vida activa mais o juro.
- Um programa de segurança social no qual os benefícios são proporcionais a duração das contribuições, geralmente, a fórmula aplicada para calcular os benefícios não reflecte directamente a taxa de juro, o que faz com que a epidemia do HIV/SIDA tenha um efeito mais negativo no balanço do sistema de segurança social.
- Também existem programas de segurança social cujos benefícios não dependem de contribuições sociais, mas sim, são directamente financiados pelo Orçamento do Estado, criando pressões nas despesas do Estado.

2.5.3 Impacto Económico do HIV/SIDA na família

Segundo Aardt (2003), existem três fases do impacto do HIV/SIDA nas famílias, nomeadamente a doença, a morte e as consequências de longo prazo. O autor afirma que as fases de doença e morte aumentam os custos de cuidados da PVHS, e os custos de longo prazo podem aumentar a medida, por exemplo que a viúva perde os direitos de propriedade, bem como devido a falta de cuidados das crianças em alimentos, materiais escolares, vestuários, entre outras despesas.

O impacto do HIV/SIDA nas famílias é multifacetado porque numerosas respostas comportamentais podem surgir quando o membro da família fica doente, isto porque a morte de um trabalhador adulto na família pode reduzir os rendimentos, o acesso a terra, as despesas da

casa, os activos e os insumos para a machamba e também torna reduzido o trabalho familiar e a escolaridade dos filhos.

Como salienta Aardt (2003), é importante reconhecer que o impacto do HIV/SIDA na família começa assim que um membro da família padece de doenças relacionadas com o HIV causando:

- Perdas de renda do paciente (que é frequentemente a fonte do seu sustento quotidiano),
- Possível aumento substancial das despesas da família em medicamentos caros,
- Outros membros da família, normalmente filhas e esposas, podem faltar a escola ou trabalho para cuidar da pessoa doente.
- A morte que resulta numa perda permanente da renda, custos de funeral, luto e a retirada das crianças da escola de modo a poupar as despesas educacionais e aumentar a força de trabalho na família resultando numa perda severa de potenciais quadros futuros.

Todos os factores acima mencionados acabam agravando um outro problema socioeconómico a pobreza. Deste modo há uma maior necessidade de intervenção devido aos problemas socioeconómicos (pobreza, insegurança alimentar, redução da força de trabalho qualificada e experiente) causados pela epidemia do HIV/SIDA.

2.5.4 Impacto Socioeconómico do HIV/SIDA na África

Segundo CHGA⁹ (SD), os impactos do HIV/SIDA na economia começam nas famílias devido a intensificação da Pobreza. Para além de que, segundo os autores, entre os países africanos, as pessoas mais vulneráveis são as economicamente activas e, como estas pessoas (PVHS) podem morrer, as famílias esforçam-se para cobrir não apenas a sua dor emocional, mas também os sucessivos problemas económicos.

⁹ Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa (sem data)

A pobreza é elevada devido aos elevados gastos registados com o sustento quotidiano da morte e, as escassas poupanças das famílias são utilizadas durante o período da doença. Com as poupanças a reduzir, as famílias tornam-se economicamente fragmentadas.

Deste modo, há três factores importantes a considerar para o futuro e que são retratadas na literatura, a saber:

- A SIDA selectivamente destrói o capital humano, isto é, experiências de vida acumuladas, as habilidades humanas e de trabalho e os conhecimentos profundos construídos por longos anos.
- A SIDA destrói os mecanismos que geram a formação do capital humano.
- Com a SIDA há maior possibilidade de que as crianças entre elas venham a contrair doenças na adolescência, fazendo com que os investimentos em sua educação sejam menos atractivos.

Assim, o HIV/SIDA coloca elevados desafios para o desenvolvimento económico sustentado em África. Para os governos africanos a habilidade para começar esta forma de pensamento estratégico provavelmente depende de três factores crucialmente interligados:

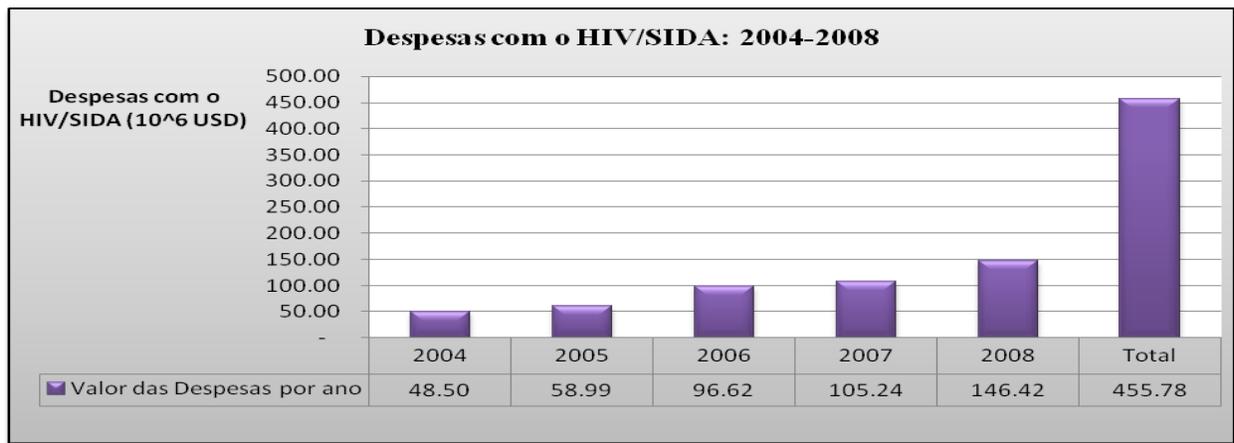
- Seu entendimento das metas de desenvolvimento de longo prazo colocadas pelo HIV/SIDA;
- Suas capacidades para projectar políticas apropriadas; e
- Programas por uma mitigação efectiva dos impactos do HIV/SIDA.

CAPÍTULO III: DESPESAS GLOBAIS COM HIV EM CUIDADOS E TRATAMENTOS À PVHS EM MOÇAMBIQUE

3.1 Evolução da despesa com HIV/SIDA: 2004-2008

Durante o período de 2004-2008, o país como um todo despendeu cerca de 455.781.186 dólares norte americanos no combate da epidemia do HIV/SIDA. Estas despesas foram realizadas com financiamentos do sector público, privado e em grande medida do sector externo, cobrindo 89% no valor global. Verifica-se também que as despesas em HIV/SIDA, de 2004 a 2008, cresceram cerca de 202%, ou seja, mais do que quadruplicaram em 5 anos (vide o Gráfico 2).

Gráfico 2: Despesas com o HIV/SIDA no período de 2004-2008 (10⁶ USD)



Fonte: Adaptado pela autora com base em ONUSIDA, 2008¹⁰

O sector privado foi o que menos contribui na resposta nacional de combate ao HIV/SIDA no período de 2004-2008, com uma participação de 1% do valor global da despesa realizada.

¹⁰ Para os anos 2007 e 2008 os resultados reportados são preliminares.

Outro dado importante que pode ser analisado é a percentagem da despesa com HIV/SIDA no PIB. Esta variável pode ser considerada como uma *proxy* para o valor da perda do PIB (Produto Interno Bruto), que eventualmente podia ser alocado à outros investimentos, mas devido ao cenário epidemiológico é aplicado nas actividades de combate ao HIV/SIDA.

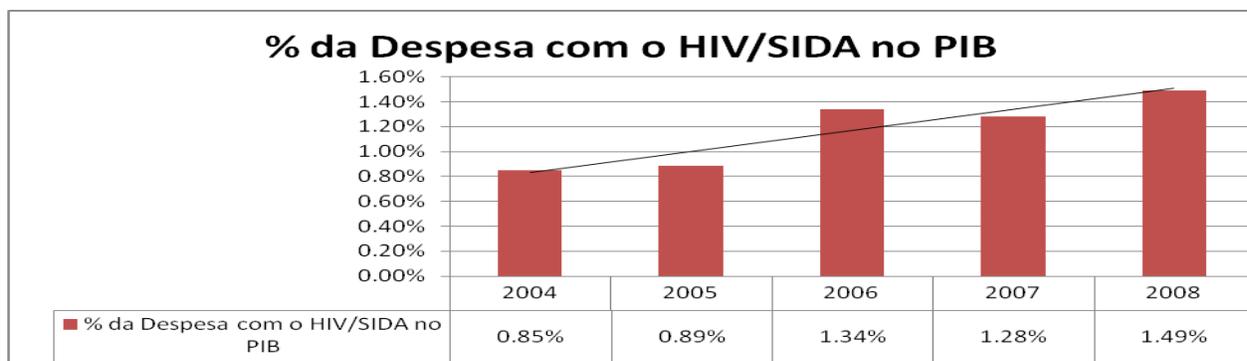
Verifica-se claramente uma tendência crescente do peso das despesas com o HIV/SIDA no PIB, tendo atingido cerca de 1.49%, em 2008, ou seja, 3.577.161.797 de Meticais (vide a Tabela 1 e o Gráfico 3).

Tabela 1: Despesa com o HIV/SIDA como percentagem do PIB¹¹ (2004-2008)

	2004	2005	2006	2007	2008
Despesa com HIV/SIDA ¹²	1,091,985	1,347,673	2,414,628	2,661,408	3,577,162
PIB	128,668,292	151,706,913	180,241,658	207,643,573	239,774,905
% Da Despesa do HIV/SIDA no PIB	0.85%	0.89%	1.34%	1.28%	1.49%

Fonte: Adaptado pela autora com base em ONUSIDA, 2008, para os anos 2007 e 2008 os dados apresentados são preliminares, e INE, dados do PIB na óptica da despesa em www.ine.gov.mz

Gráfico 3: Evolução do peso da despesa com HIV/SIDA no PIB (2004-2008)



Fonte: Elaborado pela autora com base em ONUSIDA, 2008, e para os anos 2007 e 2008 são apresentados dados preliminares

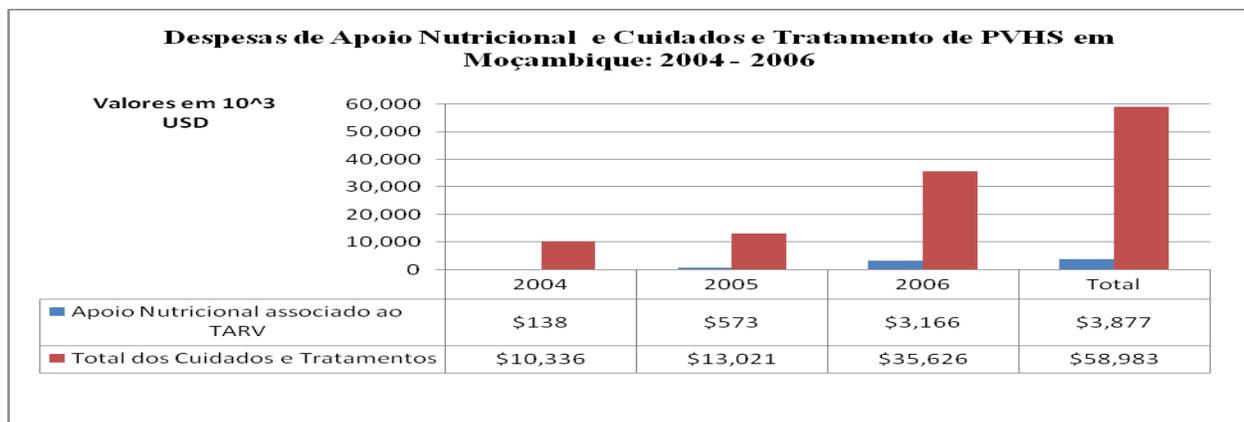
¹¹ Valores do PIB medidos a preços correntes e em 10³ Mt, Despesa do HIV valorado em 10³ Mt

¹² A taxa de câmbio usada para converter os valores da despesa do HIV/SIDA (de dólares para Meticais) é a taxa de câmbio média anual retirada do www.bancomoc.mz

3.2 Despesa em Cuidados e Tratamento de PVHS: Apoio Alimentar e Nutricional

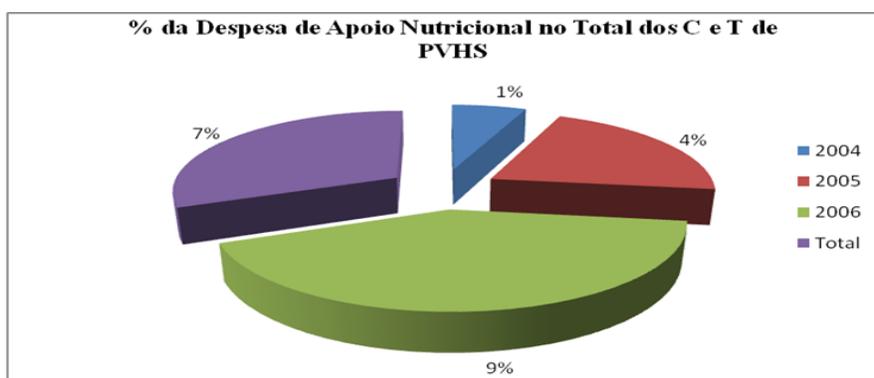
No período 2004-2006¹³ verificou-se também que a maior parcela dos gastos em apoio nutricional associado ao TARV foi realizada com financiamento externo e fazia apenas 1% no valor dos Cuidados e Tratamentos no ano de 2004, tendo crescido para 7% em 2006, correspondente a um incremento de 137.899 dólares norte americanos para 3.877.418 o que mostra uma tendente preocupação de alocação de recursos para esta categoria de despesa (vide os Gráficos 4 e 5).

Gráfico 4: Despesas de Apoio Nutricional e de Cuidados e Tratamento em PVHS (2004-2006)



Fonte: Adaptado pela autora com base em ONUSIDA, 2008

Gráfico 5: Percentagem da despesa de apoio nutricional no total dos cuidados e tratamento de PVHS (2004-2006)



Fonte: Adaptado pela autora com base em ONUSIDA, 2008

¹³ A análise dos gastos em apoio alimentar e nutricional é feita apenas no período de 2004-2006 porque ainda não existe informação para os anos 2007 e 2008.

CAPÍTULO IV: INTERVENÇÃO NO APOIO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE PVHS

4.1 Motivos de Intervenção no Apoio Alimentar e Nutricional de PVHS

Existe a necessidade de emergência no apoio alimentar e nutricional de PVHS e suas famílias quando altas taxas de seroprevalência coexistem com a insegurança alimentar.

As famílias afectadas encontram-se muitas vezes em situações relativas entre o bem-estar e a doença, malnutrição crónica e fome aguda, destituição e pobreza crónica. Movimentos dentro e fora dos programas permitem para que eles continuem a ter acesso a cuidados que são cruciais para o seu bem-estar.

Combinar a assistência alimentar ao TARV é uma das formas de tornar o tratamento eficaz de modo a atingir-se o objectivo de maior aderência ao tratamento. Segundo o World Bank (2008), este apoio alimentar pode ser efectuado de diversas formas:

- Apoio alimentar e nutricional através de distribuição de comida para pacientes vulneráveis e famílias afectadas pelo HIV/SIDA que usualmente consiste numa cesta básica. Mas, estas cestas de comida nem sempre cobrem as necessidades nutricionais do grupo alvo, e a outra forma de apoio nutricional inclui a educação em saúde e nutrição e iniciativas de segurança alimentar.
- Apoio alimentar e nutricional através de actividades geradoras de rendimento para PVHS e as famílias afectadas: criação de machambas e hortas, distribuição de sementes melhoradas, micro-crédito e operações bancárias comunitárias e actividades de capacitação.

Com os rendimentos das actividades directa ou indirectamente beneficia-se a família, cria mais oportunidades para mais assistência e cuidados a PVHS, bem como assegura-se a

segurança alimentar a longo prazo e contribui para o crescimento económico porque alarga-se a base produtiva¹⁴ nacional.

É importante salientar que a necessidade do apoio nutricional apenas direcciona-se para pessoas com insegurança alimentar de modo a que possam seguir correctamente as recomendações do aconselhamento dietético.

Segundo World Bank (2008), citando (Paton et al., 2006; Zachariah et al., 2006) muitos estudos mostram que a desnutrição é um problema comum entre os que estão a fazer o tratamento em situação de fracos recursos.

Assim, é notório que o impacto económico do HIV/SIDA é maior em famílias pobres. As mudanças extremas nas despesas alimentares e no consumo de bens alimentares cria a necessidade de uma política que focalize na assistência alimentar de modo a que seja efectivo o resultado esperado com o tratamento Antiretroviral bem como das infecções oportunistas.

Mas é preciso realçar que as famílias afectadas pelo HIV/SIDA não são necessariamente pobres, só que as famílias pobres que estão afectadas são cada vez menos capazes de satisfazer as suas necessidades básicas em relação as famílias não-pobres.

Segundo Floriano (2008), referenciando “*O Guião de Operacionalização do Programa de Cuidados Domiciliários a pessoas com VIH/SIDA*” do MISAU o principal objectivo do programa era de prover assistência no domicílio às PVHS e seus familiares, nas áreas de saúde, nutrição, higiene e psicossocial.

Para este autor, no apoio social alimentar à PVHS devem ser incluídos os seguintes custos: armazenamento (aluguer e manutenção do armazém), aluguer do veículo de distribuição, pessoal do apoio a elaboração dos kits e distribuição.

¹⁴ Alarga-se a base produtiva porque uma grande parcela de pessoas infectadas (economicamente activas) voltam ao circuito económico de produção, bem como os seus dependentes que poderiam de algum modo antes serem desempregados.

4.2 Importância do Apoio Alimentar e Nutricional à PVHS na Mitigação do Impacto Socioeconómico do HIV/SIDA

Segundo Gillespie e Haddad (2001), o apoio e cuidados nutricionais são importantes para as PVHS porque aumentam a quantidade e a qualidade da dieta pois o apoio nutricional tem o potencial de prolongar significativamente a vida de indivíduos pelos seus efeitos peculiares e posteriormente beneficiar aqueles que estão dependentes dos cuidados e TARV.

Para o mesmo autor, a importância da ajuda alimentar na mitigação e cuidados de HIV/SIDA começa por ser explorada pelas organizações baseadas na comunidade rural. A alimentação é muitas vezes citada por famílias pobres afectadas pelo HIV/SIDA como sua principal necessidade. A maior meta das intervenções na assistência alimentar é prover comida para reunir consumo e/ou necessidades nutricionais.

Para Egge e Strasser (2005), o apoio alimentar às PVHS em TARV tem como impacto: prolongar a sobrevivência, maior aderência e eficácia do TARV, aumento da produtividade da PVHS e da qualidade de vida através de redução da morbilidade ligada a SIDA. Também este apoio alimentar é usado muitas vezes como incentivo para aderência ao tratamento.

Alguns trabalhos mostraram que existe um papel dos pacotes para ajuda alimentar tanto nos cuidados como na mitigação do HIV/SIDA. Entretanto, como explica Gillespie e Haddad (2001), certos princípios programados devem ser seguidos como são os seguintes casos:

- Combinar comida com outros treinamentos de actividades geradoras de rendimento (AGR) parece ser um caminho duplo para apoiar famílias com reduzido acesso a comida e para criar auto-suficiência naquelas famílias com um adulto cronicamente doente ou a morte de um membro da família.

- Ligar projectos de apoio alimentar de uma forma vertical com outros tipo de assistência como micro-crédito é uma forma de fortificar o impacto inicial dos projectos de treinamento para a alimentação ou trabalhos para alimentação.
- Deixar que as vezes sejam as comunidades através de suas formas próprias a identificar as famílias mais pobres e seleccionar aquelas que precisam de comida bem como incluir na lista de beneficiários famílias que são pobres e sofrem de insegurança alimentar mas que não têm sido visivelmente afectadas pelo HIV/SIDA.
- Como muitas das organizações de HIV/SIDA baseadas na comunidade que assistem na implementação dos projectos de ajuda alimentar são muito pequenos e operam com mínimos fundos, frequentemente precisam das proficiências e capacidades completas para assumir actividades expandidas e a experiência em transporte, stockagem, gestão e distribuição de alimentos.

4.3 Fontes de Financiamento da Assistência Alimentar à PVHS em Moçambique

Em Moçambique existem diversos actores no âmbito da assistência alimentar à PVHS, podendo ser apenas financiadores ou financiadores e implementadores em simultâneo, cuja origem pode ser: pública, externa ou privada.

- **Financiamento Externo**

São os financiadores estrangeiros as agências multilaterais (como é o caso do Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, PMA), as agências Bilaterais (principalmente as embaixadas), ONGs Internacionais (como é o caso da Médicos Sem Fronteiras, entre outras). As agências multilaterais e bilaterais são de grosso modo apenas financiadores com a excepção do PMA e que é também implementador e as ONGs normalmente são implementadoras.

- **Financiamento Público**

As instituições governamentais que normalmente fornecem a assistência alimentar a PVHS são, os Ministérios e o CNCS.

A maioria dos ministérios fornecem a assistência alimentar como forma de mitigação do impacto do HIV/SIDA no local de trabalho, o que implica que os beneficiários da cesta básica são apenas os trabalhadores afectos naquele local. Mas, o Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS) através do Instituto Nacional de Acção Social (INAS) devido ao seu tipo de actividades beneficia não só aos seus trabalhadores mas, também as populações em situação de vulnerabilidade devido ao HIV/SIDA através das direcções provinciais, distritais e ao nível do posto administrativo em todo país.

O CNCS trabalha em coordenação com as ONGs principalmente as de carácter nacional e também é financiador de alguns ministérios mas, actualmente não está a financiar nenhum projecto.

- **Financiamento Privado**

Normalmente o sector privado financia a assistência alimentar a PVHS que são seus trabalhadores inserindo-se apenas na intervenção no local de trabalho. Nalguns casos, incluem a distribuição de cestas básicas nas suas actividades de responsabilidade social beneficiando apenas as populações circunvizinhas do local onde estiverem a operar as suas actividades.

A análise das fontes de financiamento de cestas básicas no estudo cinge apenas em três fontes: MISAU, MMAS através do INAS e o PMA e referencia-se as actividades levadas a cabo pelo CNCS.

4.4 O CNCS e a Mitigação do Impacto Socioeconómico do HIV/SIDA: O Apoio Alimentar e Nutricional à PVHS

Segundo CNCS (2004), no seu PEN II, alguns dos factores que podem agravar a situação nutricional de um agregado familiar afectado pelo HIV/SIDA são o facto de que os seropositivos tornam-se bastante debilitados ao longo do processo da evolução da doença, perdendo a capacidade de trabalho e da força produtiva, e complicando assim a situação económica dos lares.

No caso dos produtores agrários do sector familiar e das pessoas auto-empregues, bem como dos empregados a conta de outrem, a redução da capacidade produtiva e o risco de desemprego tem consequências negativas e imediatas no rendimento da família e na capacidade de produzir ou adquirir alimentos, fazendo com que os pobres fiquem cada vez mais pobres e com maior vulnerabilidade nutricional, isto é susceptíveis a insegurança alimentar.

As PVHS têm necessidades nutricionais acrescidas e de natureza específica podendo variar com a progressão da infecção. Assim, segundo os relatórios anuais do CNCS as acções na mitigação do impacto do HIV/SIDA são efectuadas por diversas organizações da sociedade civil (incluem ONGs Nacionais, OBC, Associações de PVHS, entre outras) através de actividades geradoras de rendimentos a PVHS, COV's e viúvas e distribuição de suplementos nutricionais (vide o Gráfico 6).

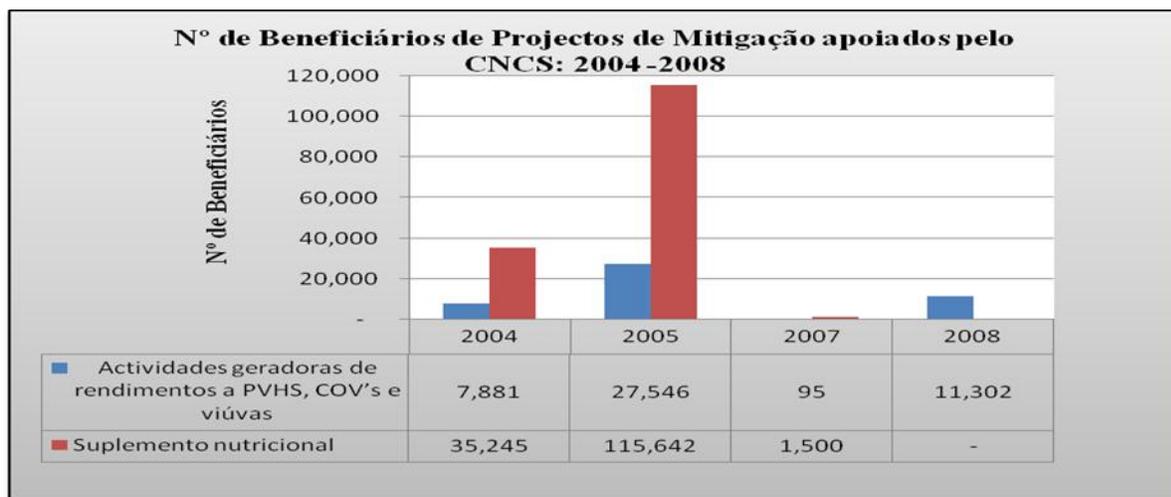
- No apoio alimentar e nutricional são distribuídos suplementos Nutricionais de base regular, e de forma a assegurar a segurança alimentar são utilizados sistemas de produção agro-pecuários com culturas de alto valor nutritivo, para garantir o adequado e sustentável apoio nutricional às pessoas em situação de maior vulnerabilidade.
- As actividades geradoras de rendimentos para o suporte económico e social consistem em distribuição de insumos, criação de animais de pequena espécie (aves e cabritos), cultivo

de hortofrutícolas, prática de corte e costura, carpintaria, olaria, fabrico de pães, entre outras.

Em 2008, os projectos financiados pelo CNCS distribuíram bicicletas, para além de utensílios agrícolas como enxadas, sementes e fertilizantes, juntas de boi, instrumentos e sistemas de rega, gado caprino e bovino, máquinas de corte e costura, maquinas para o agro-processamento da mandioca, multicultivadoras, construção de tanques piscícolas, de entre vários apoios para o aumento da renda das pessoas infectadas e afectadas pelo HIV/SIDA.

Actualmente o CNCS não está a apoiar nenhum projecto estando apenas envolvido na área programática e de Monitoria e Avaliação.

Gráfico 6: N° de beneficiários de projectos de mitigação apoiados pelo CNCS: 2004 -2008



Fonte: Adaptada pela autora com base nos relatórios anuais do CNCS, 2004-2008.¹⁵

¹⁵ O relatório anual de 2006 não fornece o número de beneficiários.

CAPÍTULO V: INICIATIVAS DE APOIO ALIMENTAR À PVHS

Existem diversas iniciativas de apoio alimentar a PVHS, mas apenas serão consideradas três: a iniciativa do INAS, MISAU e do PMA.

5.1 Intervenção do INAS no Apoio Alimentar de PVHS

Segundo a entrevista obtida com o Departamento de Assistência Social¹⁶, o INAS iniciou as actividades de assistência em 2003, apoiando as populações vulneráveis, especificamente as PVHS através dos vários programas, nomeadamente o Apoio Social Directo, Benefício Social pelo Trabalho, Subsídios de Alimentos (fornecimento de cesta básica) e o Apoio a Actividades de Geração de Rendimento.

Os projectos do INAS são financiados pelo orçamento do Estado e através de alguns colaboradores como o CNCS e o PMA¹⁷. Os beneficiários destes projectos são muitas vezes indicados pelos hospitais, assim que o médico verifica que a PVHS precisa de apoio alimentar, de modo que o TARV se torne eficaz. O custo médio anual incorrido para a aquisição dos produtos é de 3.000.000,00 Mt¹⁸, sendo ainda deficiente pois, no processo de distribuição o INAS incorre em custos de combustível para transportar os produtos e paga ajuda de custos¹⁹ ao pessoal alocado para exercer esta actividade na comunidade.

Numa primeira fase, a PVHS beneficia do subsídio alimentar através da cesta básica (no período correspondente a 6 meses) e, após melhorias, ela é inserida nas Actividades Geradoras de Rendimento, cuja maioria dos beneficiários apostam em projectos ligados ao comércio informal.

¹⁶ Na Delegação Provincial do INAS de Maputo

¹⁷ O financiamento do PMA é em produtos alimentares.

¹⁸ Este valor é ao nível do INAS Provincial de Maputo.

¹⁹ Durante a entrevista não foi possível obter estimativas do custo médio de distribuição da cesta básica.

Um facto verificado na visita ao INAS, é que esta pessoa é apoiada por uma equipa especializada em análise de projectos para avaliar a viabilidade do projecto e esta é financiada por um período médio de 24 meses.

Os programas do INAS consistem nos seguintes subcomponentes:

- **Programa de Subsídios de Alimentos**

Consiste na prestação de assistência directa aos indivíduos ou grupos de indivíduos em situação de pobreza absoluta, incapacitados para o trabalho, através de atribuição de um subsídio mensal a cada agregado familiar sendo o respectivo chefe o beneficiário directo (INAS, 2009).

- **Programa de Benefício Social pelo Trabalho**

Consiste na criação de emprego para aquelas pessoas privadas mas capazes de trabalhar através de promoção de oportunidades para a geração de rendimento (Waterhouse, 2007).

- **Programa de Apoio Social Directo**

Consiste em apoio material geralmente na forma de necessidades básicas em alimentos e material escolar para pessoas que estão temporariamente incapazes de trabalhar e precisam de apoio imediato (Waterhouse, 2007).

- **Programa de Geração de Rendimento**

Consiste na provisão de fundos para o apoio de iniciativas de geração de rendimento para grupos alvos em privações como é o caso de crédito para o suporte de projectos de agricultura, pesca, pequenas actividades comerciais e industriais (Waterhouse, 2007).

5.2 Intervenção do MISAU no Apoio Alimentar e Nutricional de PVHS

Segundo o MISAU, através da Direcção Nacional de Assistência Médica, a cesta básica para o apoio alimentar à PVHS começou a ser disponibilizada na cidade e província de Maputo no ano passado (2009), após a sua aprovação pelo Conselho de Ministros a 25 de Setembro do mesmo ano. Actualmente está a preparar-se a implementação desta cesta básica ao nível do Distrito.

Esta iniciativa já havia sido começada pelo Departamento Nacional de Nutrição do MISAU a sensivelmente 2 anos, motivada pela fraca aderência ao TARV devido a alguns factores relatados pelas PVHS: distâncias longas para o alcance da Unidade Sanitária, aspectos culturais, efeitos colaterais dos comprimidos e principalmente a falta de comida.

A distribuição desta cesta básica é feita em coordenação com o Ministério da Indústria e Comércio (MIC) através das lojas existentes nas cidades.

5.3 Intervenção do PMA no apoio alimentar de PVHS²⁰

Segundo o CNCS (2004), no seu PEN II, o programa de apoio alimentar do PMA é multifacetado, abrangendo várias componentes, nomeadamente:

- Fornecimento de suplementos alimentares e nutricionais a doentes crónicos, em particular doentes de SIDA que tem dificuldade de prover as suas próprias necessidades alimentares e nutricionais e as das suas famílias. O suplemento é constituído por um cabaz mensal de 63Kg de produtos alimentares tais como o milho ou arroz, o óleo e o feijão para famílias de 5 pessoas.
- Fornecimento de suplementos alimentares nutricionais a mulheres grávidas e que amamentam, encontrando-se em dificuldades. Esta componente tem como

²⁰ Baseado em CNCS, 2004 no seu PEN II.

potencialidade o apoio as mulheres grávidas portadoras de HIV. Consiste essencialmente na distribuição de rações alimentares sem CSB e com adição de açúcar.

5.4 Composição e o Custo estimado da Cesta Básica para o apoio à PVHS

- **Cesta Básica**

A cesta básica para PVHS é o conjunto de bens alimentares fornecidos para o apoio alimentar e nutricional de modo a satisfazer as necessidades nutricionais mínimas requeridas para o bem-estar do indivíduo portador do vírus. O custo da cesta básica, deve ser medido através do valor necessário para a sua aquisição caso seja comprado pelos beneficiários.

Os valores das cestas básicas a serem utilizados não são os valores finais porque o custo final das cestas básicas deve incluir os custos de armazenamento e de distribuição.

No caso da cesta básica fornecida pelo MISAU juntamente com o MIC através das lojas o único custo implícito que deve ser equacionado é o custo de transporte incorrido pelas PVHS para acederem a loja, consoante a distância entre a residência de cada pessoa e das lojas distribuidoras.

Algumas ONGs que intervêm no apoio alimentar incorrem em custos de armazenamento e distribuição (que incluem pagamento de salários e transporte).

Para uma simplificação da análise, apenas tomar-se-á em consideração o custo incorrido para aquisição da cesta básica e, todos os outros custos serão considerados nulos.

5.4.1 Cesta Básica definida pelo MISAU

Segundo a Direcção Nacional de Assistência Médica do Ministério da Saúde²¹, a cesta básica fornecida às PVHS é composta pelos produtos indicados na Tabela 2, valorados aos preços médios, estimados aquando da implementação desta cesta básica.

Tabela 2: Composição e o custo da cesta básica aprovada pelo MISAU (preço médio mensal de Setembro de 2009)

Descrição do Produto	Quantidade distribuída (produto/mês)	Preço ²² médio de Setembro 2009 por unidade	Custo de Aquisição Mensal	Despesas de consumo do AF ²³
Arroz Corrente	3Kg	21.00 Mt	63.00 Mt	302.40 Mt
Farinha de milho	9Kg	22.25 Mt	200.27 Mt	961.29 Mt
Óleo Alimentar	0.5L	60.00 Mt	30.00 Mt	144.00 Mt
Açúcar	1Kg	22.13 Mt	22.13 Mt	106.22 Mt
Amendoim	1Kg	42.50 Mt	42.50 Mt	204.00 Mt
Feijão Manteiga	2Kg	41.56 Mt	83.13 Mt	399.01Mt
Sal	1Kg	10.00 Mt	10.00 Mt	10.00 Mt
Peixe Seco	1.5Kg	42.50 Mt	63.75 Mt	306.00 Mt
Folhas Verdes	3.4Kg	8.00 Mt	27.20 Mt	130.56 Mt
Fruta	3.6Kg	9.00 Mt	32.40 Mt	155.52 Mt
Total	25.5 Kg + 0.5 L		574.38 Mt	2,719.00 Mt

Fonte: Adaptado pela autora com base nos dados de quantidades fornecidos pelo Departamento Nacional de Assistência Médica

Para uma melhor ilustração da cesta básica recomendada pelo MISAU²⁴, as quantidades e o custo são abaixo apresentados através da Figura 3, com recurso a ferramentas microeconómicas de representação do consumo óptimo para um indivíduo infectado e que esteja em TARV.

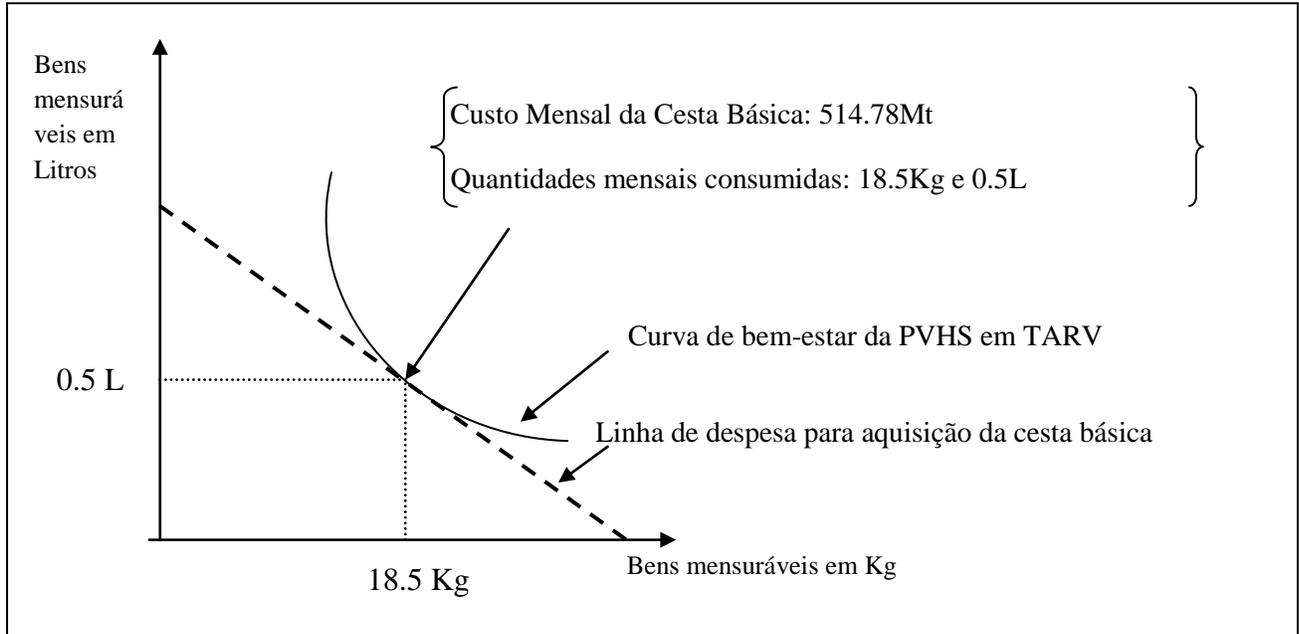
²¹ Resultado da entrevista

²² Fonte dos preços: MIC/ INFOCOM, Boletim Semanal de Comércio. Os preços das folhas verdes e da fruta foram retirados de World Bank, 2008.

²³ Tomou-se como pressuposto uma média de 4.8 membros por agregado familiar em todo país, com base no IAF 2002/2003 e o valor do sal é o mesmo tanto para o indivíduo como para o agregado familiar.

²⁴ A cesta básica ilustrada na Figura 3 não inclui o valor das folhas verdes e da fruta.

Figura 3: Curva de bem-estar e quantidades de consumo ideal por PVHS



Fonte: Adaptada pela autora com base na informação fornecida pelo MISAU: Departamento de Assistência Médica e de Nutrição

Critério e Mecanismo para o acesso à Cesta Básica fornecida pelo MISAU

São usados critérios biomédicos na consulta para o TARV baseados no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e do Perímetro Branquial (PB).

Índice de Massa Corporal (IMC)

O IMC é uma medida da gordura corporal baseada na altura e no peso que se aplica a homens e mulheres adultos (World Bank, 2008).

Fórmula para o cálculo do IMC

$$IMC = \frac{P}{A^2}, \text{ Onde: IMC} = \text{Índice de Massa Corporal}$$

P = Peso em Kg

A² = Altura × Altura (m²)

Para as crianças dos 6 aos 59 meses, calcula-se a desnutrição aguda medida através do rácio P/A. Diz-se que a criança está desnutrida quando o peso por altura (*z-score*) está abaixo de 2 desvios padrões comparado a população de referência.

Seleção dos Beneficiários

Segundo a entrevista com a Dra Olívia Ubisse da Direcção Nacional da Assistência Médica, a selecção dos beneficiários é da responsabilidade das Unidades Sanitárias (US), baseado nos critérios abaixo indicados:

Pacientes Adultos HIV+

- Critério de Entrada: $IMC \leq 18.5$ sem complicação
- Critério de Saída: $IMC > 18.5$ durante dois meses consecutivos.

Pacientes Crianças HIV+ (6 a 59 meses)

- Critério de Entrada: $\frac{P}{A} \geq -3$ e < -2 *z-score* ou $PB \geq 11.5$ e < 12.5 cm
- Critério de Saída: $\frac{P}{A} \geq -1$ *z-score* por dois meses consecutivos

Pacientes Crianças/Adolescentes HIV+ (5 a 18 anos)

- Critério de Entrada: IMC por idade ≥ -3 e < -2 *z-score*
- Critério de Saída: IMC-por-idade ≥ -1 *z-score* por dois meses consecutivos

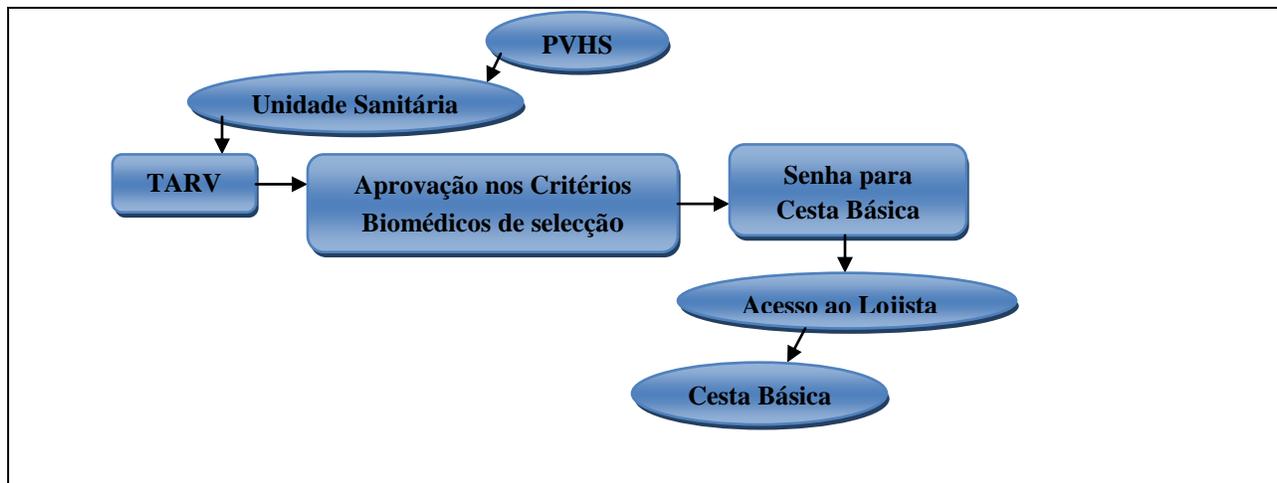
Pacientes Mulheres não grávidas e que não estão a amamentar > 18 anos de idade HIV+

- Critério de Entrada: IMC <18.5
- Critério de Saída: IMC \geq 18.5 por dois meses consecutivos

Pacientes Mulheres grávidas e pós-parto até 6 meses depois do nascimento HIV+

- Critério de Entrada: PB <22 cm sem complicação durante a gravidez
- Critério de Saída: PB \geq 22 cm por dois meses consecutivos.

Figura 4: Mecanismo de acesso à cesta básica disponibilizada pelo MISAU



Fonte: Elaborado pela autora com base no quadro teórico acima apresentado

5.4.2 Cesta Básica distribuída pelo Instituto Nacional de Acção Social

O INAS fornece uma cesta básica²⁵ numa base mensal por PVHS composto pelos seguintes produtos: Arroz corrente, farinha de milho, feijão manteiga, açúcar, amendoim, óleo alimentar e sal. Para uma maior descrição da composição e custo da cesta básica do INAS vide a Tabela 3.

Tabela 3: Composição e custo da cesta básica disponibilizada pelo INAS

Descrição do Produto	Quantidade distribuída por produto/mês	Preço médio de Setembro/2009 do produto por Kg ou por Litro	Custo de Aquisição Mensal
Arroz corrente	3Kg	21Mt	63Mt
Feijão Manteiga	2Kg	41.56Mt	83.12Mt
Farinha de Milho	9.1Kg	22.25Mt	202.475Mt
Óleo Alimentar	0.5L	60Mt	30Mt
Amendoim	0.5Kg	42.5Mt	21.25Mt
Açúcar	0.5Kg	22.13Mt	11.065Mt
Sal	0.5 Kg	10 Mt	5Mt
Total	15.6Kg + 0.5L		415.91Mt

Fonte: Adaptado pela autora com base na entrevista com o INAS (Matola)

5.4.3 Cesta Básica distribuída pelo Programa Mundial Alimentar (PMA)

Segundo Floriano (2008), os géneros alimentares disponibilizados pelo PMA incluem arroz ou milho, ervilhas ou feijão, CSB e óleo alimentar²⁶. A cesta alimentar familiar para um mês definido pelo regulamento do PMA é a seguinte:

²⁵ Esta cesta básica inclui também produto não alimentar (o sabão). Também fornecem leite e papas cerelac a crianças PVHS dos zero aos dois anos de idade.

Tabela 4: Primeira opção da composição e do custo da cesta básica distribuída pelo PMA

Descrição do Produto	Quantidade distribuída por produto/mês	Preço médio de Setembro de 2009 do produto por Kg ou por Litro	Custo de Aquisição
Arroz	36 Kg	21 Mt	756 Mt
Feijão	6 Kg	41.56Mt	249.36 Mt
Óleo Alimentar	3 Litros	60 Mt	180 Mt
Total			1185.36 Mt

Fonte: Elaborado pela autora com base em Floriano, 2008

Tabela 5: Segunda opção da composição e do custo da cesta básica distribuída pelo PMA

Descrição do Produto	Quantidade distribuída por produto/mês	Preço médio de Setembro de 2009 do produto por Kg ou por Litro	Custo de Aquisição
Farinha de Milho	36 Kg	22.25 Mt	801 Mt
Feijão	6 Kg	41.56Mt	249.36 Mt
Óleo Alimentar	3 Litros	60 Mt	180 Mt
Total			1230.36 Mt

Fonte: Elaborado pela autora com base em Floriano, 2008

²⁶ Para a composição e valorização da cesta básica serão considerados os produtos frequentemente comercializados nos mercados (arroz, feijão manteiga, farinha de milho e óleo alimentar).

5.5 Eficácia das Intervenções de Apoio Alimentar: Uma Análise Comparativa

5.5.1 Cestas Básicas

Todas as cestas descritas no capítulo anterior são fornecidas numa base mensal. Estas cestas resolvem a questão de fome e InSAN, a curtíssimo prazo, permitindo uma alimentação adequada, com o mínimo de nutrientes para aumento de energia e possível aumento da produtividade no exercício da actividade económica.

As cestas disponibilizadas pelo MISAU e pelo INAS²⁷ permitem maior diversificação da alimentação e englobam um elevado número de produtos, o que as torna mais eficazes para o propósito de aumento de calorías. Mas, elas apresentam uma deficiência que pode torná-las pouco aplicáveis porque elas são apenas distribuídas à PVHS em TARV sem considerar-se a situação das suas famílias.

Se o indivíduo em TARV não tem capacidade para se auto-sustentar de modo a cumprir com os primeiros seis meses do tratamento, possivelmente a sua família fica em situação de vulnerabilidade a fome. Assim, como as quantidades da cesta são apenas para uma única pessoa. A PVHS pode não consumir os produtos, sozinho, sendo obrigado a repartir com todos os membros do seu agregado familiar, o que torna a iniciativa ineficaz.

A deficiência da cesta disponibilizada pelo MISAU é suplantada pela cesta disponibilizada pelo PMA porque, apesar da pouca diversificação dos alimentos distribuídos, o PMA toma em consideração o facto de a PVHS não ser uma pessoa isolada na sua família. Por essa razão, o PMA distribui quantidades suficientes para assegurar o consumo mensal de toda a família.

²⁷ A cesta básica desta instituição é de certo modo similar a do MISAU apesar de ser composta por um menor número de produtos e as quantidades de alguns produtos serem relativamente mais baixas.

5.5.2 Actividades Geradoras de Rendimento (AGRs)

O CNCS e o MMAS apoiam também as actividades geradoras de rendimento como uma forma de assistência alimentar. De referir que as AGRs são extremamente importantes porque não só garantem o acesso a alimentos para suprir questões de fome imediata como também asseguram a estabilidade no acesso aos alimentos.

Os resultados deste tipo de actividades apenas são verificados a curto e médio prazo o que as torna ineficazes para responder as necessidades de curtíssimo prazo ou de PVHS na fase sintomática da SIDA (isto é, os acamados).

As AGRs, diferentemente do apoio alimentar directo através de fornecimento de cestas básicas apresenta algumas vantagens, nomeadamente:

- Podem aumentar o nível de produção na comunidade através do aumento da força de trabalho (PVHS) que estava desempregada e,
- Podem reduzir a vulnerabilidade a fome e a InSAN;

Apesar de ambas formas de apoio alimentar apresentarem deficiências, elas são de extrema importância para a mitigação do impacto económico do HIV/SIDA, principalmente no capital humano, visto que a qualidade deste depende em larga medida do seu estado de saúde.

Assim, para uma maior eficácia das intervenções de apoio alimentar, é preciso que sejam combinados esforços de curtíssimo e curto prazo com os de médio prazo. Isto implica que o apoio alimentar através do fornecimento de cestas básicas não deve ser realizado como uma ilha, mas sim combinado com as AGRs.

CAPÍTULO VI: O ACESSO À CESTA BÁSICA E O BEM-ESTAR DAS PVHS

Em Moçambique existem cerca de 33 Associações de PVHS, segundo a entrevista com o senhor Maltez Mabui da Rede Nacional de Associações de PVHS (RenSida). Naquelas, somente quatro estão baseadas em Maputo ao passo que as restantes estão distribuídas pelo resto do país. Estas associações operam em diversas áreas, dentre as quais, fornecem cestas básicas e apoiam actividades geradoras de rendimento às PVHS cujas fontes de financiamento na sua maioria são de financiadores externos (ou seja, de agências multilaterais, agências bilaterais e ONGs Internacionais).

Para a descrição das questões de acesso à cesta básica pelas PVHS e o seu nível de bem-estar, são apresentados os resultados do estudo de caso à PVHS realizado em quatro associações na província de Maputo. Nomeadamente, foram inquiridas 45 PVHS filiadas a quatro associações, a saber: Kindlimuka, Hilhulile, Ahi Lhulene Nala e Tinena.

Resultados da pesquisa

Segundo as entrevistas às PVHS realizadas no mês de Maio de 2010, na província de Maputo constatou-se que cerca de 49% das PVHS inquiridas estão na faixa etária dos 36 aos 49 anos, o que vem certificar a questão do HIV/SIDA afectar, na sua maioria, a população economicamente activa, ou seja aquelas que apresentam largas capacidades acumuladas ao longo da sua vida laboral. Outro dado importante que foi verificado é o facto de 78% das PVHS inquiridas serem mulheres, podendo ser explicado pelas seguintes razões:

- A feminização do HIV/SIDA devido ao fraco poder negocial das mulheres nos seus casamentos e outros rituais sociais, bem como o facto de muitas vezes estarem ligadas ao sexo comercial;
- A maior sensibilidade das mulheres, e pelo facto de serem mais abertas na demanda pela protecção social, bem como na quebra do silêncio sobre o seu estado de saúde.

Os resultados parecem sugerir a importância do empoderamento da mulher para a redução da vulnerabilidade aos males sociais. Para uma melhor apreciação dos resultados vide a Tabela 6.

Tabela 6: Faixa etária e sexo das PVHS inquiridas

Idade das PVHS	Nº de PVHS	Frequência	Sexo	Nº de PVHS	Frequência
15 – 21 anos	2	4%	Masculino	10	22%
22 – 35 anos	14	31%	Feminino	35	78%
36 – 49 anos	22	49%			
49 anos - <	7	16%			
Total	45	100%	Total	45	100%

Fonte: Entrevista efectuada às PVHS na província de Maputo (Maio de 2010)

É também de notar que ainda existem AFs com um número elevado de membros, apesar de que 56% das PVHS entrevistadas estarem inseridas em AFs com o número de membros no intervalo de 1 a 5 pessoas e, o mais agravante é que 51% do total de entrevistados são chefes do AF, o que coloca muitas famílias em situação de elevado risco de perdas de rendimento.

Apesar da maioria dos entrevistados possuírem apenas o ensino primário do 1º grau (EP1), em cerca de 31%, a mesma percentagem tem um emprego formal e, apenas uma pessoa é que afirmou possuir o nível médio. Salientar que a maior parte destas PVHS são activistas nas suas associações, ou trabalham na área administrativa, o que lhes permite obter um subsídio monetário mensalmente.

As PVHS que afirmaram trabalhar a conta própria²⁸, referiam-se a actividades que exercem ocasionalmente, com baixo valor remunerável, vulgo “*biscatos*”, que são na sua maioria, informais. Estes factos mostram que a maior percentagem de PVHS estão envolvidas em actividades informais (vide as Tabelas 7 e 8).

²⁸ Apenas uma pessoa afirmou ser artista plástico e algumas senhoras trabalham com encomendas caseiras, corte e costura.

Tabela 7: N° de membros do AF e o status das PVHS

N° de membros do AF	N° de PVHS	Frequência	Status da PVHS no AF	N° de PVHS	Frequência
1 - 5	25	56%	Esposa	11	24%
6 - 10	14	31%	Filho	9	20%
11 - 15	4	9%	Chefe do AF ²⁹	23	51%
15- <	2	4%	Outro	2	4%
Total	45	100%	Total	45	100%

Fonte: Entrevista efectuada às PVHS na província de Maputo (Maio de 2010)

Tabela 8: Nível de escolaridade e fonte de rendimento de PVHS

Nível de Escolaridade	N° de PVHS	Frequência	Fonte de Rendimento	N° de PVHS	Frequência
Alfabetização	4	9%	Emprego Formal	14	31%
EP1	14	31%	Trabalho a Conta Própria	8	18%
EP2	10	22%	Actividade Agrícola	4	9%
Secundário/Básico	13	29%	Actividade Informal	9	20%
Médio	1	2%	Desempregado	8	18%
Nenhum	3	7%	Trabalho Doméstico	2	4%
Total	45	100%	Total	45	100%

Fonte: Entrevista efectuada às PVHS na província de Maputo (Maio de 2010)

O acesso à cesta básica pelas PVHS na província de Maputo

Dos entrevistados, apenas 42% das PVHS afirmaram receber ou ter recebido assistência alimentar, cujo financiamento é na sua maioria de ONG e Organizações Baseadas nas Comunidades (OBCs). Algumas pessoas afirmaram ter recebido assistência alimentar do Programa Mundial para a Alimentação e do Ministério da Saúde (através dos centros de saúde³⁰ e do hospital 1° de Maio) (vide Gráfico 7).

²⁹ Pode ser homem ou mulher e, todos os homens inquiridos declararam ser os chefes do AF.

³⁰ Especificamente nos hospitais Dias.

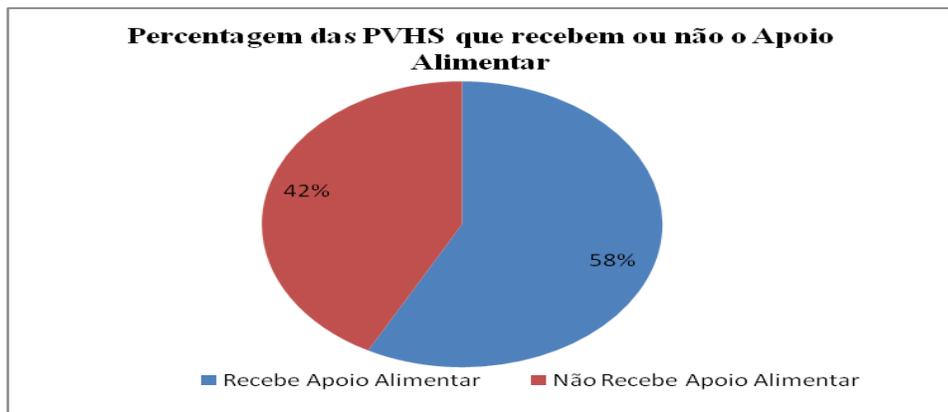
O apoio prestado é, na sua maioria, em fornecimento de cesta básica alimentar, constituída alternadamente pelos produtos de primeira necessidade: arroz, milho/farinha de milho, feijão manteiga, óleo alimentar, feijão nhemba, açúcar e alguns suplementos nutricionais e rações como: a CSB (farinha soja) e ervilha.

Este apoio alimentar e nutricional é importante porque as PVHS afirmaram terem aumentado o seu bem-estar na medida em que tiveram uma recuperação total e deixaram de ser acamados, o que lhes permitiu igualmente a realizar algumas actividades remuneráveis e a cuidar das suas famílias.

Contudo, algumas pessoas ainda reclamam de fome porque, segundo suas palavras a assistência é baseada em critérios de selecção e, após a verificação de melhorias, a pessoa sai do programa de apoio, visto que os recursos para o apoio alimentar e nutricional são escassos e limitados.

Pelo facto das PVHS terem de sair dos programas quando apresentam melhorias, faz com que seja necessário que elas apostem cada vez mais nas AGRs, de modo que, após a melhoria, seja possível produzir pessoalmente recursos para o seu auto-sustento, como é feito pelo INAS.

Gráfico 7: Percentagem das PVHS que recebem ou não o Apoio Alimentar



Fonte: Adaptado pela autora com base nos dados obtidos a partir das entrevistas efectuadas às PVHS na província de Maputo (Maio de 2010).

A Tabela 9 mostra os resultados sobre o consumo *per capita* mensal das PVHS relacionado com os produtos de primeira necessidade e o seu valor medido a preços médios de Setembro de 2009, visto que são os preços de referência do estudo.

Como se pode depreender da Tabela 9, é notável que o consumo por PVHS está abaixo do recomendado pelo MISAU (através da cesta básica desenhada em 2009)³¹.

Tabela 9: Consumo mensal *per capita* da PVHS em produtos de primeira necessidade

Produto	Consumo <i>per capita</i> Mensal	Valor do consumo mensal <i>per capita</i> medido a preços médio de Setembro de 2009
Arroz corrente	3.7 Kg	78.5 Mt
Farinha de milho/Milho	1.5 Kg	33.7 Mt
Óleo	0.5 L	28.1 Mt
Açúcar	0.6 Kg	13.7 Mt
Amendoim	0.5 Kg	19.5 Mt
Feijão Manteiga	0.4 Kg	16.6 Mt
Sal	0.1Kg	1.5 Mt
Peixe ³²	0.6 Kg	27.1 Mt
Total	7.5 Kg + 0.5 L	218.63 Mt

Fonte: Calculados com base nas entrevistas efectuadas na província de Maputo (Maio, 2010)

Este facto pode também ser visto através da Figura 5 que demonstra que o nível de consumo *per capita* mensal representado pelo diagrama de bem-estar (curva de indiferença U_0) está abaixo do nível de consumo desenhado pelo MISAU (curva de indiferença U_0'). Assim, em termos monetários a cesta básica efectivamente consumida é adquirida por um valor inferior, em 218.63 Mt relativamente a cesta básica desenhada pelo MISAU, cujo valor é de 514.78 Mt. Esta diferença nos valores é explicada pelo número elevado das quantidades dos produtos que compõem a cesta básica do MISAU.

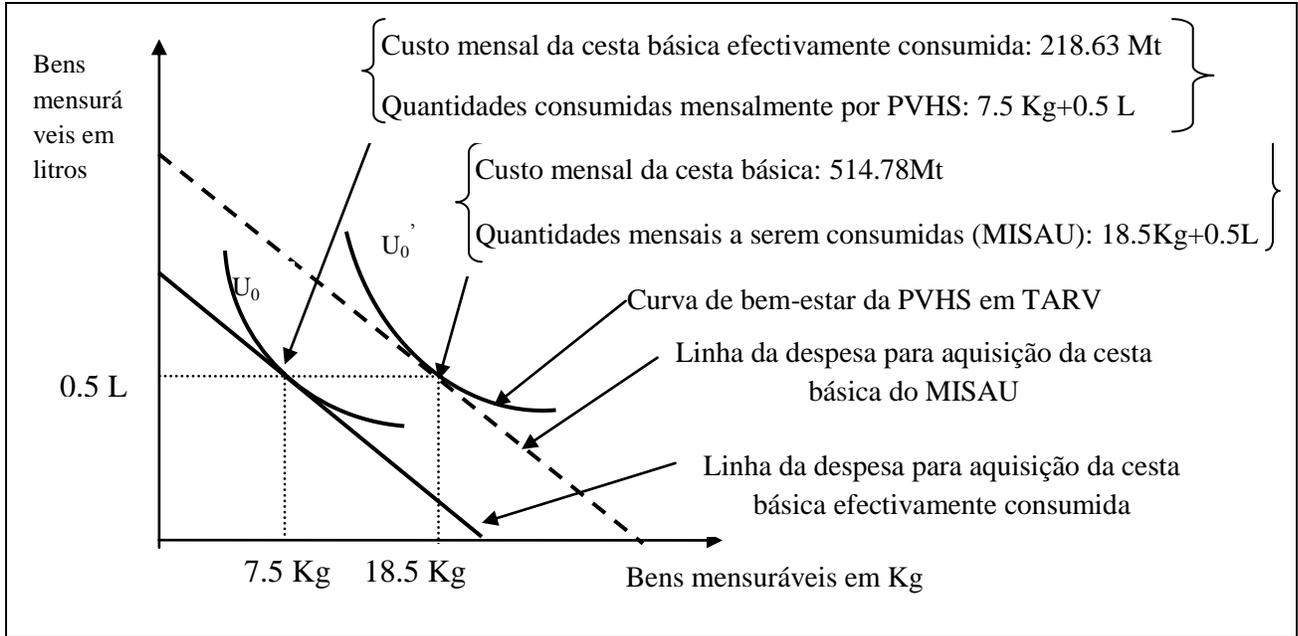
Assim, ainda são necessários esforços por parte dos intervenientes na resposta ao HIV/SIDA, principalmente o Governo moçambicano de modo a reduzir ou eliminar o *gap* que existe entre os dois níveis de consumo. Deste modo, a compensação estaria valorada em 356.15 Mt mensais por

³¹ Como foi visto no capítulo V

³² Maioritariamente as PVHS declararam consumir o peixe carapau.

PVHS em TARV e com necessidade de apoio alimentar, valor este que representa cerca de 163% do valor alocado efectivamente por cada PVHS para o seu consumo mensal, segundo resultados obtidos com o estudo de caso.

Figura 5: Comparação do nível de consumo efectivo da PVHS em relação ao desenhado pelo MISAU



Fonte: Elaborada com base nos cálculos da autora resultantes das entrevistas efectuadas na província de Maputo (Maio, 2010)

CAPÍTULO VII: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

7.1 Conclusões

O estudo mostrou que o HIV/SIDA é um assunto de extrema importância devido a sua multidimensionalidade, fazendo com que este flagelo não seja apenas preocupação do sector de saúde, facto que já foi demonstrado em várias literaturas sobre o assunto. O elevado impacto do HIV/SIDA no capital humano torna esta epidemia preocupante na medida em que coloca em questão um dos pilares para o desenvolvimento económico de qualquer país e em particular para Moçambique.

Das análises feitas, verificou-se que para além de se exercer actividades de prevenção, os cuidados e os tratamentos, aliados à políticas de mitigação da doença, são cruciais para o combate do HIV/SIDA e, conseqüentemente, para o desenvolvimento socioeconómico do país.

Visto que a maioria da população infectada/ afectada (que por sua vez enfrenta deficiências de recursos financeiros para fazer face as necessidades básicas para sua sobrevivência) reclama por falta de comida, chegando até a abandonar o TARV, a pesquisa conclui que era de extrema importância o fornecimento da cesta básica.

Foi verificado que existem diversos esforços para minimizar os efeitos negativos provocados pela doença sobre o capital humano. Este facto é motivado pelo flagelo que se abate, em número considerável, pela população economicamente activa (15 à 49 anos de idade).

As entrevistas realizadas mostraram que, de facto, o HIV/SIDA afecta significativamente as pessoas economicamente activas e na sua maioria chefes de agregados familiares. Aliado a isto, verifica-se que estas pessoas possuem na sua maioria apenas o ensino primário básico.

O estudo mostra ainda que existem poucas ligações entre o fornecimento da cesta básica e as actividades geradoras de rendimento, o que cria deficiências na eficácia da mitigação do impacto negativo do HIV/SIDA nas famílias.

Quanto ao acesso à cesta básica medido pelo nível de consumo mensal *per capita* o estudo prova que o consumo das PVHS verificado ainda está aquém dos requerimentos alimentares desenhados pelo Governo moçambicano.

7.2 Recomendações

As análises feitas em resultados da pesquisa mostram que:

- Para uma maior eficácia das despesas em apoio alimentar seria preciso associar esforços de mitigação de curto e longo prazo de modo que se intensifique o combate do HIV/SIDA associado a pobreza e insegurança alimentar.
- Continuar a criar incentivos para que mais pessoas sintam-se protegidas e possam aderir ao TARV o que poderia resultar em melhores resultados. Assim, iniciativas de apoio alimentar através de fornecimento de cestas básicas deveriam ter em conta os nutrientes necessários para que haja melhorias de bem-estar entre as PVHS e consequentemente aumentar a produtividade entre a força de trabalho infectada.
- A integração dos projectos de combate ao HIV/SIDA com os programas de combate à pobreza e insegurança alimentar e vice-versa resultariam em melhorias mais abrangentes.
- Visto que a maioria das PVHS inquiridas têm o consumo abaixo do ponto recomendado pelas autoridades oficiais do país seria necessário que mais esforços fossem envidados de modo a puxar as despesas de consumo das PVHS até ao ponto de estabilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA

Aardt, Van (2003). *The Economic Cost of AIDS*. University of South Africa/UNDP/UNOPS. Pretória

CHGA (Sem Data). *Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS*. Ethiopia.

CNCS (2004). *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA II*.

CNCS. *Relatórios Anuais: 2004-2008*.

Dixon, S; McDonald, S; Roberts, J (2002). *The Impact of HIV and AIDS on Africa's Economic Development*. BMJ Publishing Group. Vol. 324, No. 7331. 24/03/2010, 02:40 PM. pp. 232-234

EGGE, Kari e STRASSER, Susan (2005). *Measuring the Impact of Targeted Food Assistance on HIV/AIDS-Related Beneficiary Groups: Monitoring and Evaluation Indicators* (Chapter 16)

FICA (2006). *Avaliação do Projecto “Rede Integrada Para o Combate ao HIV/SIDA em Moatize e Tete”*. Health Research For Action. Moçambique

FLORIANO, Aurélio (2008). *Custos de um Projecto de Cuidados Domiciliários a Pessoas com VIH/SIDA em Moçambique (2005)*. ISEG, UTL. Doutorando em Economia

FRANCISCO, António (2005). *Desenvolvimento da Metodologia para o PARPA II*. MPD-DNPO

GILLESPIE, Stuart e HADDAD, Lawrence (2001). *Effective Food and Nutrition Policy Response to HIV/AIDS: What we know and what we need to know*. IFPRI. Washington

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE (2001). *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), 2001-2005*.

Governo de Moçambique (2006). *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), 2005-2009*.

Governo de Moçambique (2010). *Balanço do Plano Económico e Social de 2009*. Maputo

Huo, Teles (2007). *Renda e Pobreza Rural: O Caso do Centro e Norte de Moçambique, 1995-2002*. Maputo

INAS (2009). *Relatório de Actividades Desenvolvidas durante o 1º Semestre de 2009*. Matola

INE (2008). *Resultados preliminares do 3º Recenseamento Geral da População e Habitação*. INE. Moçambique

INE (2008). *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Actualização - Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007*. INE/MISAU/MF/UEM/CNCS. Moçambique

INE (2004). *Relatório Final do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar, 2002/03*. INE. Maputo

INFOCOM-MIC (2009). *Boletim Semanal de Comércio: Setembro de 2009*. Maputo

Jones, Peris (2004). *When 'development' devastates: donor discourses, access to HIV/AIDS treatment in Africa and rethinking the landscape of development*. *Third World Quarterly*, Vol. 25, No. 2. 24/03/2010, 03:15 PM. pp. 385-404

Loewenson, R. and Whiteside, A. (1997). *Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa*. SAfAIDS. Zimbabwe

Mahal, Ajay (2002). *'HIV and Human Development: An Analysis', Draft*. Harvard School of Public Health. Department of Population and International Health. Boston. MA

Mahal, Ajay (2004). *Economic Implications of Inertia on HIV/AIDS and Benefits of Action*. Economic and Political Weekly. Vol. 39, No. 10. 22/03/2010, 03:23 PM. pp. 1049-1063

MISAU (2003). *O Guião de Operacionalização do Programa de Cuidados Domiciliários a pessoas com VIH/SIDA-Ligação Serviço Nacional de Saúde – Comunidade*. MISAU. Moçambique

ONUSIDA (2008). *Mozambique National AIDS Spending Assessment (NASA) For The Period: 2004-2006. Level And Flow Of Resources And Expenditures To The National HIV And AIDS Response*. ONUSIDA/CNCS/OMS

Paton, N.I., S. Sangeetha, A. Earnest, R. Bellamy (2006). *The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients sTARVting antiretroviral therapy*. HIV Medicine 7 (5): 323–330

PNUD (2007). *Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008*. Green Ink Inc.

SETSAN (2009). *Manual de Identificação dos Grupos Vulneráveis e Selecção dos Beneficiários da Assistência Alimentar em Moçambique*. SETSAN. Moçambique

SETSAN (2006). *Manual de Procedimentos: InSAN e HIV/SIDA*. SETSAN/FAO/CNCS/PMA. Moçambique

SETSAN (2006). *Relatório do Estudo de Base de Segurança Alimentar em Moçambique*. SETSAN. Maputo

Stillwagon, E (2000). *HIV transmission in Latin America: comparison with Africa and policy implications*. South African Journal of Economics. 68(5). pp 985-1011

ONUSIDA/WHO (2002). *AIDS Epidemic Update*, December

Waterhouse, Nelia (2007). *Case Study: Food Subsidy Programme National Institute for Social Action in Maputo and Inhambane.*

Whiteside, Alan (2002). *Poverty and HIV/AIDS in Africa.* Taylor & Francis, Ltd. Vol. 23, No. 2, Global Health and Governance: HIV/AIDS. pp. 313-332

World Bank (2008). *Moçambique Relatório da Situação de HIV/SIDA e Nutrição.* WB/GoM/CNCS/ UNICEF/WFP/SETSAN. Maputo, Moçambique

World Bank (2008). *HIV/SIDA, Nutrição e Segurança Alimentar: O Que Podemos Fazer. Uma Síntese de Princípios de Orientação Internacionais.* WB/WFP/WHO/ONUSIDA/UNHRC. Moçambique

Zachariah R, et al (2006). *Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi.* AIDS 20 (18): 2355-2360.

Bibliografia

Arndt, Channing (2003). *HIV/AIDS, Human Capital, and Economic Growth Prospects for Mozambique.* Africa Region Working Paper Series No. 48. Banco Mundial

Canning, David (2006). *The Economics of HIV/AIDS in Low-Income Countries: The Case for Prevention.* PGDA Working Paper No. 18. Harvard School of Public Health.

Glick, Peter (2007). *Reproductive Health and Behavior, HIV/AIDS, and Poverty in Africa.* Cornell University, USA: Prepared for the African Economic Research Consortium.

Hodges, Tony e Tibana, Roberto (2005). *A Economia Política do Orçamento em Moçambique: Capítulo 7.* 1ª Edição. Principia.

IMF (2004). *The Macroeconomics of HIV/AIDS.*

MPF/IFPRI/PU (2004). *Pobreza e bem-estar em Moçambique. Segunda Avaliação Nacional (2002-03)*.

World Bank (1999). *Confronting AIDS-Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford University Press

Websites acessados

www.ine.gov.mz	08 de Março de 2010
www.bancomoc.mz	03 de Maio de 2010
www.jstor.org	23 de Março de 2010
www.fantaproject.org	16 de Março de 2010

Entrevistas

- Dra. Olívia Ubisse: Departamento de Assistência Médica do MISAU
- Sr Maltez Mabui: RenSIDA³³
- Departamento de Assistência Social: Delegação Provincial do INAS de Maputo

³³ Forneceu a lista de Associações de PVHS em Moçambique.

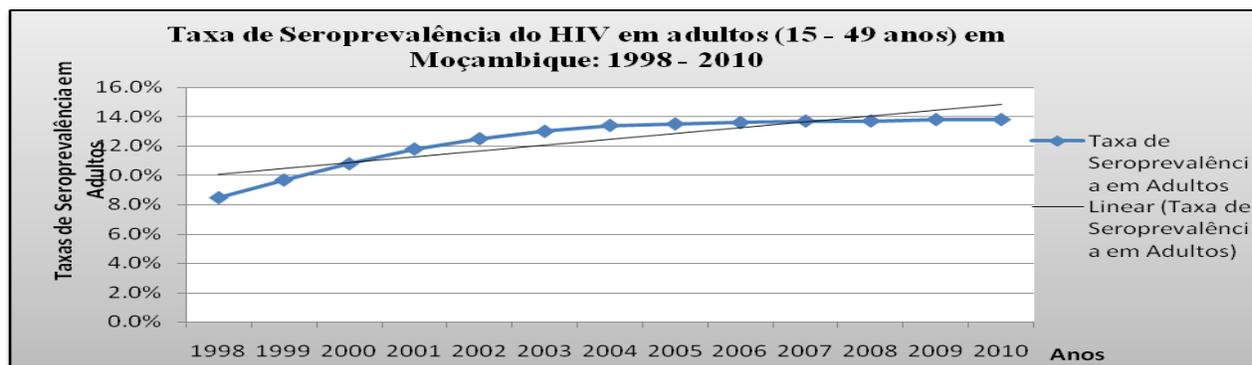
ANEXOS

Tabela 10: Actual Situação Epidemiológica em Moçambique: (2008 – 2010)³⁴

	2008		2009		2010	
Prevalência entre adultos						
População geral 15-49 anos	14%		14%		14%	
Mulheres grávidas 15-49 anos	16%		16%		16%	
Número de Pessoas Vivendo com o HIV						
		% faixa etária de PVHS				
Homens 15+	598,100	37.35%	615,300	37.29%	631,900	37.19%
Mulheres 15+	861,300	53.79%	887,300	53.78%	913,400	53.75%
Crianças 0-14	141,800	8.86%	147,400	8.93%	154,000	9.06%
Total	1,601,200	100%	1,650,000	100%	1,699,300	100%
Número de Pessoas que Precisam de TARV						
Adultos (15+)	385,200	89.60%	425,100	90.04%	465,900	90.45%
Crianças (0-14)	44,700	10.40%	47,000	9.96%	49,200	9.55%
Total	429,900	100%	472,100	100%	515,100	100%

Fonte: Adaptado pela autora com base nos dados retirados do relatório “Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Actualização - Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007”: INE, 2008

Gráfico 8: Evolução das taxas de Seroprevalência do HIV em Moçambique: 1998-2010



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados retirados do Relatório “Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Actualização - Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007”, 2008

³⁴ Projecções segundo INE/MF/MISAU/UEM

Tabela 11: Bairros cobertos pelo inquérito

Bairros dos inquiridos		
Aeroporto	Georg Dimitrov	Mateque
Boane	Infulene	Matola A, B
Cidade da Matola	Jafar	Mavalane A
Ferroviário	Liberdade Bonhica	Maxaquene A, B, C, D
Fomento	Machava Socimol- Km 15	Polana Caniço A
FPLM	Malanga	T3

Fonte: Entrevista efectuada às PVHS na província Maputo (Maio, 2010)

Anexo 1: Questionário às PVHS sobre o seu nível de Consumo e Acesso à Cesta Básica

O presente inquérito tem como objectivo a recolha de informação sobre o nível de consumo e o acesso à Cesta Básica Alimentar pelas PVHS, para a elaboração do Trabalho de Fim de Curso em Economia na Universidade Eduardo Mondlane cujo tema é: *Análise do Custo e do Acesso da Cesta Básica para PVHS na Mitigação do Impacto Socioeconómico do HIV/SIDA*.

Toda a informação fornecida será tratada com confidencialidade

- a) Está disposto a participar no inquérito: [1] Sim _____ [2] Não _____
- b) Bairro _____

PARTE I

- 1.1 Idade: [1] Entre 15 e 21 anos ____; [2] 22 aos 35 anos ____; [3] 36 aos 49 anos ____; [4] mais de 49 anos ____;
- 1.2 Sexo: [1] M ____; [2] F ____; Nº de membros do Agregado Familiar ____;
- [1] Homens _____ [2] Mulheres _____
- 1.3 Qual é o seu Status no agregado familiar: [1] Pai ____; [2] Esposa ____; [3] Filho ____; [98] Outro _____; [5] Chefe do Agregado Familiar _____;
- 1.4 Qual é o seu nível de escolaridade? MARCAR APENAS O NIVEL MAIS ALTO
- [1] Alfabetização ____; [2] EP1 ____; [3] EP2/elementar ____;
- [4] Secundário/básico ____; [5] Médio ____; [6] Superior ____;
- 1.5 Quantas crianças no agregado familiar têm entre 6 e 15 anos?
- [1] RAPAZES [][]; [2] RAPARIGAS [][]; [3] TOTAL [][]

1.6 Quantas destas crianças do agregado familiar entre os 6 e 15 anos NÃO estão a estudar devido ao impacto do HIV/SIDA na família?

[1] RAPAZES [] []; [2] RAPARIGAS [] []; [3] TOTAL [] []

1.7 Pertence a alguma Associação de PVHS: [1] Sim _____; [2] Não _____;

1.8 Se Sim, qual é? [1] Kindlimuka ____; [2] Hilhulile ____; [3] Ahi Lhulile Nala ____; [4] Tinena ____; [98] Outra, Especifique _____;

1.9 O que faz na associação? [1] É Activista ____; [2] trabalha na área administrativa ____; [3] É apenas simpatizante ____; [98] Outro _____;

1.10 Se não, porquê? [1] Não tem conhecimento ____; [2] Acha pouco importante ____; [98] Outro _____;

1.11 Actualmente está em TARV?

1.12 [1] Sim _____; [2] Não _____;

1.13 Se Não, Porquê? _____

PARTE II

2.1. Quais são as fontes de rendimento no agregado familiar?

a) Entrevistado

[1] Emprego Formal: _____;

[2] Trabalho a conta própria: ____;

[3] Actividade agrícola: _____;

[4] Funcionário do Estado _____;

[5] Informal _____;

[6] Reformado _____;

[7] Desempregado _____;

[8] Doméstico _____;

[9] Actividade Comercial
Formal: _____;

[98] Outras: _____;

b) Outros membros

- [1] Emprego Formal: _____; [7] Desempregado _____;
- [2] Trabalho a conta própria __; [8] Doméstico _____;
- [3] Actividade agrícola_____; [9] Actividade Comercial Formal____;
- [4] Funcionário do Estado _____; [98] Outras: _____;
- [5] Informal _____;
- [6] Reformado _____;

2.2. Qual é a frequência da realização das compras relacionadas com a cesta básica alimentar?

- [1] Diária: _____; [2] Semanal: _____; [3] Quinzenal: _____; [4] Mensal: _____; [98] Outra _____;

2.3. Que produtos e quantidades comprou na última semana?

<i>Nome do Produto</i>	<i>Quantidades Compradas</i>	<i>Despesa por produto na última semana (MT)</i>	<i>Preço por unidade</i>
Arroz Corrente			
Farinha de milho			
Óleo Alimentar			
Açúcar			
Amendoim			
Feijão Manteiga			
Sal			
Peixe Seco			
Folhas Verdes			
Fruta			
Total			

2.4. Quantas refeições efectua diariamente?

[1] Uma ___; [2] Duas ___; [3] Três___; [4] mais de 3 _____;

2.5. O que o agregado familiar consumiu na última semana?

<i>Produtos</i>	<i>Quantidades</i>
Arroz Corrente	
Farinha de milho	
Óleo Alimentar	
Açúcar	
Amendoim	
Feijão Manteiga	
Sal	
Peixe Seco	
Folhas Verdes	
Fruta	

PARTE III

3.1. Recebe assistência alimentar de alguma instituição?

[1] Sim _____; [2] Não _____;

3.2. Se sim, de que instituição recebe a assistência Alimentar?

[1] Familiar ___; [2] Amigo ___; [3] Vizinho ___; [4] ONG ___; [5] MISAU ___; [6] INAS ___; [7] PMA ___; [98] Outra _____;

3.3. Essa assistência está relacionada com o seu estado de PVHS?

[1] Sim _____; [2] Não _____;

3.4. De que forma recebe a assistência Alimentar e Descreva a sua composição?

[1] Recebe Cesta Básica _____

[2] Apoio em Actividades Geradoras de Rendimento _____

[3] Ambas _____

[98] Outra _____

a) Cesta Básica:

[1] Arroz Corrente

[2] Farinha de milho

[3] Óleo Alimentar

[4] Açúcar

[5] Amendoim

[6] Feijão Manteiga

[7] Sal

[8] Peixe Seco

[9] Folhas Verde

[10] Fruta

[98] Outros _____;

b) AGR

[1] Criação de animais de pequena espécie

[2] Cultivo de hortofrutícolas

[3] Corte e costura

[4] Carpintaria, olaria

[5] Mecânica

[6] Máquinas para o Agro-processamento

[7] Actividades Comerciais

[98] Outra _____;

3.5. Acha que a ajuda que tem recebido contribui para o aumento do seu bem-estar?

[1] Sim _____; [2] Não _____;

3.6. Justifique a sua posição.

3.7. Qual é o destino que dá a cesta recebida?

[1] Consome todos os produtos _____; [2] Vende uma parte dos produtos _____;

[3] Transfere uma parte para outros familiares _____; [98] Outro _____;

3.8. Gostaria de tecer alguns comentários adicionais da cesta básica sobre:

[1] Apoio _____;

[2] A Composição da Cesta _____;

[3] Quantidade da Cesta _____;

[4] A Instituição que presta a assistência _____

_____;