HT-172

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

Tema: "*O HIVSIDA na Família e na Comunidade: Impacto e Estratégias de Resposta no Distrito de Magude*".

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciatura em História da Universidade Eduardo Mondlane.

Shadit Isaac Murargy

Maputo, 2005

HT-172

"O HIV/SIDA na Família e na Comunidade: Impacto e Estratégias de Resposta no Distrito de Magude".

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciatura em História da Universidade Eduardo Mondlane por Shadit Isaac Murargy

Departamento de História
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane

U.E.M. - F.L.C.S.
R. E. 30814
DATA 24 / 01 / 06
AQUISIÇÃO Oferta
COTA HT-172

Supervisor: *Professor Dr. Yussuf Adam, PhD*

Maputo, 2005

O Júri:			
O Presidente	O Supervisor	O Oponente	Data: 27 / 10 / 2005

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Salmá e Abdul,
irmãos Âmina e Momed
e a minha namorada Nádia,
por todo o apoio, incentivo e carinho.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a alcançar meus objectivos e a não fraquejar durante esta caminhada.

Ao meu supervisor e amigo Professor Dr. Yussuf Adam pelo incentivo, paciência e principalmente por ter acreditado em mim e no meu trabalho, sem o seu apoio dificilmente seria possível a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, Dra. Isabel, Delso, Benjamim, Glória, Avelino e demais, pelo companheirismo e principalmente pela *"a tese já está pronta? Quando defendes?"*.

As organizações a trabalhar no distrito de Magude que me apoiaram através dos seus activistas para a identificação e selecção da amostra bem como para a recolha de informação.

Em especial a todo o pessoal do distrito de Magude, o meu muito obrigado.

RESUMO

O impacto económico e social do HIV/SIDA nas famílias e comunidades no distrito de Magude e as respostas adoptadas por estas para a mitigação do mesmo é o objecto de estudo da presente dissertação de licenciatura. A evidência apresentada reflecte a situação da doença em seis dos catorze bairros da capital do distrito, a vila de Magude - sede, nomeadamente Maguiguana, Chocotiva, Ricatlane, Facazissa, Ungumbana e Mawandla.

O estudo decorreu num período de três meses, envolvendo 228 famílias - 114 famílias afectadas e 114 famílias não afectadas – 54 pessoas vivendo com HIV/SIDA e 14 líderes de opinião. Foram efectuados inquéritos as famílias e entrevistas as pessoas vivendo com HIV/SIDA e líderes de opinião.

As famílias afectadas canalizam grande parte dos seus rendimentos para custear as despesas com os tratamentos e funerais em detrimento de outras como às da alimentação. Esta opção pode contribuir para o agravamento do estado de saúde das pessoas vivendo com HIV/SIDA e dos outros membros da família.

A utilização de poupanças e o recurso à empréstimos são respostas frequentemente utilizadas para minimizar o défice orçamental na economia familiar. Estas respostas são a única alternativa que as famílias encontram para fazer face ao impacto sócio económico da doença. Esta opção poderá ter implicações desastrosas no futuro, conduzindo os agregados familiares afectados para um estado muito mais crítico de pobreza.

As respostas comunitárias para minimizar o impacto da pandemia surgem na maior parte das vezes sob a forma de iniciativas apoiadas por organizações de apoio ao desenvolvimento (nacionais e internacionais). Intervêm no apoio, instituições nacionais, estatais - governamentais e não governamentais (ONG´s) e outras agências internacionais de apoio ao desenvolvimento (bilaterais, multilaterais). São implementadas de acordo com três categorias: apoio, mitigação e cuidados.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA I

AGRADECIMENTOS II

RESUMO III

SUMÁRIO IV

LISTA DE ANEXOS VI

LISTA DE TABELAS VI

LISTA DE GRÁFICOS VII

ABREVIATURAS VIII

CAPITULO I : *WAXIMPUNGUANA* EM MAGUDE 1

I.1. INTRODUÇÃO 1

I.3. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA 4

I.4. EVOLUÇÃO DO HIV/SIDA NA PROVÍNCIA DE MAPUTO 7

I.5. EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO DO HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE 11

I.6. OBJECTO , OBJECTIVOS E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO 16

I.7. TEORIAS E CONCEITOS 18

I.7.1. Conceito de Família / Agregado Familiar *19*

I.7.2. Conceito de Comunidade *21*

I.7.3. Conceitos de Saúde Pública: Morbidez, Prevalência e Incidência *22*

I.7.4. Conceito de Estigma *23*

I.7.5. Conceito de Estratégia *23*

I.8. A DESESTRUTURAÇÃO PROVOCADA PELO SIDA; CONCEITOS E ESTRATÉGIAS 24

I.9. O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO 32

I.9.2. Universo de Estudo *36*

I.10. Estrutura do Trabalho *37*

CAPITULO II : IMPACTO E RESPOSTAS AO HIV/SIDA NO DISTRITO DE MAGUDE 39

II.1. IMPACTO DO HIV/SIDA NAS FAMÍLIAS DO DISTRITO DE MAGUDE 39

II.1.1. Composição e Dinâmica das Famílias *39*

II.1.2. Produção, Economia e Rendimento Familiar *45*

II.1.3. Consumo e Investimento *46*

II.2. RESPOSTAS ADOPTADAS PELAS FAMÍLIAS DE MAGUDE 47

II.2.1. Garantia e incremento da segurança alimentar *48*
II.2.2. Aumento ou expansão do rendimento de forma a manter os padrões de despesa familiar *49*
II.2.3. Respostas com vista ao alivio da redução e perda de mão de obra *52*
II.3. RESPOSTAS ADOPTADAS PELA COMUNIDADE PARA FAZER FACE AOS EFEITOS DO HIV/SIDA 53
III.3.1. Suporte, Mitigação e Cuidados *53*
III.3.2. Práticas Culturais *55*

CAPITULO III : DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **58**

III.1. INTRODUÇÃO 58
III.2. IMPACTO DO HIV/SIDA NO DISTRITO DE MAGUDE 58
III.2.1. Composição e Dinâmica das Famílias *58*
III.2.2. Produção, Economia e Rendimento Familiar *62*
III.3. RESPOSTAS ADOPTADAS AO IMPACTO DO HIV/SIDA NO DISTRITO DE MAGUDE 64
III.3.1. Garantia e Incremento da Segurança Alimentar *65*
III.3.2. Aumento ou Expansão do Rendimento *65*
III.3.3. Alivio da Redução e Perda de Mão de Obra *66*
III.4. RESPOSTAS ADOPTADAS PELA COMUNIDADE PARA FAZER FACE AOS EFEITOS DO HIV/SIDA 68
III.4.1. Suporte, Mitigação e Cuidados *69*
III.4.2. Práticas Culturais *70*

CAPITULO IV : CONCLUSÕES **72**

BIBLIOGRAFIA **74**

ANEXOS **84**

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Lista de organizações da sociedade civil a trabalhar em Magude Sede.....ix
Anexo 2: Ordenação / Ranking do impacto e respostas (ordem de importância).....xi
Anexo 3: Questionários para as famílias xii
Anexo 4: Questionários para pessoas vivendo com HIV/SIDA xv

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Casos de SIDA por sexo no Magude, 2003-2004.....3
Tabela 2: Prevalência por distrito na Província de Maputo, 2002.....8
Tabela 3: Casos de SIDA por faixa etária na Província de Maputo, 2003-2004.....9
Tabela 4: Casos de SIDA por sexo na Província de Maputo, 2003-2004.....10
Tabela 5: Categoria de transmissão do HIV na Província de Maputo, 2003-2004.....10
Tabela 6:Ordenamento dos Países com a maior taxa de Sero - Prevalência 12
Tabela 7: Taxas ponderadas de prevalência do HIV em Moçambique, 2004. 13
Tabela 8: Formula para calcular a taxa de incidência.....22
Tabela 9: Formula para calcular a taxa de prevalência.....23
Tabela 10: Estrutura de possíveis impactos económicos do HIV/SIDA na família 27
Tabela 11: Objectivos e estratégias de resposta adoptadas pelas famílias.....29
Tabela 12: Estratégias e Instituições e/ou Actividades como resposta comunitária.....31
Tabela 13: Características da Amostra 36
Tabela 14: Diferença de género na chefia das famílias em Magude 39
Tabela 15: Frequência de idades dos membros dos agregados familiares em Magude.....40
Tabela 16: Tamanho das famílias em Magude 40
Tabela 17: Número de pessoas existentes nas famílias provenientes de outras 41
Tabela 18: Número de crianças fora e dentro da escola em Magude 42
Tabela 19: Rendimento anual das famílias em Magude 45
Tabela 20: Despesas anuais de acordo em Magude.....46
Tabela 21: Solicitação de empréstimos em Magude.....47

Tabela 22: Comparação relativa a poupança em Magude 47
Tabela 23: Comparação do número de refeições tomadas diariamente em Magude..... 48
Tabela 24: Consumo de alimentos em Magude 49
Tabela 25: Empréstimos efectuados pelas famílias em Magude 50
Tabela 27: Frequência de bens vendidos em Magude 51
Tabela 28: Distribuição do apoio as famílias afectadas pelo HIV/SIDA em Magude 54
Tabela 29: Famílias que recebem apoio essencialmente comunitário em Magude 55
Tabela 30: Famílias beneficiárias em cerimónias fúnebres em Magude 56
Tabela 31: Quadro Comparativo do impacto do HIV/SIDA nas famílias 63
Tabela 32: Quadro Comparativo das respostas adoptadas pelas famílias ao impacto do HIV/SIDA 67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Casos de SIDA no distrito de Magude, 2001 - 2004 2
Gráfico 2: Evolução de casos de SIDA na Província de Maputo, 1998 - 2004 9
Gráfico 3: Novos casos de SIDA 1999 – 2010 em Moçambique 14
Gráfico 4: Óbitos acumulados devido ao SIDA, 1999 – 2010 em Moçambique 15
Gráfico 5: Órfãos maternos acumulados (0 – 7 anos), 1999 – 2010 em Moçambique..... 16
Gráfico 6: Venda de bens em Magude..... 51

ABREVIATURAS

AMODEFA	*Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família*
CNCS	*Conselho Nacional de Combate ao SIDA*
COV	*Crianças Órfãs e Vulneráveis*
GATV	*Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária*
DPS	*Direcção Provincial de Saúde*
GTM	*Grupo Técnico Multisectorial de Apoio a Luta Contra o HIV/SIDA*
INE	*Instituto Nacional de Estatística*
MISAU	*Ministério da Saúde*
ONG	*Organização Não Governamental*
OCB	*Organização Comunitária de Base*
PNC/DTS/SIDA	*Programa Nacional de Combate as DTS/SIDA*
PNUD	*Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*
PMA	*Programa Mundial de Alimentação*
PEN	*Plano Estratégico Nacional*
PS	*Postos Sentinela*
PVHS	*Pessoas Vivendo com HIV/SIDA*
SIDA	*Síndroma de Imunodeficiência Adquirida*
UNAIDS	*Programa das Nações Unidas para o SIDA (ONUSIDA)*
HIV	*Vírus de Imunodeficiência Humana*
OMS	*Organização Mundial da Saúde (WHO – world Health Organization)*
PMT	*Praticante de Medicina Tradicional*

CAPITULO I : *WAXIMPUNGUANA* EM MAGUDE

I.1. Introdução

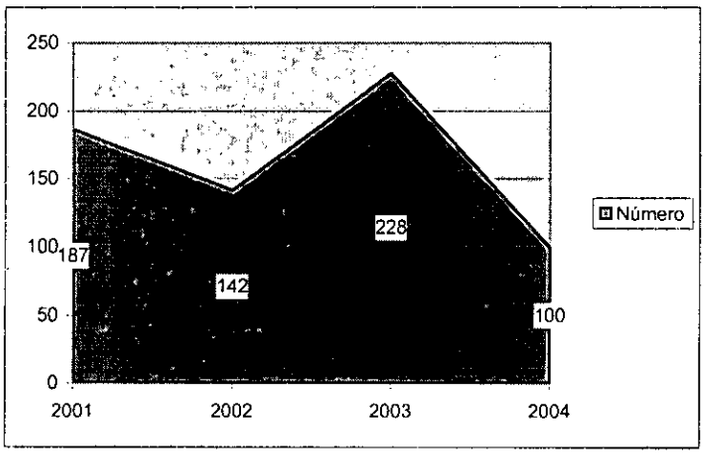
A designação corrente utilizada em 2005 pela população de Magude em xichangane para designar o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) /Síndroma de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é *waximponguana* que quer dizer literalmente o bichinho, o verme. Uma investigação mais aprofundada deste conceito indica uma percepção da doença como sendo causada por um insecto. Depois de 19 anos de campanhas de esclarecimento e de mobilização – o primeiro caso oficial de SIDA em Moçambique foi notificado em 1986 em Cabo Delgado - esta designação por si só indica o muito que ainda há por fazer para fazer compreender a verdadeira natureza da pandemia.

Os primeiros registo de casos de SIDA no distrito de Magude datam de 2001. Não temos informação sobre a ocorrência do HIV/SIDA antes dessa data. A notificação de casos de HIV/SIDA no distrito de Magude apresenta-se de forma bastante irregular. Não existem registos sobre casos notificados no distrito anteriores a 2001, segundo os serviços de saúde distritais. Os relatórios da Direcção Provincial de Saúde de Maputo também não apresentam estes dados, apenas valores agregados da província. O primeiro registo em 2001 indicava a existência de 187 casos para todo o distrito de Magude.

De 2001 para 2002 houve uma redução em cerca de 24% - 45 casos, subindo depois de 2002 a 2003 em cerca de 37% (86 casos) e voltando a reduzir de 2003 a 2004 em cerca de 56% - 128 casos (DPS, 2003:7). Esta irregularidade nos números deve-se essencialmente a erros e omissões nos registos realizados pelos serviços de saúde no

distrito, bem como a inexistência de um mecanismo de teste eficaz e fiável[1] (*vide gráfico 1*).

Gráfico 1: Casos de SIDA no distrito de Magude, 2001 - 2004



Fonte: DPS – Maputo (2004).

Os registos existentes em relação à categoria de transmissão, apontam a via heterossexual como o principal meio de transmissão do HIV. De referir que não existem notificações em relação as outras vias de contaminação (DPS, 2003: 15).

Em Magude, o género mais afectado é o feminino. Situação diferente em relação à tendência da província de Maputo. O número de mulheres infectadas com o vírus é superior ao número de homens também infectados. Este factor deve-se fundamentalmente ao facto de grande parte das famílias serem constituídas maioritariamente por mulheres. Para isto concorre o facto da grande maioria dos homens estarem a trabalhar fora, principalmente nas minas da África do Sul (*vide tabela 1*).

[1] O diagnóstico do HIV/SIDA no distrito era realizado até meados de 2004 através do critério de bangui (que baseia-se fundamentalmente na identificação de alguns sintomas manifestados em pessoas já com algumas infecções oportunistas, estado avançado da doença). Só a partir do segundo semestre de 2004, o distrito passou a contar com um serviço de GATV, no entanto os registos são efectuados apenas com base no sistema gerido pela Direcção Distrital de Saúde.

Tabela 1: Casos de SIDA por sexo no Magude, 2003-2004

Sexo	2003	2004	Total
Masculino	89	54	143
Feminino	139	46	185

Fonte: DPS – Maputo (2003/04).

Magude apresenta um caso em que o doente do SIDA difere do protótipo normalmente apresentado para o doente do SIDA: homens em idade reprodutiva, vivendo em lugares onde não estão as suas mulheres, com capacidade económica para praticarem actos sexuais pagos; para corredores de transporte e locais de concentração de prostitutas. Magude indica a outra face desta moeda. Nos locais de origem desses fluxos de migração masculina nota-se a presença do HIV. As famílias dos migrantes criam e exportam mão de obra e recebem a doença no seu próprio corpo. Antes enviavam os homens e recebiam os doentes e as suas doenças: de transmissão sexual, pneumonias, tuberculoses. A gora recebem o HIV/SIDA. (Epstein, 2002).

Diferentemente de outros países, principalmente europeus e asiáticos, como a Tailândia por exemplo, os primeiros vestígios da pandemia não foram encontrados no seio de homens homossexuais, mas sim de indivíduos heterossexuais, facto que pode-se dever em grande parte a exiguidade de informação sobre os casos resultantes de relações sexuais entre homens (Kongsin & Watts, 2000: 24).

Em Moçambique, a maior parte das transmissões do HIV ocorrem durante relações sexuais desprotegidas entre homens e mulheres. Muitas das restantes, cerca de 25 por cento, são de mãe para filho, durante a gravidez, o parto ou o aleitamento. A transmissão do HIV também ocorre durante o consumo de drogas injectáveis através da partilha de agulhas e seringas, presumindo-se no entanto que o nível de contaminação por esta via seja muito baixo. A transfusão de sangue contaminado não é uma via importante de transmissão do HIV em Moçambique. Ocorrem ainda riscos associados com práticas curativas dos praticantes de medicina tradicional envolvendo "vacinações" e ainda riscos associados com serviços informais de barbearia e cabeleireiro nas zonas urbanas, com uso

de instrumentos cortantes não esterilizados. Estes casos são, no entanto pouco documentados (Macuamule & Foreman, 2000: 3).

De acordo com a UNAIDS/WHO (2004:5), nos últimos 20 anos o HIV/SIDA tornou-se num fenómeno crescente a nível universal, existindo no mundo até finais de 2004 cerca de 39.4 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA, das quais, 17.6 milhões mulheres e 2.2 milhões crianças (abaixo de 15 anos), tendo ocorrido cerca de 3.1 milhões de mortes causadas pela doença. Mais de 33 milhões de pessoas vivem com o HIV/SIDA no mundo. 60% dessas pessoas vivem na África Subsahariana, onde a pobreza, desigualdade de género e a vulnerabilidade aos desastres naturais criaram um ambiente que agrava o impacto do HIV/SIDA.

I.3. Localização Geográfica

Magude com uma extensão de 6.960 Km² distribuídos por cinco postos administrativos: Magude Sede, Motaze, Mahele, Panjane e Mapulanguene se situam na província de Maputo, constituindo a região mais ao Norte da mesma e que por isso já fez parte da província de Gaza.

Os seus limites são: a Este, os distritos de Manhiça e Chokwé; a Oeste, limita com a África do Sul; a Norte, o distrito de Massingir e a Sul, encontra-se o distrito da Moamba (I.N.P.F, 1999: 18). O distrito liga-se com a capital do país maioritariamente através da EN n.º 1, através de uma estrada complementar com uma extensão de 25 Km´s que vai desde o "cruzamento de Xinavane" até à Vila - sede. Une-se ainda com a província de Gaza, ao Nordeste, através de uma estrada que passando pelo Posto Administrativo de Motaze vai até ao Chokwé, que é muito pouco utilizada. Este facto (o de não ser passagem ao Norte nem ao Oeste) é o que dá ao distrito de Magude, a característica especial de ser marginal. A concentração populacional verifica-se na sede do Distrito e ao longo da estrada para Xinavane.

I.3.1. História do Distrito de Magude

Segundo Junod (*cit.* em Adam *et al.*, 1999: 2), "*a referencia mais antiga que se conhece de Magude data do século XVIII*".

Para o missionário Suíço Jeanneret (1894-95: 128) que vivia na Missão de Antiokia em Magude em 1894 os "Ma-Khoca eram uma tribo que na altura dependia do rei zulu Goungounyane. Desde 1830 a Khossine foi devastada pelas sucessivas ondas do Mfecane". As razias zulus levaram à formação de um estado unitário na Khossine e a organização do mesmo para a luta contra os invasores ngunis.

Aquando das Campanhas de ocupação efectiva levadas a cabo pelo governo português Magude que estava sob controlo de Gungunyane passou para a administração directa do estado português (Adam *et al.*, 1999: 2).

Magude foi também cenário do fim da resistência do Estado de Gaza em 1897 quando o líder principal militar da revolta do *Hossy embuyisi*, Maguiguane Cossa foi morto na região de Mapulanguene. A Cossine foi sujeita a duas colonizações: primeiro a dos Ngunis e depois a dos portugueses. Os régulos e seus indunas em 1935 eram na sua maior parte descendente dos zulus (Botte, [SD]: p.206 *cit.* em Adam, 1999: 2).

Magude apresenta uma povoação multi - étnica que se foi fixando no território através de migrações, guerras e conquistas. Muitos dos originários de Magude se casaram com mulheres *Tshopi* compradas a preço baixo em 1895 na sequência dos ataques de Gaza contra os *Tshopis*. As populações que vivem na região entraram em inter - acção com Igrejas, Missões e com o estado colonial que acabou por integrar no seu sistema administrativo as unidades políticas preexistentes – os *Hossis* e os *Tikos* – transformando-os . Certos regulados que faziam parte de Magude em 1914 acabaram por ser incluídos no Distrito da Manhiça. O actual distrito de Magude não fez sempre parte da Província de Maputo tendo estado muitas vezes integrado na Província de Gaza (Gegenbach, 1997).

A distribuição da população no distrito de Magude durante muito tempo estava condicionada pelo que podemos designar a Lei Natural do Povoamento. A população ocupava o território de acordo com a disponibilidade de solos para a agricultura e de água. Este panorama foi alterado pelas guerras antes e logo depois do estabelecimento da administração colonial, pelo estabelecimento de plantações e farmas colonas e também por processos migratórios diversos, alguns forçados e outros voluntários. Os processos migratórios voluntários verificaram-se com a deslocação de mão de obra masculina sobretudo para as minas e outros locais de emprego na África do Sul.

A independência trouxe transformações neste sistema. As categorias existentes no sistema colonial e no sistema pré - colonial foram traduzidas pelas categorias administrativas da revolução. Assim, ao regulado que mantinha a sua delimitação passou-se a chamar círculo e ao grupo de povoações célula. Os chefes políticos deixaram de ser os anteriores e passaram a ser outros. A forma como foi feita esta transformação de régulos, e chefes para secretários e os indivíduos que se substituíram aos anteriores dependeu das dinâmicas políticas locais (Gegenbach, 1997).

A guerra entre 1984 e 1993 despovoou o distrito. A população migrou à força para a cidade de Maputo - sobretudo os que viviam na zona oriental do distrito e para a RSA, aqueles que viviam nas zonas do interior e ocidente do distrito. Uma parte da população manteve-se nas zonas controladas pela RENAMO sobretudo na fronteira com a RSA e no sul do distrito nas fronteiras com o distrito da Moamba (Adam *et al.* 1999: 4).

O retorno da população fez-se depois da Assinatura do AGP de 1992. Varias ONG´s internacionais e instituições das Nações Unidas apoiaram os processos de repatriamento da RSA e de retorno de Maputo. Investimentos vários foram realizados em escolas e hospitais, abertura de estradas e outro tipo de suporte aos regressados como alimentos, roupa, instrumentos, transporte etc. A distribuição da população acabou por criar um padrão de povoamento bastante característico: as zonas ocidentais do distrito estão praticamente despovoadas. Há uma concentração de pessoas em torno de Magude - sede e das outras localidades. O interior está despovoado (Gegenbach, 1997).

I.3.2. População

No censo de 1997 a população total do distrito de Magude foi registada em 43.382 pessoas, menos de metade dos 104.011 habitantes registados no censo de 1980. Magude – Sede possui um total de 33.847 habitantes distribuídos por 14 bairros (INPF: 1998:18). Nem todos os postos administrativos foram afectados da mesma forma pela mudança de população. Os postos mais afectados foram os de Mapulanguene, Mahele, Pandjane e Motaze. Magude - sede continuou a manter o mesmo número de pessoas entre 1980 e 1998. Estas mudanças demográficas devem-se sobretudo às fortes migrações forçadas que ocorreram no distrito devido à guerra e à seca. As localidades mais afectadas foram aquelas que estavam situadas nas proximidades da fronteira e nas quais existiam populações com ligações clânicas e étnicas de um lado e doutro da fronteira.

Existem na RSA, sobretudo nas zonas fronteiriças com Magude, cerca de 300 a 500 mil pessoas que são consideradas refugiados moçambicanos. Uma parte desta população inclui indivíduos que se refugiaram na África do Sul no início do século a quando da ocupação portuguesa.

A população de Magude encontra-se distribuída de uma forma pouco uniforme. Há uma maior concentração na sede do distrito e nas regiões ao longo do rio Incomáti e no limite oriental do distrito (Administração do Distrito de Magude, 2004).

I.4. Evolução do HIV/SIDA na Província de Maputo

A província de Maputo com a sua taxa de seropositividade na ordem dos 17,4% possui a nível nacional a terceira maior taxa de prevalência, ficando abaixo das províncias de Sofala e Manica na região Centro. Em termos regionais, a província de Maputo possui a maior taxa de prevalência da região Sul.

A elevada taxa de prevalência da província deve-se essencialmente ao facto de esta situar-se ao longo de um corredor e também por ser uma região fronteiriça, possuindo postos de trânsito de saída e entrada de pessoas e mercadorias (postos fronteiriços) com dois países com elevadas taxas, a Republica da África do Sul e a Swazilândia. Como exemplo concreto, os distritos com postos de fronteira, como é o caso de Namaacha, Moamba e Matutuíne são os que possuem as maiores taxas de sero – prevalência (*vide Tabela 2)*..

Tabela 2: Prevalência por distrito na Província de Maputo, 2002

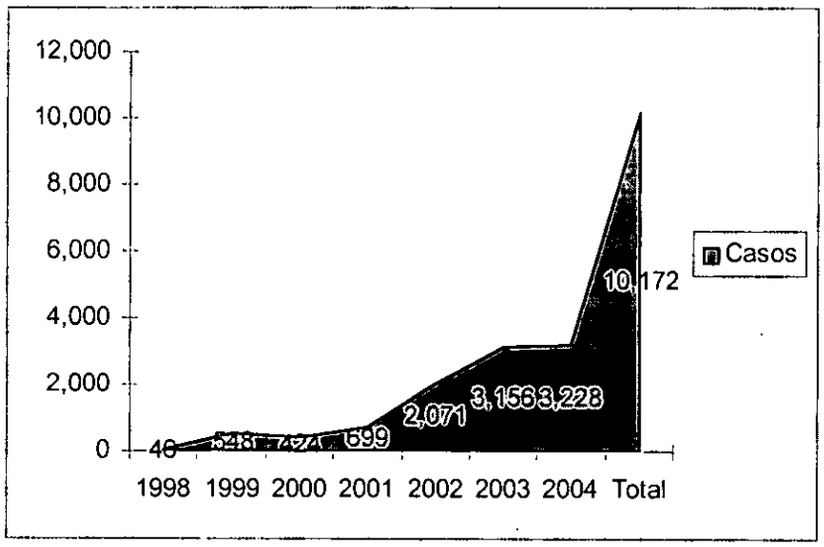
Distrito	Taxa de Prevalência
Magude	14.7%
Moamba	21%
Namaacha	21%
Matutuíne	21%
Boane	14.7%
Manhiça	14.7%
Marracuene	14.7%
Cidade da Matola	18%

Fonte: INE *et al.*, 2004: 4

O número de casos por ano tende a subir anualmente (por dia contraem o vírus cerca de 500 pessoas). Isto pode ter duas explicações. A primeira é que realmente o número de pessoas que contraem o vírus tende a aumentar. A segunda relaciona-se com o facto de verificar-se um melhoramento dos meios de diagnóstico aliado a introdução do pacote clínico em toda a província como também a realização de formações continuas ao pessoal de saúde, permitindo assim um diagnóstico clínico mais acertado (DPS, 2003: 7). O total cumulativo de casos notificados para o período 1998-2004 é de cerca de 10.172, com uma taxa de crescimento anual na ordem de aproximadamente 10% (*vide gráfico 2*).

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Gráfico 2: Evolução de casos de SIDA na Província de Maputo, 1998 - 2004



Fonte: DPS (2004)

A semelhança das restantes províncias do país, também na província de Maputo, a faixa etária mais afectada pela pandemia é a dos 25-29 anos com um total cumulativo de cerca de 1.137 (17.8%) casos referentes aos anos de 2003 e 2004[2] (*vide tabela 3).*

Tabela 3: Casos de SIDA por faixa etária na Província de Maputo, 2003-2004

Grupo Etário	2003	2004	Total	%
0 - 4 anos	140	111	251	3.9
5 - 9 anos	34	16	50	0.0
10 - 14 anos	13	24	37	0.0
15 - 19 anos	115	146	261	4.1
20 - 24 anos	477	475	952	14.9
25 - 29 anos	522	615	1,137	17.8
30 - 34 anos	546	586	1,132	17.7
35 - 39 anos	465	495	960	15.0
40 - 44 anos	356	364	720	11.3
45 - 49 anos	206	217	423	6.6
50 - 54 anos	143	90	233	3.6
55 - 59 anos	60	40	100	1.6
60 e mais anos	21	26	47	0.7

[2] Os registos segundo a faixa etária só começaram a ser efectuados, segundo a DPS – Maputo, a partir do ano de 2004.

Desconhecidos (não especificados)	58	23	81	1.3
Total cumulativo	**3,156**	**3,228**	**6,384**	**100.0**

Fonte: DPS (2004)

-Os homens são o género mais afectado com um total cumulativo de 3.429 casos notificados durante os anos de 2003/2004. Contudo a diferença entre estes e as mulheres não é muito elevada, aproximadamente 13% correspondentes a uma diferença de 447 casos. o total cumulativo durante os anos 2003/2004 em relação às mulheres é de 2.982 casos notificados (DPS, 2003: 7) (*vide tabela 4*).

Tabela 4: Casos de SIDA por sexo na Província de Maputo, 2003-2004

Sexo	2003	2004	Total
Masculino	1,632	1,797	3,429
Feminino	1,551	1,431	2,982

Fonte: DPS (2004)

As relações sexuais heterossexuais são as mais frequentes como causa da infecção, com um total cumulativo durante os anos de 2003/2004 de 771 casos notificados. Estes números podem ser ainda mais elevados, pois existem muitos casos desconhecidos ou não especificados, o que nos leva a crer que o sistema de registo é bastante deficitário (*vide tabela 5*).

Tabela 5: Categoria de transmissão do HIV na Província de Maputo, 2003-2004

Categoria de Transmissão	2003	2004	Total
Mãe p/ Filho	50	24	74
Uso de drogas injectáveis	14	38	52
Homossexual/bissexual	38	193	231
Sangue ou produtos de sangue	12	10	22
Heterossexual	532	239	771
Outra	106	177	283
Desconhecida/não especificada	557	304	861

Fonte: DPS (2004)

A disseminação do HIV/SIDA em Moçambique corre por um processo bastante rápido, onde em apenas cerca de 19 anos atingiu proporções gigantescas. As taxas de prevalência e incidência têm vindo a crescer significativamente, com maior foco na região Centro, seguida pela região Sul e por fim a região Norte. Os números referidos pelas estatísticas e sistemas de registo da saúde não são reais e apresentam grande disparidade em relação à situação no terreno.

I.5. Evolução e Situação do HIV/SIDA em Moçambique

A pandemia do SIDA era entendida em Moçambique como um problema de doença contagiosa sendo assim o seu combate de inteira responsabilidade dos serviços de saúde. Esta constatação foi feita na primeira fase da pandemia, isto quando o número de casos registados era ainda pequeno. A doença propagou-se a partir de 1992/4 muito rapidamente no seio dos grupos de "*alto risco*"[3], principalmente trabalhadoras de sexo (apesar de não haver dados concretos), militares, policias, trabalhadores emigrantes e jovens,. A partir de 1992/4, a prevalência começou a duplicar em cada dois anos. Nesta altura era ponto assente que a responsabilidade de prover cuidados médicos e tratamento bem como a investigação no sentido de se procurar uma cura para a doença cabia exclusivamente ao sector de saúde (PNCDTS/HIV/SIDA, 2001).

O período que vai de 1995 a 2000 pode ser considerado como a segunda vaga da infecção do HIV, quando as implicações negativas da discriminação e estigmatização das pessoas vivendo com o SIDA começam a tornar-se mais visíveis, no seio das famílias e comunidades. É nesta altura que começa também a surgir em Moçambique um enorme movimento de campanhas de informação sobre a doença, como por exemplo a promoção do uso consistente do preservativo e também o surgimento de vários serviços de aconselhamento e teste voluntária, não só sobre o SIDA mas também sobre outras doenças de transmissão sexual (Kongsin & Watts, 2000: 14).

[3] O PEN faz referência a Grupos de Alto Risco (Grupos Vulneráveis) como sendo: Estudantes e jovens fora da escola, motoristas de longo curso, mulheres "sem formação", mineiros e suas esposas, trabalhadoras de sexo e seus clientes, polícias, militares, portadores de DTS.

A terceira fase da propagação do SIDA inicia por volta de 2000 até a actualidade, quando a pandemia começa a atingir proporções alarmantes. O HIV/SIDA já não é mais considerado somente como um problema de saúde, mas também um problema social e de desenvolvimento. Novas estratégias são introduzidas para fortalecer e desenvolver o potencial dos indivíduos, famílias e comunidades para os habilitar a prevenirem-se da transmissão do HIV/SIDA e estimular o alívio do impacto sócio - económico negativo incutido pelo SIDA. Esta fase é caracterizada ainda por uma destruição dos principais alicerces da sociedade humana – a família, na qual encontramos um número cada vez maior de mulheres infectadas, mulheres viúvas cujos maridos pereceram vitimas da doença e ainda um número cada vez mais significativo de crianças órfãs e infectadas.

Moçambique situa-se numa região de países com as taxas mais elevadas do mundo de prevalência do HIV, como são os casos de Botswana, África do Sul e Zimbabwe. Na ordenação dos países mais afectados pela pandemia Moçambique encontra-se na nona posição (*vide tabela 6).*

Tabela 6: Ordenamento dos Países com a maior taxa de Sero - Prevalência

N°	PAÍS	Taxa de Prevalência
1°	Botswana	43%
2°	África do Sul	32.5%
3°	Lesotho	31.3%
4°	Malawi	30.4%
5°	Swazilândia	30.3%
6°	Zimbabwe	28%
7°	Zâmbia	27,1%
8°	Namíbia	22.7%
9°	Moçambique	16.2%
10°	Tanzânia	13.7 %

Fonte: Williams 2002:33.

De acordo com a USAID (2001:1), esta diferença em relação aos outros países vizinhos, deve-se essencialmente ao relativo isolamento económico e social provocado pela guerra civil que fustigou o país durante 16 anos, que de certa forma protegeu o país

da propagação da pandemia, que vinha atingindo já proporções significativas nos países vizinhos. Contudo é importante "*admitir que a taxa de Moçambique esteja sub - avaliada devido às lacunas nas estatísticas*" (Raimundo, 2004: 5).

O final da guerra civil em 1992, trouxe um aumento da vulnerabilidade ao HIV/SIDA, caracterizado pelo retorno dos refugiados e abertura de corredores de desenvolvimento para facilitar a circulação de pessoas e mercadorias entre os países da região, tendo como uma das consequências, o intenso e crescente comércio trans - fronteiriço.

Moçambique apresenta uma taxa nacional na ordem dos 16.2%, dividido da seguinte forma: em termos regionais, a região Centro é a que possui a maior taxa, cerca de 20.4%, seguida da região Sul com 18.1% e por fim a região Norte com a taxa mais baixa com 9.3%. Na região Sul, a província de Maputo e a Cidade de Maputo apresentam a maior taxa – 20.7%, seguidas das províncias de Gaza e Inhambane com 19.9% e 11.7% respectivamente. Em relação a região Norte a maior taxa verificada corresponde a província de Niassa com 11.1% (*vide tabela 7).*

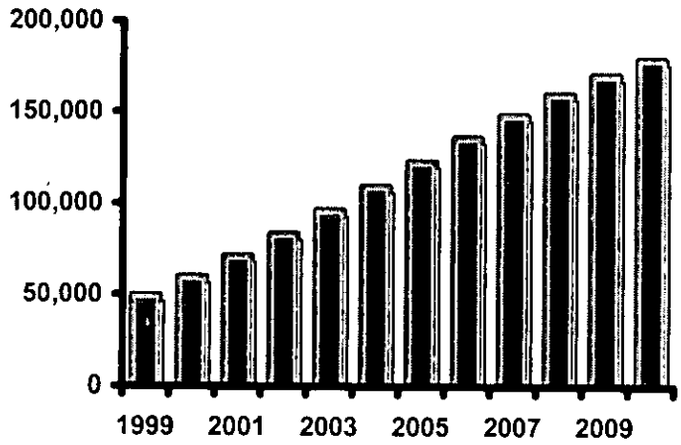
Tabela 7: Taxas ponderadas de prevalência do HIV em Moçambique, 2004.

Região	**Província**	**Taxas**	
		Provinciais	**Regionais**
SUL	Cidade de Maputo	20,7 %	**18.1 %**
	Maputo Província	20,7 %	
	Gaza	19.9 %	
	Inhambane	11.7 %	
CENTRO	Sofala	26.5 %	**20.4 %**
	Manica	19.7 %	
	Tete	16.6 %	
	Zambézia	18.4 %	
NORTE	Nampula	9.2 %	**9.3%**
	Niassa	11.1 %	
	Cabo Delgado	8.6 %	
PAÍS			**16.2 %**

Fonte: MISAU (2004).

Até finais de 1999 existiam no país mais de 1.389.000 casos cumulativos de HIV; aproximadamente 83.600 pessoas morreram em consequência do HIV/SIDA, dentre as quais 14.000 crianças. Em 2002 existiam já cerca de 83 mil novos casos de SIDA, tendo ocorrido neste ano aproximadamente 72 mil pessoas devido a doença. Em 2004, as estatísticas indicavam que a incidência do HIV nos adultos andava em cerca de 500 infecções diárias, ocorrendo, aproximadamente 40% destas novas infecções na região centro do país, 35% região norte e por fim 25% na região Sul. Portanto, caso não sejam implementadas medidas de prevenção nos anos subsequentes a pandemia irá tomar proporções gigantescas, com cerca de 135 mil novos casos em 2006 e 178 mil novos casos por ano até ao ano de 2010 (*vide gráfico 3)* (INE, 2004: 25).

Gráfico 3: Novos casos de SIDA 1999 – 2010 em Moçambique



Fonte: INE *et al. (2002)*

A região Centro possui os valores mais elevados, facto que se deve em grande parte a intensa mobilidade populacional ao longo do corredor que a liga aos países do interior, Zimbabwe, Malawi e Zâmbia com taxas de prevalência do HIV/SIDA muito elevadas. Contudo o problema pode ser ainda mais profundo e até ligado a outros motivos como os culturais em relação às atitudes e riscos de infecção (Raimundo, 2004:4).

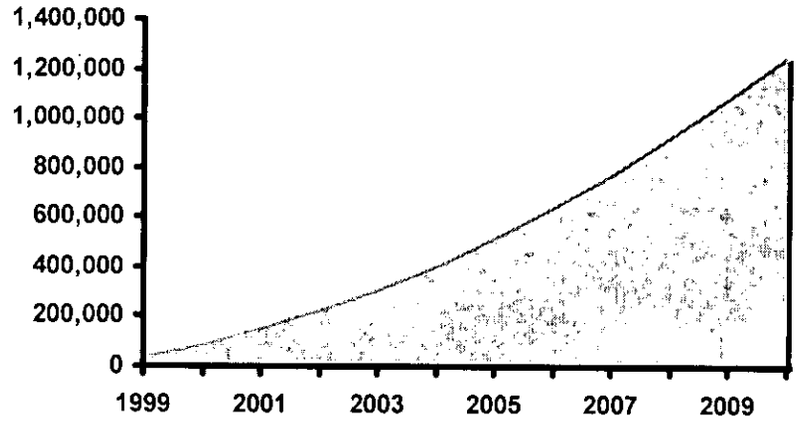
A análise do peso da doença (*burden of disease)* mostra que, de acordo com Cliff *et al.* (2003:10), no estudo realizado nas cidades de Maputo, Chimoio, Beira e Nampula, a

Malária, o SIDA e a Tuberculose, lideram as três primeiras causas de mortes registadas nas cidades atrás referidas, tendo contribuído cumulativamente para 49%, 46.9% e 40% respectivamente. Estes dados consideram-se extremamente críticos, para o caso do SIDA, se tivermos em conta o facto desta doença ser mais recente relativamente as outras duas. Estas percentagens, principalmente a relativa ao SIDA pode ser ainda mais elevada se tivermos em consideração que as mortes registadas como tendo sido causadas por tuberculose podem estar associadas ao SIDA.

No ano de 2004, cerca de 97 mil pessoas morreram devido ao SIDA em Moçambique. Cerca de 55% (correspondente a 53.5 mil mortes) dessas mortes ocorrerão na região Centro do país, ficando as outras regiões com 27% (26.5 mil mortes) e 17% (17 mil mortes), Sul e Norte respectivamente. O facto da região Centro ser a mais afectada, comparativamente às outras duas regiões, pode ser explicado por factores como o maior tamanho da população e o inicio mais cedo da pandemia.

Em apenas cinco anos, de 1999 a 2003, 300 mil pessoas morreram de SIDA. Nos próximos sete anos, o número de óbitos devido ao SIDA poderá triplicar (*vide gráfico 4).*

Gráfico 4: Óbitos acumulados devido ao SIDA, 1999 – 2010 em Moçambique

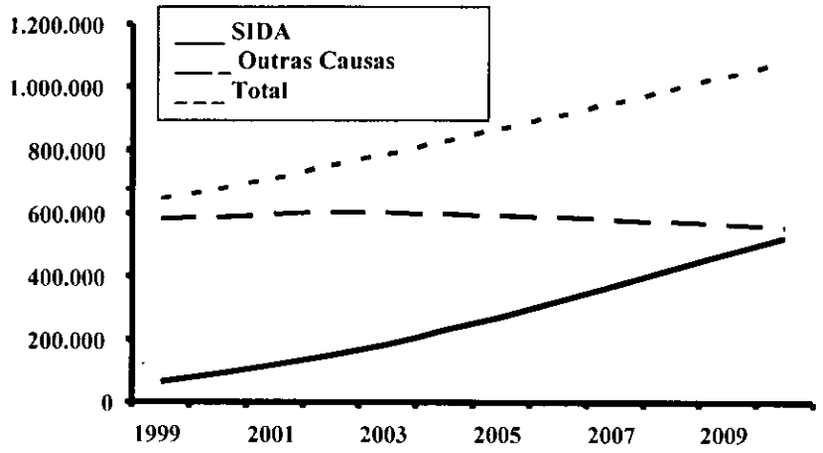


Fonte: INE *et al. (2002)*

A pandemia do SIDA em Moçambique produzirá mudanças dramáticas na estrutura da população. Sem a pandemia, o total da população em 2006 seria de 20.3 milhões de pessoas, mas este número vai se reduzir para 18.3 milhões por causa do SIDA. A esperança média de vida sem SIDA estava estimada em 47 anos para o ano de 2005. Mas com a doença, esta vai se reduzir a 35.7 anos (Cliff *et al.*, 2003: 10).

O número estimado de órfãos (257.000) duplicará nos próximos três anos, aumentando para quase 880.000 até ao ano de 2006 (*vide gráfico 5).*

Gráfico 5: Órfãos maternos acumulados (0 – 7 anos), 1999 – 2010 em Moçambique



Fonte: *Fonte:* INE *et al. (2002)*

I.6. Objecto , Objectivos e Importância do estudo

O impacto sócio - económico do HIV/SIDA nas famílias e comunidades do distrito de Magude e as respostas adoptadas por estas constitui o objecto da investigação realizada e da presente dissertação.

O objectivo a alcançar com o estudo é contribuir com a informação obtida e com a compreensão do fenómeno das respostas do HIV/SIDA nas famílias e na comunidade através da informação produzida com vista a alimentar um debate e uma procura de

soluções que permitam reforçar o combate contra o HIV/SIDA e aumentar a eficiência e eficácia das actividades desenvolvidas.

Para conseguir traçar uma imagem da situação considerou-se necessário estudar os seguintes aspectos:

- Contextualizar o HIV/SIDA ao nível da região, do país, província e distrito;
- Identificar e analisar o impacto do HIV/SIDA na comunidade rural, em particular na família rural;
- Identificar e analisar as respostas adoptadas pela comunidade e pela família para mitigar o impacto da doença;
- Avaliar a sustentabilidade das respostas adoptadas;
- Recomendar medidas possíveis para uma melhor intervenção de todos quadrantes da vida social, económica e política do país.

O estudo sobre o impacto do HIV/SIDA nas famílias e comunidade rural bem como as estratégias por estes adoptadas para a mitigação dos efeitos negativos do SIDA é uma área temática que ainda não foi explorada em termos de trabalho cientifico e académico, para o caso especifico de Moçambique e particularmente para o distrito de Magude. As pesquisas sobre o HIV/SIDA são conduzidas por um grande número de cientistas com filiações disciplinares diversas. O desafio abrange não só médicos, epidemiologistas, parasitólogos, especialistas sobre o vírus, mas também cientistas sociais, nas suas diversas abordagens.

O SIDA é uma pandemia. Os locais afectados pela doença foram também afectados ao longo da sua história por outras pandemias e situações de desastre. As respostas desenvolvidas pelas famílias e comunidades podem ajudar na compreensão do problema e na reformulação das estratégias adoptadas para a redução e mitigação do impacto da pandemia através de um registo sistemático e uma exploração da memória documental e oral.

A opção por esta área - HIV/SIDA - deve-se essencialmente a tentativa de juntar os aspectos de formação na Universidade Eduardo Mondlane com motivos profissionais, pois o proponente encontra-se a trabalhar nesta área e num órgão coordenador da resposta multisectorial do governo ao nível da Província de Maputo – Núcleo Provincial de Combate ao SIDA de Maputo. Outro motivo prende-se com o facto de o HIV/SIDA ser um problema actual de grandes dimensões que necessita de intervenções urgentes e pontuais, sendo um dos objectivos da presente tese contribuir para a compreensão desta problemática.

Quanto ao caso de estudo – Distrito de Magude, a opção cinge-se essencialmente a facilidade em termos de recolha de dados, devido a proximidade e à facilidade de comunicação em relação à cidade de Maputo e ainda como recomendação do Supervisor do proponente.

I.7. Teorias e Conceitos

O HIV/SIDA não é somente um problema de saúde é também um problema social e tem implicações catastróficas na vida social e económica das pessoas, famílias e comunidades. As perguntas pertinentes a colocar, neste contexto, pareceram-nos ser as seguintes: *Como é sentido o peso imposto pela pandemia do SIDA nas famílias e na comunidade? Até que ponto as respostas adoptadas por estas podem ser consideradas como estratégias e sustentáveis?*

As respostas hipotéticas ou as assumpções pareceram-nos ser as seguintes:

- As mulheres são o género que mais sofrem o peso imposto pela doença, devido ao facto de terem que cuidar das pessoas infectadas, e a sua fraca capacidade de poder de negociação;
- As respostas adoptadas surgem na sua maioria como involuntária e por imposição das circunstâncias;

- Muitas destas respostas constituem-se como sendo irreversíveis e com impactos nocivos num futuro a médio e longo prazo.

O HIV/SIDA não constitui objecto de estudo de uma única disciplina. O tema extravasa os limites de uma única, quaisquer que seja a disciplina científica. Trata-se de um terreno de investigação multidisciplinar. As abordagens de cada um dos especialistas levam inevitavelmente a utilizar conceitos que não são da sua área de especialização. Os conceitos não estão isentos de valores. Todos eles, qualquer que seja a intenção ou a percepção dos que os utilizam apresentam endogeneidade e heterogeneidade de valores.

Para permitir a comunicação entre os diferentes especialistas apresentamos a seguir uma definição operativa de cada um dos conceitos. Estas definições, mesmo que superficiais e reducionistas, ajudarão a aprofundar o debate quer conceptual quer sobre a sua aplicação no caso do nosso objecto de estudo. Pretendemos assim evitar que o estudo sobre as respostas comunitárias ao HIV/SIDA em Magude seja um campo fértil para "um diálogo de surdos", mas sim um incentivo para o aprofundamento da compreensão dos fenómenos em estudo.

I.7.1. Conceito de Família / Agregado Familiar

Os conceitos de família são vários. As definições mais lactas consideram a existência de laços de sangue entre os membros da família. No presente trabalho a família ou agregado familiar é considerada uma unidade económica e social.

Mutangadura & Webb (1999:22) definem a família como "*unidade económica que consiste num grupo de pessoas que vivem na mesma habitação, e que passam refeições em conjunto pelo menos entre 3 a 12 meses por ano*". Esta definição caracteriza a família apenas como uma unidade de consumo.

Uma outra definição de família é dada por Rugalema (1998:26) que a caracteriza como "*uma unidade que consiste ou de uma única pessoa, ou de um grupo de pessoas*

que vivem em conjunto; dependem de um rendimento comum, e com base nesse mesmo rendimento, traçam também em conjunto linhas estratégicas para atingirem determinados objectivos, principalmente de sobrevivência". Tendo em consideração as definições atrás referidas podemos sintetizar a definição de família e/ou agregados familiares no seguinte:

- As famílias são unidades económicas como o são também as instituições governamentais e/ou de negócios;
- As famílias fazem escolhas e tomam decisões em como alocar os seus recursos; que incluem o trabalho, a terra e o capital;
- As famílias como unidades de produção podem estar envolvidas na produção de vários bens e serviços ao nível da família. Estes bens e serviços incluem produtos agrícolas ou o fabrico de produtos bem como o fornecimento de serviços sob várias formas;
- As famílias como unidades de consumo podem usar os seus recursos (rendimento) na aquisição de bens e serviços necessários para a satisfação das suas necessidades.

Em suma o conceito de família neste estudo, não tem em conta aspectos antropológicos, que consideram basilar a ligação por uma relação de parentesco essencialmente consanguínea. A família ou agregado familiar é composto por pessoas que tenham ou não relações de consanguinidade ou de parentesco; que partilham a mesma casa, passam as refeições em conjunto, e que dependem economicamente uns dos outros.

Importa também fazer referência a distinção entre famílias afectadas e não afectadas. Deste modo, segundo Kongsin & Watts (2000:17) consideram-se famílias afectadas àquelas com um ou mais membros seropositivos vivos ou que tenham morrido recentemente vitimados pela doença e famílias não afectadas àquelas sem registos de ocorrências de doença e nem mortes relacionadas com o HIV/SIDA.

I.7.2. Conceito de Comunidade

A primeira apresentação sociológica do conceito de comunidade foi realizada por Tönnies, que a definia, a partir de uma perspectiva dialéctica, em oposição à sociedade. A base de sua argumentação é a contradição existente em cada indivíduo, que busca identificar-se com as pessoas ao seu redor através da adopção de pontos de referência comuns ao mesmo tempo em que procura estabelecer uma personalidade própria através de sua diferenciação. Assim, a comunidade seria o local da identidade colectiva, enquanto que a sociedade seria o local da personalidade individual. Esta proposição poderia ser colocada, de forma bastante reduzida, através do seguinte jogo de palavras: numa comunidade, os indivíduos estão unidos, apesar de tudo aquilo que os separa; numa sociedade, eles estão separados, a despeito de tudo aquilo que os une. Ainda segundo essa teoria, comunidade e sociedade seriam formas de associação que não se encontrariam isoladas na natureza: todo tipo de organização social teria aspectos de ambas as formas. Sua separação só seria possível no nível da acção individual. A partir daí, Tönnies estabelece uma série de manifestações típicas de cada estado de associação: na comunidade prevaleceria a cooperação, na sociedade a competição; na comunidade predominaria o sentimento, na sociedade a razão; na comunidade o espaço seria íntimo, na sociedade ele seria público; na comunidade as acções seriam espontâneas, na sociedade elas seriam calculadas (Tönnies, 1989:510).

O conceito de comunidade sofreu alterações. De maneira geral, o conceito foi despojado de sua perspectiva idealista e dual – comunidade o lugar do sentimento e da emoção e a sociedade da razão. Manteve-se no conceito a percepção de uma identidade compartilhada. Dito de forma mais breve, a comunidade, seria formada por pessoas que vivem num mesmo local geográfico e que estabelecem entre si relações de vizinhança.

No presente trabalho, o conceito de comunidade tem em conta dois aspectos fundamentais: a partilha de interesses comuns e geográficos. Esta perspectiva associa-se ao conceito de comunidade tal qual é percebido na área em estudo, isto é, na sede do distrito de Magude, uma vila relativamente urbanizada, onde para a população, comunidade corresponde na prática ao bairro no qual vivem os vizinhos e amigos. Nas

áreas rurais do distrito a comunidade corresponde aos antigos regulados que na legislação actualmente vigente em Moçambique são considerados autoridades comunitárias.

I.7.3. Conceitos de Saúde Pública: Morbidez, Prevalência e Incidência

A extensão da doença num determinado grupo populacional é normalmente conceptualizada através da utilização de conceitos popularizados pela epidemiologia e pela saúde pública. Segundo o GTM (2003:27) "*incidência e prevalência são conceitos de morbidez. O termo morbidez refere-se às enfermidades e doenças num grupo de população*". Algumas enfermidades, como por exemplo o HIV/SIDA podem ter consequências graves sobre a população, sobretudo nos seus parâmetros de propagação e mortalidade. Os dados sobre a frequência e distribuição de uma enfermidade podem ajudar a controlar a sua propagação e, em alguns casos, conduzir à identificação das causas da propagação.

A Taxa de Incidência ou simplesmente Incidência refere-se ao número de novas pessoas que contraem a infecção do HIV/SIDA durante um período de tempo determinado, geralmente um ano por 1.000 habitantes susceptíveis e obtém-se do seguinte modo:

Tabela 8: Formula para calcular a taxa de incidência

$$\frac{\text{Número de novas pessoas que contraem a infecção do HIV/SIDA durante um determinado tempo}}{\text{Total da população susceptíveis de contrair o HIV/SIDA (HIV negativos)}}$$

Fonte: GTM, 2005:28

A Taxa de Prevalência ou simplesmente Prevalência — refere-se ao número de pessoas infectadas pelo HIV num momento determinado por 1.000 habitantes. Esta taxa compreende todos os casos anteriormente existentes, assim como os novos casos que se apresentaram num período específico. A taxa de prevalência, de uma forma geral é medida das condições de Saúde de uma população. A prevalência obtém-se através da seguinte fórmula:

Tabela 9: Formula para calcular a taxa de prevalência

$$\frac{\text{Número de pessoas Infectadas (HIV positiva)}}{\text{População Total (HIV negativa + positiva)}}$$

Fonte: GTM, 2005:28

I.7.4. Conceito de Estigma

A discriminação e/ou os processos de marginalização dos doentes com HIV/SIDA têm sido conceptualizados como estigma. O estigma relacionado com o HIV/SIDA é uma resposta negativa real ou percebida para uma pessoa ou pessoas, por pessoas, comunidades ou sociedade. Ele é caracterizado por rejeição, recusa, descrédito, desconsideração, sub - valorização e distância social. Ele leva frequentemente à discriminação e à violação dos direitos humanos (Agency for Cooperation and Research Development, 2004: 9).

I.7.5. Conceito de Estratégia

As definições do conceito de estratégia são quase tão numerosas quanto os autores que as referem. Existindo, embora, convergência em alguns aspectos que estão na base do

conceito, o conteúdo e os processos de formação da estratégia são objecto de abordagens muito diversas que assentam na forma como os autores concebem a organização e entendem o seu funcionamento. Como afirma Hambrick (1983), a estratégia é um conceito multi-dimensional e situacional e isso dificulta uma definição de consenso. Neste contexto para Quinn (1988), estratégia é um modelo ou plano que integra os objectivos, as políticas e a sequência de acções num todo coerente.

Thietart (1984) define estratégia como um conjunto de decisões e acções relativas à escolha dos meios e à articulação de recursos com vista a atingir um objectivo. Um ponto de vista mais amplo do conceito é partilhado por outros autores, que consideram os objectivos inseparáveis da definição de políticas e das acções organizadas com vista a atingi-los. Neste sentido, estratégia é a determinação dos objectivos de longo prazo, das políticas e acções adequadas para os atingir e a correspondente afectação de recursos, isto é, estratégia compreende a definição dos objectivos e dos meios, segundo Chandler (1962); Learned, Christensen, Andrews e Guth (1965); Ansoff (1965); Katz (1970); Hax e Majluf (1988).

No presente trabalho o conceito de estratégia será usado como um conjunto de acções através de uma sequência de pensamentos e comportamentos de qualquer natureza que se adoptam para que se possa alcançar um determinado objectivo.

I.8. A Desestruturação Provocada pelo SIDA; Conceitos e Estratégias

Para desenvolver a investigação teórico - empírica do tema do presente trabalho de investigação faz-se necessário buscar elementos conceituais que venham contribuir para construção da base teórica do estudo. A discussão buscará focalizar conhecimentos sobre o impacto da pandemia do SIDA nas famílias e as respostas adoptadas pelas famílias e comunidades para a mitigação do mesmo.

O HIV/SIDA tem sido considerado um factor importante na desestruturação das famílias e das comunidades. De acordo com Barnett and Blaikie (1992), Drinkwater (1993), e

Bond (1993), o impacto do HIV/SIDA em África é descrito como um desastre de grande dimensão. Esta combinação vai gradualmente ter consequência no esgotamento dos recursos e mão de obra das famílias directamente afectadas pela doença e seus dependentes.

O HIV infecta o indivíduo, mas raramente um indivíduo vive isoladamente. A doença e a morte dos indivíduos afectam várias instituições as quais eles pertencem. A família é uma dessas instituições e possivelmente a mais afectada pela pandemia do HIV/SIDA. As características do vírus, a sua concentração em grupos específicos e particulares, os seus modos de transmissão e progressão, e o estigma associado ao HIV/SIDA podem seriamente afectar o bem estar de uma família (CHG, 2003:8).

Segundo Baier (1997:5) " *as consequências sociais e económicas da doença afectam directamente as famílias, principalmente as do meio rural. As despesas inerentes ao cuidado e tratamento dos membros doentes de uma determinada família são suportadas inteiramente pela família nuclear*".

Às despesas relacionadas com o cuidado e tratamento, que incluem também os custos com medicamentos e tratamento com métodos tradicionais, adicionam-se outras despesas como às de funeral que sobrecarregam significativamente o orçamento familiar. Algumas vezes estas despesas – as de funeral e das cerimónias que o acompanham - podem até ser mais elevadas que as despesas de tratamento. O facto de o HIV/SIDA ter como meio de transmissão principal a via sexual, muitas vezes encontra-se numa família mais de uma pessoa infectada. Como resultado deste padrão de transmissão da doença grande parte do orçamento ou mesmo todo, acumulado ao longo dos anos, é gasto, deixando os outros membros ainda vivos, sem meios de subsistência (Kongsin & Watts, 2000).

Outro aspecto importante referido por Baier e Kongsin & Watts (2000:17) é o facto de o HIV/SIDA ter um impacto maior e mais visível nas mulheres, principalmente das zonas rurais. Estas, já viúvas, acabam por ter que tomar conta da família, procurando para tal meios de subsistência. Estas viúvas que na sua grande maioria possuem crianças

dependentes do seu apoio e dos rendimentos que conseguem obter bem como de outros membros da família acabam por cair profundamente na pobreza como resultado da pressão sócio - económica imposta pela doença (redução da mão de obra, aumento das despesas, redução do rendimento, etc.).

O estigma motivado também pela sua condição de afectada e/ou infectada acaba por agravar ainda mais a sua situação afastando-as cada vez mais da comunidade à sua volta, como também, muitas vezes, do apoio da família alargada, apesar de esta muitas vezes acabar por surgir como uma solução para as crianças da família nuclear, que passam a ficar ao seu cuidado. Esta absorção das crianças órfãs das famílias afectadas em famílias de acolhimento e/ou substitutas não é um processo humanitário. Estas crianças nas famílias de acolhimento têm que trabalhar para o seu sustento e ajudar nas despesas da família acolhedora. A participação na produção de rendimentos acaba por ser a mais importante, o que faz com estas crianças sejam obrigadas a deixar outras actividades de lado, como é o caso da frequência escolar.

O efeito do HIV/SIDA nas famílias é devastador. As famílias directamente afectadas e infectadas pela pandemia conhecem uma redução substancial, entre os 40 e os 50% do seu rendimento. Esta perda ou redução é compensada muitas vezes através da utilização de poupanças, empréstimos e redução ou cortes no consumo de bens diversos.

As implicações sociais envolvem muitas vezes a dissolução total ou parcial das famílias. As crianças são enviadas para viver com outros parentes. Os homens e/ou algumas crianças mais velhas, ou de maior idade migram à procura de emprego e melhores condições de subsistência para poder suportar o encargo económico (Mutangadura *et al.*, 1999:5).

O estudo do impacto sócio – económico do HIV/SIDA nas famílias e comunidade é um tema já investigado, principalmente em relação a África Subsahariana e Ásia. Dos estudos realizados nestas regiões podemos destacar os efectuados no distrito de Kagera na Tanzânia realizado por Over (1995), no distrito de Rakai no Uganda efectuado por

Barnett *et al.* (1995), em dois subúrbios residenciais na cidade de Kafue na Zâmbia realizada pela SAFAIDS (1999), em quatro zonas rurais da República da África do Sul, nomeadamente Warmbaths, Giyani, Seshego, Tshakhuma/Venda, efectuado por Oni *et al.* (2001), e a investigação realizada por Kongsin & Watts (1999), na província de Chiangmai na Tailândia.

As pesquisas atrás mencionadas descrevem a erosão da base económica e social das famílias e das comunidades. O impacto do SIDA é agrupado em três grandes grupos de efeitos: (1) Composição e dinâmica das famílias; (2) Produção, economia e rendimento familiar e por fim (3) Consumo e investimento. A matriz apresentada na tabela 10 resume os resultados das diversas pesquisas quanto aos impactos da doença – possíveis ou potenciais já citadas. Considerando o impacto através destes níveis, as pesquisas atrás referidas apresentam em comum uma matriz – tipo de potenciais e impactos possíveis da doença ao nível das famílias ordenados sequencialmente ou por ordem de ocorrência (*vide tabela 10*).

Tabela 10: Estrutura de possíveis impactos económicos do HIV/SIDA na família

Categoria de Impacto	Impacto nas Famílias
(1) Composição e dinâmica das famílias	▪ Mortes; ▪ Dissolução ou reconstituição dos agregados e alteração dos papéis e responsabilidades dos membros: homens, mulheres e crianças; ▪ Migração forçada; ▪ Saúde precária dos membros sobreviventes; ▪ Estigma e discriminação; ▪ Surgimento de patologias depressivas, principalmente em crianças e desmoralização; ▪ Perda de direitos de herança;
(2) Produção, economia e rendimento familiar	▪ Realocação da terra e do trabalho; ▪ Redução da mão de obra;

	▪ Empobrecimento;
(3) Consumo e investimento	▪ Alteração nos tipos e valor do consumo e investimento; ▪ Utilização de poupanças para despesas de tratamento e de funeral; ▪ Maior solicitação de empréstimos;

Fontes: Over (1995); SAFAIDS (1999); Barnett *et al.* (1995); Kongsin & Watts (2000); Mutangadura *et al.* (1999).

O HIV/SIDA tem também um impacto nas comunidades, onde as famílias se encontram inseridas. O impacto do HIV/SIDA na comunidade toma diferentes formas tais como: perda de emprego; perda de pessoal qualificado, incluindo trabalhadores de saúde, professores, com o consequente impacto na qualidade de serviços prestados nas áreas respectivas; aumento da pobreza; aumento das necessidades, em termos de cuidados de saúde, e outros serviços sociais, incluindo escolas; aumento do número de óbitos; e, redução das capacidades para mobilizar recursos para ajuda mútua.

Os problemas que surgem ao nível da comunidade incluem ainda a necessidade de apoiar um número cada vez mais crescente de crianças órfãs e vulneráveis, redução da intervenção dos membros da comunidade em questões estruturais e em actividades relevantes para o seu bem estar e desenvolvimento, aumento de pessoas sem abrigo ou com condições habitacionais precárias e aumento do crime e prostituição. Em outras palavras a erosão e desestruturação das famílias acaba por erodir e desestruturar a coesão social. A pandemia vai forçar a formação de famílias extensas para absorver crianças órfãs e tomar conta de pessoas cronicamente doentes (Booysen & Bachmann, 2002: 23).

Os indivíduos e suas famílias, bem como as comunidades passam por um processo de experimentação e adaptação para fazer face às imediatas e longas alterações demográficas, sociais e económicas impostas pela pandemia. Este processo de experimentação é constituído por um número razoável de mecanismos de resposta desenvolvidos pelas famílias e/ou agregados familiares e que são adoptados

sequencialmente ou em estágios (Sauerborn *et al.*, 1996; Donahue, 1998; (*vide a tabela 2).*

As respostas adoptadas pelas famílias para enfrentar os efeitos do HIV/SIDA podem ser agrupadas em três grandes grupos, de acordo com a sequência das respostas: 1) Mecanismos reversíveis; 2) Disponibilização, venda ou alienação de bens produtivos e/ou rentáveis; 3) Privação e/ou pobreza. Estes três estágios resumem a trajectória das famílias afectadas pelo HIV/SIDA e mostram a erosão na estabilidade produtiva das famílias que começam por adoptar mecanismos reversíveis, isto é, a venda de bens de luxo ou dispensáveis. Numa segunda fase acabam sendo forçadas a tomar decisões que tornam cada vez mais precárias a sua base produtiva ou a sua capacidade de obter rendimentos ou de manter uma economia sustentável vendendo meios de produção e bens indispensáveis – charruas, gado de trabalho, terra, casas melhoradas. A terceira fase ou estágio é a queda na privação ou pobreza em que a família já não tem meios para garantir a seu auto - subsistência.

As famílias tentam reagir à espiral de deterioração dos seus modos de vida. Para Mutangadura *et al.* (1999) e Oni *et al.* (2001) as estratégias de resposta adoptadas pelas famílias podem ser resumidas em três tipos principais: 1) Estratégias com vista a garantia e incremento da segurança alimentar; 2) Aumento ou expansão do rendimento de forma a manter os padrões de despesa familiar; e, 3) Estratégias com vista ao alivio da redução e perda de mão de obra (*vide Tabela 11).*

Tabela 11: Objectivos e estratégias de resposta adoptadas pelas famílias

Objectivos	Estratégias
Garantia e expansão da segurança alimentar	• Substituição de alguns alimentos por outros menos dispendiosos; • Redução do consumo de certos alimentos como a carne; • Envio das para viver com outros parentes; • Pedido de esmola.

Aumento da economia e rendimento familiar	• Diversificação do rendimento; • Migração a procura de novas e melhores oportunidades de trabalho; • Venda de bens; • Utilização de poupanças.
Aliviar a perda de mão de obra	• Realocação laboral intra familiar; • Retirada das crianças da escola; • Acréscimo de horas extras no trabalho agrícola; • Redução da área de cultivo; • Apoio de familiares, amigos e vizinhos no trabalho agrícola e outras actividades.

Fonte: Mutangadura,1999:17; Oni *et al. 2001:25*

As estratégias de resposta frequentemente utilizada são aquelas que não requerem dinheiro para a sua implementação. Exemplos destas estratégias incluem a Realocação do trabalho no seio da família, a retirada das crianças da escola, a diversificação na produção dos produtos agrícolas e a redução da área de cultivo. Os resultados de outras pesquisas (Rugalema, 1998; SAFAIDS, 1999; Webb, 1992; Barnett and Blaikie, 1992), mostram uma sequencia das estratégias de respostas por ordem de importância, sendo as mais comuns as seguintes: 1) Diversificação do rendimento; 2) Redução do consumo de alimentos; 3) Utilização de poupanças e venda de bens, em particular, gado e bens considerados de luxo nas zonas rurais, como bicicletas e rádios.

As comunidades têm também desenvolvido um variado número de estratégias complexas e inovativas de modo a viverem e sobreviverem ao impacto pernicioso do HIV/SIDA. Em muitas regiões, em particular na África Subsahariana, a comunidade de forma espontânea juntou-se para prestar assistência e suporte as famílias e crianças afectadas pelo HIV/SIDA (Kadonya, 1998).

As estratégias de respostas adoptadas pela comunidade podem ser classificadas em dois grandes grupos de acordo com a iniciativa para a sua concepção e implementação: 1)

Estratégias identificadas e levadas a efeito pela própria comunidade e 2) Estratégias identificadas e idealizadas pela comunidade e implementadas por instituições externas a comunidade.

Neste sentido, para; Barnett & Blaikie, 1992; Sauerborn *et al.*, 1996 e Donahue, 1998, as formas mais predominantes de estratégias de resposta adoptadas pela comunidade podem ser sintetizadas de acordo com o objectivo a atingir em três grandes grupos, cada um deles com instituições e/ou actividades próprias: 1) Suporte e Mitigação; 2) Tratamento e Cuidados e 3) Práticas Culturais (*vide Tabela 12).*

Tabela 12: Estratégias e Instituições e/ou Actividades como resposta comunitária

Estratégias	Iniciativas / Actividades	Instituições
Suporte e mitigação	• Actividades de geração de rendimentos; • Apoio directo integrado às crianças órfãs e vulneráveis: alimentação, vestuário, educação; • Apoio nutricional as pessoas vivendo com HIV/SIDA.	• Grupos de suporte social; • Grupos de poupança e associações de crédito; • Grupos de ajuda mútua; • Organizações de base comunitária.
Tratamento e cuidado	• Cuidados domiciliares aos pacientes; • Apoio psico - social e espiritual as pessoas vivendo com SIDA e familiares; • Referências às unidades sanitárias	• Organizações de base comunitária; • Organizações nacionais; • Organizações internacionais.
Normas e práticas culturais	• Protecção dos direitos de herança e propriedade;	• Comunidade; • Organizações de

	• Redução do período de luto; • Alterações nas práticas tradicionais com risco de contaminação (ritos de iniciação, recorrência a práticas de medicina tradicional, etc.); • Trabalho voluntário.	base comunitária.

Fonte: Mutangadura *et al. (1999);* Barnett & Blaikie (1992); Sauerborn *et al. (1996)* e Donahue (1998)

1.9. O Processo de Investigação

A investigação do presente trabalho de dissertação seguiu essencialmente por um processo constituído por quatro fases: 1) Escolha do tema e área de estudo; 2) Preparação do projecto; 3) Recolha de informação; e 4) Tratamento e análise dos dados.

1ª Fase: Escolha do tema e área de estudo

O trabalho de pesquisa para a realização deste trabalho começou com a escolha do tema que, após diversas consultas e leituras, recaiu sobre o HIV/SIDA, em particular sobre o impacto nas famílias e comunidades e respostas adoptadas. Procedeu-se posteriormente a escolha do local de estudo. Magude foi o distrito seleccionado devido a facilidade relativa em termos de acesso a informação e proximidade em relação a cidade de Maputo.

De forma a particularizar ainda mais o espaço, escolheu-se a capital do distrito, vila – sede, pelo facto de já existir uma significativa informação de base, devido essencialmente a existência de algumas organizações a trabalhar no combate ao HIV/SIDA.

Com o objectivo de proporcionar um melhor enquadramento do trabalho de pesquisa e da proponente no local de estudo, realizou-se uma visita preliminar que se fundamentou essencialmente no reconhecimento do distrito e dos locais a serem

estudados. Esta visita serviu também para a apresentação dos objectivos e metodologia da pesquisa e da equipe de trabalho nas estruturas locais e ao grupo alvo, tendo sido realizado um encontro conjunto entre estas partes.

2ª Fase: Preparação do projecto

Esta fase fundamentou-se essencialmente na procura e selecção de obras relacionadas com o tema e do local de estudo, que serviram de base teórica para o projecto. Nesta fase destaca-se ainda definição dos objectivos, das hipóteses e da escolha das técnicas a serem utilizadas para se alcançar os objectivos previamente definidos.

3ª Fase: Recolha de informação

Os métodos utilizados para a recolha de informação basearam-se essencialmente na Consulta documental, Questionário, Entrevistas, Conversas informais, Observação participativa. A escolha destes métodos relaciona-se com aspectos meramente opcionais e de maior familiaridade com os mesmos.

Consulta documental

A pesquisa documental foi feita através de fontes escritas e orais. As fontes escritas consultadas foram: estatísticas demográficas, documentos publicados e não publicados, obras e artigos relacionados com o objecto de estudo e local de pesquisa. Foram ainda consultados artigos e obras sobre o mesmo tema na Internet. O principal recurso de informação utilizado foi a biblioteca virtual do Programa das Nações Unidas para o SIDA (UNAIDS) e a biblioteca do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), tendo-se usado basicamente obras referentes a estudos de caso de trabalhos realizados na Ásia (Tailândia e Índia, por exemplo) e em África (África do Sul, Tanzânia, Uganda, Botswana e Zâmbia). Foram também usadas publicações de outras agências como é o

caso do PNUD, Banco Mundial, PMA e WHO, Policy Project, relatórios da Direcção Provincial de Saúde de Maputo e informação estatística do INE.

Inquérito, entrevistas, conversas informais

Para a realização do inquérito foram elaborados questionários com perguntas fechadas e abertas[4] para os grupos interlocutores, isto é, famílias com ou sem membros seropositivos e as próprias pessoas vivendo com HIV/SIDA. Nas famílias, os questionários foram aplicados à somente um respondente, nomeadamente a pessoa responsável pela organização diária da família, incluindo a gestão das finanças familiares. Neste sentido foram inquiridas 228 famílias, sendo 114 famílias com pelo menos um membro seropositivo, 114 famílias sem nenhum membro seropositivo e 54 pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Nos questionários recolheram-se dados tendo como variáveis indicativas a qualidade de vida económica e social tanto das famílias afectadas como das não afectadas.

O inquérito foi realizado através de inquiridores seleccionados no distrito através das organizações com intervenções através de iniciativas de combate ao HIV/SIDA. Neste contexto foram seleccionados quatro inquiridores para cada um dos bairros onde a pesquisa teve lugar, totalizando 12. O facto de todos os inquiridores trabalharem como activistas de algumas organizações facilitou o processo, pois o trabalho de inquirição foi realizado durante as visitas de trabalho por estes efectuado.

---

[4] Questionários para as famílias – estruturados em: Composição e estrutura familiar com nove questões (oito fechadas e uma aberta); Educação (com apenas uma questão fechada); Saúde e cuidados (com cinco questões fechadas); Apoios (com três questões fechadas e uma aberta); e, Economia e rendimento familiar (com sete questões abertas).

Questionários para as pessoas vivendo com HIV/SIDA – estruturados em: Questões gerais (com sete questões fechadas e uma aberta); HIV/SIDA e discriminação (com duas questões abertas e seis fechadas); Apoio e impacto (com quatro questões fechadas e uma aberta); e, Saúde (com cinco questões fechadas e 1 aberta)

As entrevistas foram dirigidas essencialmente a indivíduos com algum prestígio na comunidade, ou seja, lideres de opinião (lideres comunitários, chefes das e praticantes de medicina tradicional). Foram entrevistadas 14 pessoas no total, sendo dois lideres comunitários, seis chefes de bairros e seis praticantes de medicina tradicional). Os temas discutidos durante as entrevistas semi - estruturadas versavam essencialmente sobre as mudanças verificadas na comunidade derivadas dos efeitos do HIV/SIDA, através de uma retrospectiva da vida social, económica e cultural da comunidade.

A história de passagens de vida permitiu recolher dados sobre proveniência das famílias, causas possíveis de contaminação das pessoas infectadas, o seu quotidiano, problemas principais e perspectivas de vida. Por último a observação directa permitiu descrever o local de pesquisa desde o tipo de habitação, condições de saneamento como também observar o comportamento das pessoas durante as entrevistas.

Observação participativa

A observação participativa foi também fundamental para uma melhor compreensão do problema através de um acompanhamento e vivência do dia a dia das famílias. Isto foi efectuado através da integração do investigador nas equipes de apoio domiciliar das organizações a trabalhar no terreno e com grupo alvo principal pessoas vivendo com HIV/SIDA e respectivas famílias.

4ª Fase: Tratamento e análise dos dados

A luz das teorias, as perguntas levantadas durante a pesquisa, traduzidas em variáveis, confrontadas com os dados recolhidos (quantitativos e qualitativos), e seguindo os objectivos do trabalho, foram sistematizados e analisados segundo os modelos propostos na bibliografia analisada, quer em relação ao impacto como também em relação as respostas adoptadas.

Os dados foram padronizados através da aplicação informática MS Excel (MS Office Versão 10) e do pacote estatístico SPSS (versão 11.0).

I.9.2. Universo de Estudo

A amostra seleccionada representa cerca de 3.6% (n=1.596/43.382) da população total do distrito; 4.7% (n=1.596/33.847) da população total da vila sede e 8.9% (n=1.596/17.860) da população total dos bairros em estudo. As famílias amostradas representam cerca de 2.3% (n=228/9.912) do número total de famílias existentes no distrito; aproximadamente 3% (n=228/7.813) do número total das famílias existentes nos 14 bairros da vila sede do distrito e cerca de 6% (n=228/4.088) do número total das famílias existentes nos bairros em estudo. A taxa de masculinidade no distrito é de 74.8%.

O perfil da amostra no presente trabalho surge como consequência directa do desenho da amostra, considerando que as famílias afectadas foram seleccionadas através das redes e organizações envolvidas em actividades de aconselhamento, cuidados e visitas domiciliárias e serviços públicos de saúde. Quanto as famílias não afectadas, estas foram seleccionadas com o apoio das estruturas locais e/ou comunitárias, como os chefes de bairros e líderes comunitários, tendo como critério principal, a escolha de famílias que convivem com as famílias afectadas em termos geográficos, em particular nos mesmos bairros. Deste modo a amostra pode ser caracterizada do seguinte modo:

Tabela 13: Características da Amostra

Indicadores	Número
Famílias afectadas	114
Famílias não afectadas	114
Famílias lideradas por homens	115
Famílias lideradas por mulheres	113
Total de homens adultos (18+ anos)	256
Total de mulheres adultas (18+ anos)	314
Total de crianças	1.026
Órfãos ao cuidado de outras famílias	22
Número total de pessoas nas famílias afectadas	750
Número total de pessoas nas famílias não afectadas	846

Número total de crianças órfãs	307
Mulheres vivendo com HIV/SIDA	43
Homens vivendo com HIV/SIDA	11
Número de famílias com registos de mortes por SIDA	60
Número total de mortes por SIDA nas famílias	80
Número de famílias com registos de mortes por outras causas num período não superior a 5 anos	95
Número de mortes por outras causas num período não superior a 5 anos	125

Fonte: Cálculos do autor

I.10. Estrutura do Trabalho

O desenvolvimento do presente trabalho é estruturado através de uma organização que busca essencialmente tentar uma melhor harmonia entre as várias questões tratadas no mesmo. A seguir é apresentada uma sinopse de cada um dos capítulos:

No capitulo um, faz-se uma introdução ao tema do presente trabalho de pesquisa, bem como do local que serviu para realizar o estudo de caso. Define-se o objecto e objectivos do trabalho e realça-se a relevância do mesmo. O enquadramento teórico aborda os conceitos referidos no texto de modo a proporcionar uma melhor compreensão e enquadramento. O referencial teórico procura dar uma base de sustentabilidade ao trabalho, procurando fazer uma revisão da bibliografia existente sobre o tema. Por fim ainda neste capitulo, são apresentadas as etapas que nortearam a realização do presente estudo.

No capitulo dois, são apresentados os resultados da pesquisa, tendo em consideração o impacto da pandemia nas famílias e as respostas adoptadas por estas e pela comunidade para a mitigação dos seus efeitos.

No capitulo três, os resultados apresentados no capitulo anterior são discutidos e analisados de acordo com a grelha apresentada na bibliografia consultada.

No capitulo quatro, efectua-se a conclusão da análise segundo os objectivos definidos e propostos no primeiro capitulo.

A listagem da bibliografia está organizada da seguinte forma: a) Monografias e colectâneas; b) Relatórios publicados; c) Relatórios e outros documentos não publicados; d) Teses e dissertações; e) Conferências, Congressos e outros encontros científicos; f) Artigos de publicação periódica; g) Internet.

CAPITULO II : IMPACTO E RESPOSTAS AO HIV/SIDA NO DISTRITO DE MAGUDE

II.1. Impacto do HIV/SIDA nas Famílias do Distrito de Magude

O impacto do HIV nas famílias do distrito de Magude é multi - dimensional. Há um impacto na composição e dinâmica, na economia e rendimento, no consumo e investimento das famílias. Para apresentar os resultados seguimos a grelha apresentada na Tabela 10, pagina 27.

As famílias não afectadas diferem das famílias afectadas quanto a: número de membros da família, média de idades dos membros, origem familiar; número de crianças, nível de escolaridade, riqueza etc. As famílias não afectadas apresentam valores mais altos para estes indicadores comparativamente às famílias afectadas.

II.1.1. Composição e Dinâmica das Famílias

Nas famílias afectadas há uma maior percentagem de famílias chefiadas por mulheres – 53.5% (n=61/114). Existe também um número relevante de famílias chefiadas por crianças - 2%. Nas famílias não afectadas, a percentagem de famílias chefiadas por homens é maior – 54.4% (n=62/114). *vide tabela 14).*

Tabela 14: Diferença de género na chefia das famílias em Magude

Famílias Afectadas				Famílias não Afectadas			
Famílias Lideradas por Mulheres	**%**	**Famílias Lideradas por Homens**	**%**	**Famílias Lideradas por Mulheres**	**%**	**Famílias Lideradas por Homens**	**%**
61	53.5	53	46.5	52	45.6	62	54.4

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

As famílias afectadas possuem uma maior percentagem de indivíduos com idades inferiores aos 17 anos e superiores aos 42 anos. Nas famílias não afectadas a frequência de idades dos membros das famílias encontram-se na sua maioria entre os indivíduos com idades entre os 18 aos 41 anos (*vide tabela15).*

Tabela 15: Frequência de idades dos membros dos agregados familiares em Magude

Famílias Afectadas								
0-5 anos	**6-11 anos**	**12-17 anos**	**18-23 anos**	**24-29 anos**	**30-35 anos**	**36-41 anos**	**42-47 anos**	**48+ anos**
5.3%	12.3%	15.8%	8.8%	6.1%	6.1%	12.3%	22.8%	10.5%
Famílias não Afectadas								
7.9%	7.9%	7%	14%	17.5%	21.9%	14.9%	4.4%	4.4%

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

As famílias com membros seropositivos (afectadas) são relativamente menores (em termos de número de membros) do que as famílias sem nenhum membro seropositivo (não afectadas). É frequente encontrar famílias afectadas com um máximo de cinco membros, enquanto que nas famílias não afectadas a maioria dos agregados tem entre seis a onze membros (*vide tabela 16*). A média de membros por família afectada é de quatro membros e das famílias não afectadas é de sete membros, o que mostra que as famílias não afectadas têm um maior número de membros.

Tabela 16: Tamanho das famílias em Magude

Famílias Afectadas					
1-5 p	**%**	**6-11 p**	**%**	**12+ p**	**%**
84	73.7	22	19.3	8	7
Famílias não Afectadas					
36	31.6	48	42.1	30	26.3

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

O número de pessoas provenientes de outros núcleos familiares é significativamente maior nas famílias não afectadas. 58.7% (n=67/114) das famílias afectadas tem ao seu cuidado muitas crianças contra os 35.08% (n=40/114) das famílias afectadas. O número de indivíduos adultos que fazem parte do agregado familiar provenientes de outros

agregados é maior nas famílias não afectadas do que nas famílias afectadas. 32.4% (n=37/114) das famílias não afectadas tem membros adultos vindos de fora contra os 26.3% das famílias afectadas (n=30/114) (*vide tabela 17).*

Tabela 17: Número de pessoas existentes nas famílias provenientes de outras [5]

Famílias Afectadas		
Categoria	**Número**	**%[6]**
Adultos	30	26.3
Crianças	40	35.08
Famílias não Afectadas		
Categoria	**Número**	**%**
Adultos	37	32.4
Crianças	67	58.7

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

O nível académico é também um importante indicador. Nas famílias afectadas cerca de 80% (n=43/54) dos membros seropositivos possuem um nível académico muito baixo. Destes 80%, cerca de 60% (n=25/43) possuem o nível primário completo e 35% (n=15/43) não chegaram se quer a frequentar os bancos de escola.

A dissolução de famílias motivadas pela doença encontra evidências nos dados recolhidos, onde 34.8% (n=15/43) das mulheres seropositivas entrevistadas afirmam que os seus parceiros se separaram delas devido a este facto e que muitos deles contraíram matrimónio ou passaram a viver maritalmente com outras mulheres. Existem também casos de homens viúvos cujas esposas pereceram vitimas da doença que voltaram a casar, correspondentes a 15% (n=8/53).

Aproximadamente 20% (n=10/54) das pessoas vivendo com HIV/SIDA inquiridas são solteiras, isto é, nunca contraíram matrimónio e nunca viveram maritalmente ou

[5] Importa salientar que os resultados foram divididos pelas seguintes categorias: irmãos, sobrinhos, cunhados, netos, órfãos e avós. Os dados apresentados nesta tabela referem-se a dados agrupados, obtidos através da soma das categorias, por exemplo da soma dos dados dos órfãos, netos e sobrinhos que foram agrupados na categoria de crianças.

[6] Percentagem em relação ao total de famílias amostradas.

estiveram envolvidas em nenhum tipo de relação de convivência comum. Cerca de 60% pessoas seropositivas (n=32/54) já estiveram casadas ou envolvidas em relações de convivência marital, mas na altura da realização do estudo encontravam-se sós por várias razões, sendo a morte e migração dos parceiros as mais referidas.

As crianças do sexo feminino são as mais afectadas pelo SIDA, sendo forçadas a abandonar a escola. O número de raparigas fora da escola nas famílias afectadas é elevado - 66% (n=192/291). O número de crianças fora da escola é superior nas famílias afectadas - 71% (n=291/411) em relação às não afectadas - 34% (n=209/615) (*(vide tabela 18).*

Tabela 18: Número de crianças fora e dentro da escola em Magude

Famílias Afectadas				**Famílias não Afectadas**		
Categoria	**Sexo**		**Total**	**Sexo**		**Total**
	M	**F**		**M**	**F**	
Crianças Fora da Escola	9	18	291	150	59	209
Crianças dentro da escola	6	5	120	225	181	406
Total	**15**	**23**	**411**	**15**	**11**	**615**

Fonte: Questionários – Agregados Familiares[7]

As migrações são também um importante indicador no quadro geral dos efeitos e consequências do HIV/SIDA nas famílias em Magude. Comparando as famílias afectadas e as não afectadas é notória a diferença existente entre estas. Apesar de os dois tipos de famílias possuírem registos relacionados com movimentos migratórios. Deste modo, cerca de 97% (n=110/114) das famílias afectadas reportaram migrações principalmente relacionadas com o trabalho nas minas da África do Sul. Nas famílias não afectadas os registos relativos a este aspecto aproximam-se aos 67% (n=76/114) do número total de famílias inquiridas.

[7] Aqui não se usou como amostra o número total de crianças, mas apenas seleccionou-se um grupo de controle de crianças, correspondentes a cerca de nove famílias para ambos os casos, famílias afectadas e não afectadas.

O número de famílias com registos de movimentos migratórios pós - doença também é significativo. Aproximadamente 30% (n=41/114) das famílias afectadas referiram-se a ocorrência destes casos. Ainda em relação a migração, 25% (n=20/80) dos casos de óbito reportados por SIDA ocorreram longe das famílias. Sendo que 50% (n=10/20) destes casos referem-se a mineiros a trabalhar nas minas da África do Sul.

Em Magude há algumas evidências de práticas discriminatórias caracterizadas na maior parte das vezes pela rejeição dos familiares em relação à pessoa infectada e também pela dificuldade de enquadramento de crianças órfãs e vulneráveis cujos pais pereceram vitimas de SIDA, em famílias próprias e substitutas.

Este caso foi reportado com maior foco no bairro de Maguiguana, onde existem pelo menos 22% (n=20/90) assistidas pelo Centro Comunitário Ninho de Esperança de Maguiguana (CECONEMA). As famílias contactadas para as acolher não as aceitam mesmo depois de o centro se ter predisposto a apoiar mensalmente com uma cesta básica. Isto acontece tanto em relação a famílias das próprias crianças como também em relação a famílias externas (fora do âmbito de famílias alargadas e nucleares). Para ilustrar esta situação podemos citar o seguinte trecho:

> *"Temos aqui muitas crianças cujos pais faleceram devido ao SIDA. As famílias não aceitam ficar com elas por medo de apanharem a doença. Algumas destas crianças são também seropositivas e chegaram aqui em condições muito más. Mas com o apoio nutricional que estamos a dar, conseguiram recuperar um pouco".*

Fonte: Entrevista do autor com Irmã Maria Gomez - CECONEMA, Magude 20/10/2004.

Cerca de 80% (n=43/54) das pessoas vivendo com HIV/SIDA afirmam terem sofrido algum tipo de discriminação ao nível social, isto é, o distanciamento e o medo das outras pessoas com elas se relacionarem. Quanto a discriminação laboral apenas 5% (n=3/54) das pessoas vivendo com HIV/SIDA inquiridas fizeram referência a esta prática, caracterizadas essencialmente no seu despedimento sem justa causa.

Pessoas vivendo com HIV/SIDA avaliam criticamente o atendimento que lhes é reservado nos serviços de saúde. 45% (n=24/54) das pessoas vivendo com o HIV/SIDA entrevistadas afirmam que têm sofrido alguma marginalização pelo pessoal de saúde afecto às unidades, que se caracteriza muitas vezes pelo não atendimento destes, recomendando que procurem recorrer aos serviços de saúde da cidade de Maputo, mesmo para o tratamento das infecções oportunistas. O seguinte trecho, parte transcrita de uma entrevista realizada pelo autor, ilustra esta situação:

> "*Estou doente há aproximadamente 1 ano e meio. Desde que comecei a ficar regularmente doente, mesmo antes de saber que tinha a doença de SIDA ia ao hospital aqui da vila, os enfermeiros, mesmo sem ter a certeza de quê eu padecia, pois ainda não tinha feito o teste, diziam que eu tinha SIDA e que não podiam me tratar, e só podia ir a Maputo – Josefina 28, anos, seropositiva*"

Fonte: Entrevistas do autor com Josefina, Magude 18/10/2004.

A par da discriminação podemos fazer referência a um outro factor que está relacionado a percepção e conhecimento sobre o HIV/SIDA. Aproximadamente 60% da população adulta da amostra (n=342/570) não possuem conhecimentos sobre conceitos básicos do HIV/SIDA, isto é, vias de transmissão, desenvolvimento da doença, tratamento e outros aspectos. Contudo todas as pessoas inquiridas já ouviram falar da doença e referem-se a ela como causa de comportamentos sexuais promíscuos e doença sem cura. As pessoas vivendo com HIV/SIDA inquiridas afirmaram terem tido conhecimentos um pouco mais profundos sobre a doença após conhecimento sobre o seu estado.

As mulheres e crianças são às que normalmente têm que providenciar cuidado às pessoas doentes e em estado avançado da doença. O número de horas por estas despendido ao cuidado dos doentes situa-se entre as quatro horas e oito horas, chegando até a terem que estar a tempo inteiro em alguns casos. Em Magude (nos bairros em estudo) cerca de 40% das pessoas que cuidam dos doentes são mulheres na faixa etária do 40 aos 60 anos. Os restantes 60% distribuem-se principalmente por crianças com 50% e jovens com 10%.

Este cuidado providenciado principalmente por crianças e mulheres envolve custos e oportunidades, isto é, aproximadamente 40% das pessoas que possuem doentes ao seu cuidado têm que tirar algum tempo de folga das suas actividades diárias, principalmente no trabalho, quer seja assalariado como também outras, por exemplo o trabalho na machamba, para a prestação deste cuidado. Em relação às crianças, estas acabam por ter que desistir da escola também com este objectivo.

II.1.2. Produção, Economia e Rendimento Familiar

A comparação entre as famílias afectadas e as não afectadas no que respeita a produção, economia e rendimento familiar mostra uma diferença acentuada no rendimento e nas prioridades em termos de despesas. O rendimento recebido pelas famílias afectadas é menor – cerca de 28%, em relação ao das famílias não afectadas (*vide tabela 19).*

Tabela 19: Rendimento anual das famílias em Magude

Tipo de Rendimento	Famílias Afectadas		Famílias não Afectadas	
	Frequência	Valor	Frequência	Valor
Agricultura e Pecuária	34	13,600,000	15	9,000,000
Outro rendimento – trabalho assalariado	60	30,000,000	79	79,000,000
Outro Rendimento (nem agricultura e nem trab. Assalariado)	20	14,000,000	20	14,000,000
Rendimento Agregado	**114**	**57,600,000**	**114**	**102,000,000**

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

As famílias afectadas têm maiores despesas e a ordem das prioridades é diferente em relação às famílias não afectadas. As despesas inerentes aos custos de saúde são maiores nas famílias afectadas em detrimento de outras despesas necessárias para a satisfação de necessidades básicas e fundamentais, como é o caso de alimentação, vestuário, higiene e

mesmo educação das crianças, facto que não ocorre nas famílias não afectadas onde as despesas relacionadas a satisfação às necessidades básicas são as mais importantes. Ainda no que diz respeito às despesas, importa também destacar a progressão dos custos inerentes as despesas funerárias, que tem uma percentagem (17.1%) significativa no quadro geral das despesas realizadas pelas famílias afectadas (*vide tabela 20).*

Tabela 20: Despesas anuais de acordo em Magude

Famílias Afectadas		**Famílias não Afectadas**
Categoria	**%**	**%**
Saúde	41.9	22.5
Alimentação	23.8	34.9
Vestuário	4.4	26.5
Higiene	2.7	3.8
Educação	5.5	6.0
Funerais	17.1	3.9
outros[8]	4.6	2.3

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

As famílias afectadas são mais pobres do que as famílias não afectadas. 45% (n=51/114) das famílias afectadas vivem em habitações precárias. Não possuem casas de alvenaria. As condições de saneamento básico são péssimas. Cerca de 15 por cento das famílias com habitação precária não possuem uma única latrina melhorada.

II.1.3. Consumo e Investimento

A diferença entre famílias afectadas e não afectadas quanto ao consumo e investimento é também notória tomando como indicadores os volumes ou valores da poupança e empréstimo.

Nas famílias afectadas nota-se um aumento dos empréstimos (cerca de 32.9%) e uma redução significativa nas poupanças (cerca de 29.3%) para fazer face ao declineo do

[8] Os outros custos referem-se a despesas como água, electricidade, transporte e outros custos.

rendimento e ao aumento das despesas, principalmente as de tratamento e cuidados (*vide tabela 21).*

Tabela 21: Solicitação de empréstimos em Magude

Tipo de empréstimos	Famílias Afectadas	Famílias não Afectadas
	%	%
Banco	29.8	32.5
Familiares	59.1	31.1
Outros	11.1	36.4
Total	100.0	100.0

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

Os empréstimos são solicitados pelas famílias afectadas, na maior parte das vezes, em primeiro lugar a familiares (59.1%), seguido dos empréstimos bancários com cerca de 29.8%. (Tabela 21) As poupanças são acumuladas através da participação em redes de reserva monetária como o *xitique*[9], sendo canalizado para este fim cerca de 51.5% do rendimento familiar. No entanto existem registos de outras formas como o banco com cerca de 35.3% (*vide tabela 22).*

Tabela 22: Comparação relativa a poupança em Magude

Tipo de Poupança	Famílias Afectadas	Famílias não Afectadas
	%	%
Banco	35.3	55.9
Seguros	0.0	0.0
Xitique	51.5	29.1
Outros	13.2	15.0

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

II.2. Respostas Adoptadas pelas Famílias de Magude

As respostas adoptadas pelas famílias para enfrentar os efeitos do HIV/SIDA no distrito de Magude tomam várias formas que podem ser agrupadas essencialmente em três

[9] Prática que consiste na associação de várias pessoas que mensalmente vão tirando um valor determinado, cabendo nesta mesma periodicidade o valor total a um dos membros de forma rotativa.

categorias: 1) Garantia e incremento da segurança alimentar; 2) Aumento ou expansão do rendimento de forma a manter os padrões de despesa familiar; e, 3) Alivio da redução e perda de mão de obra.

II.2.1. Garantia e incremento da segurança alimentar

Aproximadamente 90% das famílias afectadas tiveram uma redução drástica de pelo menos três refeições diárias para cerca de duas refeições (48%) e uma refeição para cerca de 40% das famílias (*vide tabela 23).*

Tabela 23: Comparação do número de refeições tomadas diariamente em Magude

Famílias Afectadas			Famílias não Afectadas	
Categoria	**N.º**	**%**	**N.º**	**%**
1 Refeição Diária	46	40.4	23	20
2 Refeições Diárias	55	48.2	40	35
3 Refeições Diárias	13	11.4	51	45
Total	**114**	**100**	**114**	**100**

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

Há uma redução do consumo e substituição de alguns alimentos mais dispendiosos por outros mais acessíveis. pode-se notar uma diferença significativa no consumo de produtos como a carne, ovos, arroz, feijão, etc., que começam a ser gradualmente substituídos por outros como as verduras, caso de folhas de mandioqueira, de abóbora, de feijão e outras e principalmente a batata doce de polpa alaranjada. O consumo do chá e do pão como únicos alimentos consumidos diariamente também é significativo nas famílias afectadas em comparação com as não afectadas (*vide tabela 24*).

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Tabela 24: Consumo de alimentos em Magude [10]

Famílias Afectadas			Famílias não Afectadas	
Categoria	**N.º**	**%**	**N.º**	**%**
Arroz	9	7.9	14	12.3
Feijão	7	6.1	11	9.6
Carne	10	8.8	14	12.3
Farinha	10	8.8	12	10.5
Verduras	17	14.9	16	14
Pão	25	21.9	17	14.9
Chá	18	15.8	14	12.3
Batata Doce de polpa alaranjada	18	15.8	16	14
Total	**114**	**100**	**114**	**100**

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

II.2.2. Aumento ou expansão do rendimento de forma a manter os padrões de despesa familiar

As respostas adoptadas pelas famílias com vista ao aumento e maximização do rendimento tomam a forma de empréstimos, diversificação das fontes de rendimento, migrações à procura de novas e melhores oportunidades de trabalho, empréstimos, venda de bens como o gado, por exemplo, e uso de poupanças.

As famílias afectadas pela pandemia recorrem mais a empréstimos em relação às famílias não afectadas. Os empréstimos efectuados entre famílias aproximam-se a cerca de 59% do volume total dos empréstimos (*vide tabela 25).*

[10] Esta análise baseou-se essencialmente na auscultação as famílias sobre que alimento consomem regularmente (numa base semanal), pediu – se aos entrevistados que escolhessem apenas 1 entre as várias opções apresentadas

Tabela 25: Empréstimos efectuados pelas famílias em Magude

Tipo de Empréstimos	Famílias Afectadas		Famílias não Afectadas	
	Valor	%	Valor	%
Banco	12,345,000	29.8	6,800,000	32.5
Familiares	24,500,000	59.1	6,500,000	31.1
Outros	4,600,000	11.1	7,600,000	36.4
Total	41,445,000	100.0	20,900,000	100.0

Fonte: Agregados familiares

Similar situação verifica-se no que diz respeito às poupanças onde cerca de 60% das famílias entrevistadas (afectadas) afirmaram ter usado o dinheiro que possuíam guardado para a realização de várias despesas, principalmente as de saúde.

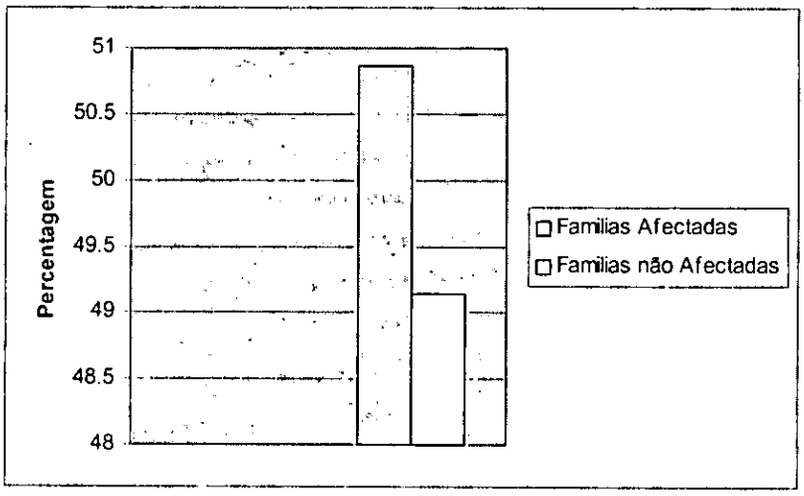
A venda de bens, como gado, principalmente bovino, terrenos e outros bens constitui-se também como uma resposta adoptada pelas famílias afectadas pela pandemia do HIV/SIDA no distrito de Magude.

> *A minha família tinha muitas cabeças de gado, acho que eram cerca de 20. mas com a doença do meu pai, fomos vendendo aos poucos, porque o tratamento é muito caro e muitas vezes ele tem que ir a Maputo para receber os medicamentos. Agora ficamos com só duas que são usadas na machamba para puxar a charrua.*

Fonte: Entrevista do autor com Jaime, Magude 19/10/2004

Mais de 50.5% (n=57/114) das famílias afectadas afirmaram terem vendido bens para custear as despesas impostas pela doença, principalmente médicas e de funerais (*vide gráfico 6).*

Gráfico 6: Venda de bens em Magude[11]



Fonte: Questionários – Agregados Familiares

Os bens mais vendidos para obter rendimento são, por ordem de importância, gado, meios de transporte (como carros, motorizadas, bicicletas, etc.) e bens imobiliários, principalmente casas e terrenos (*vide tabela 27).*

Tabela 26: Frequência de bens vendidos em Magude

Bens Vendidos	Número de Famílias	%
Meios de transporte	12	18%
Gado	45	69%
Imóveis	6	9%
Outros	2	3%

Fonte: Questionários - Agregados Familiares

A diversificação das fontes de rendimento, bem como o número de pessoas a trabalhar numa determinada família afectada constitui-se como uma importante resposta à crise criada pelo HIV/SIDA nas famílias. Esta situação verifica-se em pelo menos 10% das famílias afectadas inquiridas, nas quais as fontes de rendimento passaram a incluir a venda de carvão e lenha, fabrico e venda de esteiras, criação de animais de pequena espécie e com rendimento imediato, o caso dos frangos e outras.

[11] os bens aqui tratados referem-se ao gado, terrenos, meios de transporte e outros.

Em algumas famílias afectadas reportaram-se casos também em que as crianças eram compelidas pelos familiares a pedirem na rua e nos vizinhos, dinheiro e produtos como alimentos. Isto verificou-se em cerca de 6% das famílias (n=7/114). Como exemplo podemos citar o seguinte caso:

> *"Estou aqui na rua para tentar conseguir algum dinheiro para ajudar em casa. A minha mãe está doente e não tem condições de trabalhar. Eu sou o mais velho de 4 irmãos. Os meus irmãos estão em casa a cuidar da minha mãe – Carlitos, 16 anos"*

Fonte: Entrevista do autor com Carlitos, Magude 15/09/2004

II.2.3. Respostas com vista ao alivio da redução e perda de mão de obra

As famílias afectadas para aliviar a redução e perda de mão de obra usam os seguintes métodos: aumento de tempo de trabalho, substituição de culturas, redução da área cultivada, recurso a ajuda mútua e contratação de mão de obra assalariada (só pelas famílias afectadas com melhores condições sócio – económicas).

Nas famílias afectadas, cerca de 40% (n=45/114) referiram-se ao aumento de tempo de trabalho nos campos e à redução da área cultivada. Estas percentagens vão-se tornando menores quando se fala de ajuda mútua e/ou participação comunitária nos trabalhos da lavoura. Apenas cerca de 26.3% (n=29/114) das famílias afectadas fizeram referência a este tipo de apoio. O mesmo acontece em relação à contratação de mão de obra assalariada. Só 3% das famílias afectadas fizeram referência ao assalariamento de mão de obra como uma das formas usadas para minimizar a perda de mão de obra, principalmente no trabalho nas machambas.

A substituição de algumas culturas como o milho e feijão, por outras que requerem maior atenção foi também reportada. Aproximadamente 15% (n=17/114) das famílias afectadas referiram-se à produção de novas culturas como a batata doce de polpa alaranjada em substituição de outras.

A utilização da mão de obra de crianças é uma estratégia usada para compensar a redução de mão de obra, 90% (n=102/114) das famílias afectadas reportam esta prática Este factor assume um papel de destaque porque entra em contradição com a vida escolar das crianças. Contudo, nem todas as crianças que trabalham nas machambas em casa deixam de frequentar a escola. Só 29% (n=33/114) das famílias afectadas continuam a mandar as crianças para a escola. Estas realizam estas tarefas e/ou actividades nos tempos livres.

II.3. Respostas adoptadas pela comunidade para fazer face aos efeitos do HIV/SIDA

Nos bairros de Chocotiva, Maguiguana, Ricatlane, Facazissa, Ungumbana e Mawandla da vila sede do distrito de Magude, as respostas comunitárias assumem diversas formas: o cuidado prestado aos doentes no domicilio, o apoio às crianças órfãs e vulneráveis, a implementação de actividades geradoras de rendimentos em benefício das pessoas vivendo com HIV/SIDA e respectivas famílias através da canalização do rendimento em dinheiro e/ou bens e através do enquadramento das pessoas seropositivas e familiares nas mesmas.

III.3.1. Suporte, Mitigação e Cuidados

As iniciativas comunitárias de apoio às vítimas do SIDA tomam a forma de projectos suportados por organizações de base comunitária e organizações nacionais e internacionais que visam essencialmente a implementação de actividades de cuidado domiciliar e geração de renda como a criação de animais de pequena espécie (frangos por exemplo[12]), a produção de pão[13] através da construção de uma padaria com material local, corte e costura e outras, todas com apoio financeiro do Conselho Nacional de Combate ao

[12] Por exemplo o Centro Comunitário Ninho de Esperança de Maguiguana possui um aviário com capacidade de produção de 750 frangos.

[13] Projecto a ser levado a cabo pela Igreja Presbiteriana de Magude em Ungumbana

SIDA (CNCS) através do seu representante provincial, o Núcleo Provincial de Combate ao SIDA (*vide lista de organizações a trabalhar em Magude Sede, anexo 1).*

Vinte por cento das 114 famílias afectadas inquiridas encontram-se já enquadradas em actividades de geração de renda e quase 100% têm recebido algum apoio directo através de visitas e cuidados domiciliários (*vide tabela 28).*

Tabela 27: Distribuição do apoio as famílias afectadas pelo HIV/SIDA em Magude

Tipo de Apoio	% de Famílias
Alimentar, higiene e vestuário	80%
Apoio Psico - social	80%
Tratamento de infecções oportunistas	35%
Material escolar para as crianças	40%
Geração de renda	20%
Outros	15%
Total	

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

As actividades de geração de renda são implementadas pelas próprias organizações que as idealizam. As pessoas vivendo com HIV/SIDA beneficiam-se essencialmente através da compra de alguns produtos alimentares e de higiene que lhes são posteriormente ofertados. Outras pessoas seropositivas ou seus familiares são também enquadrados nestes projectos, trabalhando como assalariados.

Os projectos envolvem orçamentos com totais compreendidos entre os 20 - 120 milhões de meticais. Os projectos mais comuns envolvem a criação de frangos e a produção agrícola sob forma cooperativa. Estes projectos aparentam ser rentáveis, pois 60% (n=3/6) das organizações de base comunitária com actividades desta natureza, não voltaram a solicitar fundos para o incremento destas actividades, mas sim para outras. No entanto as actividades de geração de renda continuam a ser realizadas.

Os activistas da AMODEFA têm vindo regularmente visitar-me. Pelo menos duas vezes por semana. Procuram saber como me sinto e se tenho algum problema. Mensalmente recebo uma cesta básica com 4Kg de Arroz, 4Kg de Farinha, 1L de Óleo e 1Kg de Feijão. Já recebi também algumas roupas para mim e para os meus filhos. E eles também já receberam cadernos e canetas para escola.

Fonte: Entrevista do autor com Olga M., Magude 20/10/2004

Nos bairros em estudo (Chocotiva, Maguiguana, Ricatlane, Facazissa, Ungumbana e Mawandla) existem também evidências de apoio da comunidade às famílias afectadas através do trabalho colectivo em machambas. Cerca de 44% (n=50/114) das famílias afectadas confirmaram terem solicitado com alguma regularidade o apoio dos vizinhos e outros para lhes auxiliar na lavoura, no cuidado dos animais, na recolha e transporte de água, e na compra e transporte de alguns produtos (*vide tabela 29*). Estes trabalhos comunitários são coordenados principalmente pelos chefes das 10 famílias.

Tabela 28: Famílias que recebem apoio essencialmente comunitário em Magude

Tipo de apoio	N.º de Famílias	%
Trabalho na machambas	30	26.3%
Água	14	12.8%
Outro	5	4.3%

Fonte: Questionários – Agregados Familiares

III.3.2. Práticas Culturais

As práticas culturais em Magude sofreram algumas transformações devido ao impacto do HIV/SIDA.

Segundo os líderes ou fazedores de opinião entrevistados nos bairros da vila sede do distrito de Magude o período de luto pela morte de uma pessoa com SIDA na comunidade é significativamente menor em relação ao período de luto para uma morte não originada

pelo SIDA. O período de luto normal para adultos de sete dias é reduzido para dois ou três dias e o das crianças é reduzido de três para dois dias. Há uma fraca presença e participação de vizinhos, amigos e mesmo familiares nos funerais de pessoas vivendo com HIV/SIDA. Quando se fala em participação não se refere apenas a presença física, mas também à contribuição em dinheiro, produtos, etc. para as cerimónias (*vide tabela 30).*

O número de famílias afectadas com membros mortos devido ao SIDA apoiadas pela comunidade é menor do que o número de famílias que tiveram mortes por outras causas. Funerais de mortos por outras doenças recebem maior apoio da comunidade do que funerais de mortos por SIDA.

Tabela 29: Famílias beneficiárias em cerimónias fúnebres em Magude

nº de famílias com registos de mortes por SIDA			**nº de famílias com registos de mortes por outras causas**		
Apoiadas	**Total**	**%**	**Apoiadas**	**Total**	**%**
19	60	31.6	49	95	51.5%

Fonte: entrevistas do autor com fazedores de opinião. Datas e nomes

Os apoios dados às cerimónias fúnebres e de luto são os seguintes: produtos alimentares, algum dinheiro e apoio para a realização de certas tarefas durante o período de luto - confecção de alimentos, obtenção de água e cuidado das crianças.

Tradições e cerimónias praticadas pela comunidade foram transformadas como resposta da comunidade ao HIV/SIDA. Os ritos de iniciação, escarificação e purificação, como por exemplo a cerimónia de Kutchinga[14] foram modificados. Estas práticas já não conhecem a mesma dinâmica que existiam há 10 ou 15 anos. Os líderes de opinião

[14] Cerimónia na qual se "inaugura" a viúva mais velha na nova vida, oito dias após o enterro do falecido, ou traduzindo, a primeira relação sexual que a viúva terá com seu novo dono, um dos irmãos do morto, previamente definido pela família do homem.

entrevistados foram todos unânimes em afirmar que estas estão a cair no esquecimento ou desuso e que raramente ocorrem na sua comunidade.

A participação em assuntos comunitários (através das reuniões nos bairros) dos membros seropositivos assumidos e respectivos familiares é bastante reduzida, Apenas 26.3% (n=29/114) das famílias afectadas têm participado em alguns encontros.

A procura da medicina tradicional têm aumentado. Segundo os PMT's o número de pessoas que procuram os seus serviços é elevado e tem vindo a aumentar gradualmente. No entanto, não é fácil garantir que estes utentes sejam todos seropositivos, pois poucos são os que realizam o teste. Aproximadamente 15% (cada PMT atende mensalmente entre 20 a 30 pessoas) dos clientes dos praticantes de medicina tradicional entrevistados são pessoas com indícios de HIV/SIDA.

CAPITULO III : DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

III.1. Introdução

Os dados apresentados apesar de em algumas circunstâncias reflectirem aproximadamente o perfil sócio - económico da população geral, podem na maior parte das vezes diferir distintamente das características gerais da população do distrito e do país. Deste modo estes dados não podem ser generalizados a todo o distrito de Magude. Factores como a dispersão da população no interior e concentração em locais como a sede podem influir no impacto do HIV/SIDA e as respostas adoptadas.

Estabelecendo uma comparação entre as abordagens efectuadas pela bibliografia revista e os dados da investigação do presente trabalho, é possível verificar que as famílias e comunidades dos locais em estudo no distrito de Magude, apresentam características similares às de uma sociedade grandemente afectadas pela pandemia do SIDA.

III.2. Impacto do HIV/SIDA no Distrito de Magude

Os efeitos do SIDA mostram a existência de uma espiral descendente de crise na economia e estabilidade das famílias que motiva o surgimento de famílias extensas, e torna mais visível e acentuado o fosso entre ricos e pobres.

III.2.1. Composição e Dinâmica das Famílias

A existência de agregados familiares liderados por mulheres é considerada consequência do impacto do HIV nas famílias (Oni *et al.*, 2001). Contudo se tivermos em consideração que existem também famílias lideradas por mulheres nas famílias não afectadas podemos associar este aspecto a um outro factor relacionado com a economia

política do distrito caracterizada pela exportação de mão de obra para a África do Sul. Facto característico do distrito e que já existia antes do surgimento da doença (Gegenbach, 1997; Administração do Distrito de Magude, 2004).

O "fenómeno" de famílias lideradas por crianças surge, também, como uma das consequências directas do SIDA. Esta situação apesar de encontrar evidências numa percentagem reduzida das famílias amostradas, tende a subir gradualmente. Em face da morte de ambos progenitores, as crianças vêem-se na necessidade de assumir a sua responsabilidade, ficando a chefiá-la normalmente o irmão mais velho. Estas crianças preferem manter-se nesta situação em vez de procurarem enquadramento noutras famílias, pelo facto de na maior parte das vezes serem usadas como mão de obra nas famílias acolhedoras, trabalhando para o seu próprio sustento e ainda para o incremento do rendimento destas famílias (CHG, 2003; Oni *et al.*, 2001; Steinberg *et al.*, 2002).

A média de idades dos membros das famílias afectadas é menor do que dos membros das famílias não afectadas. A diferença existente em relação à média das idades dos membros das famílias afectadas e das não afectadas prende-se com o facto de a doença atingir maioritariamente indivíduos em idade mais produtiva e com maior mobilidade (Cohen *et al.*, 2000; Kongsin & Watts, 2000). Muitos destes indivíduos contraem o vírus quando se encontram a trabalhar longe das suas casas e só regressam a casa quando a doença começa a manifestar-se e, necessitam de uma maior atenção e cuidado dos familiares.

A redução do tamanho das famílias é causada pela mortalidade provocada pelo SIDA. Na maior parte das famílias morre mais do que uma pessoa. O adulto infectado traz a doença para casa e infecta a sua parceira. Normalmente num casal os dois membros estão infectados.

Se por um lado o HIV/SIDA provoca a redução do número de membros das famílias afectadas ou nalguns casos o desaparecimento do agregado por outro provoca o crescimento das famílias não afectadas que absorvem indivíduos, sobretudo crianças

dessas mesmas famílias. A entrada destes jovens em famílias acolhedoras tem duas consequências. Provoca o crescimento numérico do agregado e aumenta a pressão sobre os recursos económicos da família.

As famílias afectadas não crescem naturalmente: não há nascimentos. Não encontrámos registos de nascimentos em famílias afectadas dada a condição serológica dos progenitores. Verifica-se também a morte de crianças como resultado da falta de informação e ao acesso difícil aos programas de prevenção da transmissão vertical (mãe para filho).

As crianças são a par das mulheres as que mais sofrem o efeito do HIV/SIDA. O impacto da doença nas crianças é crítico e devastador. Há um crescente número de órfãos. Um elevado número de crianças são obrigadas a desistir da escola para ficarem a cuidar dos parentes doentes (CHG, 2003; Steinberg, 2002). Os familiares não possuem condições financeiras para suportar as despesas de educação. A pesquisa efectuada em Magude mostra que as crianças do género feminino são as que estão mais expostas aos efeitos da doença. Muitas crianças mulheres são empurradas para a prostituição ou para casamentos prematuros pelas parcas condições de sobrevivência e pela ausência de uma actividade ocupacional.

As migrações têm uma característica dual, isto é, podem ser simultaneamente causa e efeito do HIV/SIDA. Muitas análises têm realizado uma associação directa entre a mobilidade populacional e a propagação do HIV/SIDA. A mobilidade populacional que encontra o seu expoente máximo no trabalho migratório e na circulação de pessoas e bens pode ser um dos determinantes de propagação do HIV/SIDA. O trabalho migratório obriga a que os homens tenham que estar longe das suas famílias por períodos longos, o que os torna mais vulneráveis e susceptíveis a uma vida sexual menos controlada o que faz deles um vectores principais do vírus do HIV (Raimundo, 2004:10; Drimie, 2002; Topouzis & du Guerney, 1999; Epstein, 2002)[15].

[15] Não existem registos sobre o número de pessoas que morrem de SIDA longe das suas famílias em trabalho.

A mulher é vítima do SIDA também devido à distribuição desigual do poder entre homem e mulher no agregado familiar. Ela é quase sempre infectada pelo seu próprio marido. No entanto ela é sempre considerada a culpada, vitimizada e expulsa da família (Macuamule. & Foreman, 2000).

Esta vitimização das mulheres pode ser explicada pela desigualdade de acesso ao poder entre homens e mulheres. O poder de género é causa e consequência do HIV/SIDA. A relação de poder desigual, os valores e as formas baseadas no género aumentam a vulnerabilidade de mulheres e raparigas. O homem tem sempre o poder e as mulheres ficam sem capacidade de negociar ou de se oporem.

As consequências das desigualdades de género no tocante ao HIV/SIDA incluem um peso acrescido para as mulheres. Elas têm que prestar os cuidados aos doentes e tem menor acesso aos serviços e à informação. As mulheres sofrem um aumento de estigma e discriminação. As mulheres são muitas vezes culpadas de trazer o vírus do HIV para casa independentemente das circunstâncias reais. Como resultado, as mulheres são menos susceptíveis de receber os apoios e cuidados das suas próprias comunidades (ACORD, 2005; Macuamule & Foreman, 2000; Drimie, 2000).

O estigma e a discriminação vêm agravar ainda mais a situação. A discriminação relacionada com HIV/SIDA não se limita às pessoas infectadas, portadoras do vírus e doentes. Afecta também a sua família, amigos, colegas, enfim todos aqueles com os quais se relacionam. O estigma e a discriminação provêm do medo e da incompreensão. Muitas vezes, o medo e a incompreensão fazem parte de uma cultura e consequentemente são considerados socialmente aceitáveis. O estigma e a discriminação não são aceitáveis. Silenciam indivíduos e comunidades e levam a que as pessoas evitem fazer testes ou revelem o seu estado de seropositividade. Impedem que as pessoas façam perguntas importantes e obtenham boas respostas. Por causa disto, as pessoas não querem falar sobre sexo ou sobre o HIV/SIDA, o que significa que não estão a aprender como se devem proteger. Da mesma forma que continuam sem saber que as pessoas com

HIV/SIDA não representam qualquer ameaça à sociedade (Macuamule & Foreman, 2000).

O estigma e discriminação surgem também como resultado da ausência de conhecimentos profundos sobre a doença. Estes dois factores – o estigma e a discriminação podem estar associados ao padrão de mensagens difundidas pelos intervenientes no combate ao HIV/SIDA que, muitas vezes, não têm em consideração as peculiaridades dos grupos alvos. Muitas mensagens não são de fácil assimilação para a maioria da população.

O estigma e a discriminação não podem ser analisados num único sentido, ou seja, como consequência da actividade dos discriminadores. É preciso também aceitar que as próprias pessoas seropositivas se auto discriminam ao não "quebrarem o silêncio" e tornarem publico o seu estado serológico. Esta "saída do armário" poderia permitir um maior apoio de toda a sociedade através de iniciativas várias.

III.2.2. Produção, Economia e Rendimento Familiar

O impacto económico imposto às famílias e seus membros pelo HIV/SIDA é o mais visível e significativo. As famílias afectadas pelo HIV/SIDA sofrem uma quebra nos rendimentos monetários. O rendimento da família deixa de poder contar com a contribuição dos rendimentos que provinham dos indivíduos doentes ou mortos. A família deixa de poder contar com a contribuição do rendimento que provinha do trabalho de outros membros que têm de abdicar de trabalho remunerado para ficar a cuidar do seu ente doente. A redução dos rendimentos faz com que as famílias mudem o seu padrão de despesas. Alguns gastos, principalmente os da alimentação e higiene, são colocados em segundo plano, passando as despesas inerentes a saúde e funeral a um plano de destaque. Em face disto, a maior parte das famílias não encontram alternativa para manter ou aumentar os seus rendimentos ou fazer face às despesas senão recorrer a outras fontes como os empréstimos e a utilização de poupanças, deixando-as numa

situação ainda mais critica e de pobreza total (Ainsworth and Over, 1997; Cohen *et al.*, 2000).

O padrão do impacto do HIV/SIDA nas famílias afectadas em Magude não difere do padrão detectado pelos investigadores que trabalharam na Tanzânia, Zâmbia, África do Sul, Uganda e Tailândia. Há outras dimensões que foram constatadas nos outros estudos de caso - o aumento de doenças depressivas, perda de direitos de herança e de propriedade - sobre as quais não nos podemos pronunciar porque não recolhemos informação sobre o assunto porque não havia acesso a esta informação no distrito para avaliar os dados por nós recolhidos. Os dados que recolhemos – só sobre três ou quatro famílias - mostram que não houve nos casos estudados ou sobre os quais conseguimos recolher informação mudanças quanto a direitos de herança ou de propriedade. Os restantes inquiridos não prestaram informação sobre estas questões. As doenças depressivas não foram por mim estudadas (*vide Tabela 31).*

Tabela 30: Quadro Comparativo do impacto do HIV/SIDA nas famílias

Tipo de Impacto	Impacto nas Famílias (Zâmbia, Tanzânia, Uganda e RSA)	Impacto nas Famílias do Distrito de Magude
Composição e dinâmica das famílias	▪ Mortes; ▪ Dissolução ou restruturação dos agregados e alteração dos papéis e responsabilidades dos membros: homens, mulheres e crianças; ▪ Migração forçada; ▪ Saúde precária dos membros sobreviventes; ▪ Estigma e discriminação; ▪ Surgimento de patologias depressivas, principalmente em	▪ Mortes; ▪ Dissolução ou restruturação dos agregados e alteração dos papéis e responsabilidades dos membros: homens, mulheres e crianças; ▪ Migração forçada; ▪ Saúde precária dos membros sobreviventes; ▪ Estigma e discriminação; ➢ O surgimento de patologias

[16] Este aspecto foi referido apenas em bibliografia relacionada com os seguintes países: Zâmbia, Tanzânia e Uganda

	crianças e desmoralização; ▪ Perda de direitos de herança e propriedade[16];	depressivas e a perda de direitos de herança são indicadores que não foram investigados.
Produção, economia e rendimento familiar	▪ Realocação da terra e do trabalho; ▪ Redução da mão de obra; ▪ Empobrecimento;	▪ Realocação da terra e do trabalho; ▪ Redução da mão de obra; ▪ Empobrecimento;
Consumo e investimento	▪ Alteração nos tipos e valor do consumo e investimento; ▪ Utilização de poupanças para despesas de tratamento e de funeral; ▪ Maior solicitação de empréstimos.	▪ Alteração nos tipos e valor do consumo e investimento; ▪ Utilização de poupanças para despesas de tratamento e de funeral; ▪ Maior solicitação de empréstimos.

Fontes: Over (1995); SAFAIDS (1999); Barnett *et al.* (1995); Kongsin & Watts (2000); Mutangadura *et al.* (1999); Questionários e Entrevistas realizadas pelo autor no distrito de Magude.

III.3. Respostas Adoptadas ao Impacto do HIV/SIDA no Distrito de Magude

Os resultados da pesquisa mostram que as respostas aos impacto da pandemia do SIDA em Magude são diferentes das respostas aos impactos da pandemia noutros países tais como a Tanzânia, Uganda, África do Sul, Zâmbia, Tailândia, etc. principalmente em relação as respostas comunitárias. A conjuntura social, económica e cultural em que cada família se encontra enquadrada assume um papel relevante. Segundo alguns autores como Rugalema (1999) e Donahue *et al.* (2000) as famílias e indivíduos não agem de acordo com um plano ou estratégia pré – concebidos, mas sim por imposição e como única alternativa. Rugalema vai mais longe e afirma que as estratégias de resposta fazem mais sentido no contexto de cheias, fome, etc. e não no quadro do impacto do HIV/SIDA. Este aspecto pode encontrar suporte na "hesitação" da comunidade em "abraçar" de forma

determinante as pessoas vivendo com HIV/SIDA e familiares. A discriminação comunitária parece ser ainda bastante evidente.

III.3.1. Garantia e Incremento da Segurança Alimentar

A redução do número de refeições tomadas diariamente por uma família afectada é uma tentativa de reduzir as despesas de alimentação e de racionalizar os bens alimentares disponíveis (Ainsworth and Over, 1997; Cohen *et al.*, 2000). Esta medida a par da substituição de alimentos mais caros - carne, ovos, feijão - por outros mais acessíveis - verduras - tem um efeito negativo no bem estar dos membros das famílias, pois estes acabam por não seguirem uma dieta alimentar saudável, facto que vai ter a longo prazo efeitos negativos na sua saúde. Tornam-se muito frequentes às refeições com chá e pão.

III.3.2. Aumento ou Expansão do Rendimento

A migração é uma resposta utilizada pelas famílias para aumentar o seu rendimento económico. A migração passa assim de possível determinante da propagação do vírus de HIV à uma consequência da pandemia. A migração como consequência do SIDA é diferente das migrações à procura de trabalho. No contexto do SIDA o resto da família afectada migra em conjunto. As pessoas pertencentes a uma determinada família afectada buscam melhores condições de vida noutras regiões (Drimie, 2002; Topouzis & du Guerney, 1999). Contudo raros são os casos em que estas pessoas após se terem estabelecido noutras regiões mantêm um contacto regular com as respectivas famílias. Muitas, também, não enviam nenhum tipo de remessa - material, financeira - aos seus familiares. O objectivo principal da saída do distrito de origem parece ser uma tentativa para "esquecer" o problema, buscando assim um alívio psicológico.

As famílias afectadas têm uma maior necessidade de diversificar e aumentar as fontes de rendimento como forma de manter os padrões da despesa familiar. Deste modo, verifica-se, numa primeira fase, que há um maior número de pessoas pertencentes à família a trabalhar, incluindo crianças, e numa segunda instância, um número variado de

actividades para ganhar dinheiro, incluindo o pedido de esmola na rua (Booysen & Bachmann, 2002; Mutangadura *et al.*, 1999).

A utilização de poupanças, a recorrência a empréstimos com taxas de juro altíssimas e a venda de bens, são também medidas tomadas com vista a minimizar a quebra no. rendimento familiar. Contudo estas medidas ao invés de melhorar a situação da família acabam por torná-la ainda mais difícil, O dinheiro proveniente destas iniciativas não é investido em actividades com vista a geração de mais rendimento. É usado para o pagamento de despesas pontuais de saúde e do funeral. As famílias que não possuem esta habilidade, ou seja, não conseguem encontrar alternativas que visam uma melhor gestão da "coisa familiar" são particularmente mais vulneráveis à pandemia. A prevalência da pobreza conduz a um ciclo vicioso, em que a contaminação pelo HIV é um aspecto a se considerar. A venda de sexo surge como única alternativa e as "trabalhadoras do sexo" são crianças do sexo feminino (Oni *et al., 2001;* Booysen & Bachmann, 2002).

III.3.3. Alivio da Redução e Perda de Mão de Obra

A retirada das crianças da escola é uma resposta para minimizar a perda da mão de obra nas machambas; uma forma de proporcionar um melhor cuidado aos membros doentes da família e, ainda de minimizar as despesas relacionadas com a sua educação (Mutangadura *et al.*, 1999; Steinberg *et al.*, 2002).

Esta medida deixa as crianças sem nenhuma expectativa de futuro promissor e vai torná-las ainda mais vulneráveis à contaminação do HIV como atrás se referiu. Ainda em relação à produção agrícola aparecem outras medidas para enfrentar o HIV/SIDA: a redução da área de cultivo e a substituição de culturas que requeiram uma maior atenção por outras que não requeiram tanto cuidado. Fazendo uma análise um pouco mais profunda pode-se afirmar que são substituídas as culturas de rendimento pelas de consumo familiar, o que vai ter implicações também no rendimento familiar, pois não existirão reservas familiares em dinheiro e o investimento deixará de ser uma prioridade para as iniciativas familiares.

As respostas adoptadas pelas famílias para a mitigação do impacto do HIV/SIDA seguem o mesmo padrão das respostas apresentadas na revisão bibliográfica como se pode verificar na tabela seguinte (*Tabela 32*).

Tabela 31: Quadro Comparativo das respostas adoptadas pelas famílias ao impacto do HIV/SIDA

Estratégias	Impacto nas Famílias (Zâmbia, Tanzânia, Uganda e RSA)	Respostas Adoptadas pelas Famílias do Distrito de Magude
Estratégias com vista ao garante e incremento da segurança alimentar	▪ Substituição de alguns alimentos por outros menos dispendiosos quer em relação a produção como também em relação a compra; ▪ Redução do consumo de certos alimentos; ▪ Envio das crianças para viver com outros parentes; ▪ Esmola.	▪ Substituição de alguns alimentos por outros menos dispendiosos quer em relação a produção como também em relação a compra; ▪ Redução do consumo de certos alimentos; ▪ Envio das crianças para viver com outros parentes; ▪ Esmola.
Estratégia com vista ao incremento do rendimento de forma a garantir o suporte dos padrões de despesa familiar	▪ Diversificação do rendimento; ▪ Migração a procura de novas e melhores oportunidades de trabalho; ▪ Venda de bens; ▪ Utilização de poupanças ou investimentos.	▪ Diversificação do rendimento; ▪ Migração a procura de novas e melhores oportunidades de trabalho; ▪ Venda de bens; ▪ Utilização de poupanças ou investimentos.

Estratégias com vista ao alivio da redução e perda de mão de obra	▪ Realocação do trabalho dentro da família; ▪ Retiro das crianças da escola; ▪ Acréscimo de horas extras no trabalho agrícola; ▪ Decréscimo da área de cultivo; ▪ Apoio de familiares, amigos e vizinhos no trabalho agrícola e outras actividades; ▪ Diversificação das fontes de rendimento	▪ Realocação do trabalho dentro da família; ▪ Retiro das crianças da escola; ▪ Acréscimo de horas extras no trabalho agrícola; ▪ Decréscimo da área de cultivo; ▪ Apoio de familiares, amigos e vizinhos no trabalho agrícola e outras actividades; ▪ Diversificação das fontes de rendimento

Fonte: Mutangadura,1999:17; Oni *et al.* 2001:25; Questionários e Entrevistas realizadas pelo autor no distrito de Magude.

III.4. Respostas Adoptadas pela Comunidade para Fazer Face aos Efeitos do HIV/SIDA

As respostas adoptadas pela comunidade para fazer face ao SIDA são difíceis de analisar. As respostas comunitárias são consideradas tão mais efectivas quanto mais a sua iniciativa seja proveniente da comunidade. È muito difícil no caso de Magude identificar nas respostas da comunidade o grau de responsabilidade da comunidade na tomada de decisão para iniciar qualquer actividade. As respostas da comunidade surgem intermediadas, na maior parte das vezes, por pequenas organizações comunitárias e ainda por grandes organizações nacionais e internacionais, o que torna difícil perceber se são iniciativas de carácter comunitário ou não (Mutangadura *et al.*, 1999).

III.4.1. Suporte, Mitigação e Cuidados

Grande parte das organizações a trabalhar no distrito que tem como grupo alvo as PVHS, como é o caso da AMODEFA, tem como actividades as visitas e cuidados domiciliários. Estas actividades incluem o tratamento de algumas infecções do doente no seu domicilio, a lavagem do doente para os casos extremos em que este por si só já não é capaz e incluí também o apoio directo em alimentação[17], apoio e/ou aconselhamento psico - social, fornecimento de produtos de higiene, vestuário e material escolar para as crianças. Estas actividades são na maior parte das vezes realizadas em coordenação com o governo local e com a comunidade que auxiliam na identificação dos doentes e respectivas famílias. Muitos membros da comunidade passam a trabalhar nestas organizações como activistas o que facilita o seu trabalho, porque os doentes e famílias já os conhecem, pois pertencem na maior parte das vezes à mesma.

Estas organizações fazem ainda a identificação de COV´s e o seu encaminhamento para os serviços de atendimento em coordenação com a instituição de tutela no distrito, a Direcção Distrital da Mulher e Coordenação da Acção Social. Estas COV´s são muitas vezes enquadradas em Centros Comunitários (em Magude temos o caso do CECONEMA[18]) e mesmo em famílias substitutas. Estas recebem das diferentes organizações apoios: produtos de primeira necessidade (produtos alimentares – arroz, farinha, óleo, açúcar, sal, feijão e amendoim) numa primeira fase e, numa segunda fase, meios para implementar actividades de geração de renda (corte e costura, criação de frangos, cabritos e coelhos, machamba e outras). Pretende-se com estes apoios garantir a sustentabilidade regular das famílias e do seu apoio aos COV´s.

As iniciativas e/ou projectos na maior parte das vezes servem para garantir a sustentabilidade das próprias organizações que as implementam. O apoio canalizado às PVHS, que deveria ser regular, acaba muitas vezes por não chegar aos beneficiários.

---

[17] Cestas básicas com produtos alimentares seguem normalmente a dieta para a pessoa seropositiva definida pelo MISAU

[18] Centro Comunitário Ninho de Esperança de Maguiguana – com cerca de 90 COV´s que se beneficiam de apoio alimentar, vestuário e escolar – com financiamento do CNCS

Nos outros estudos referidos na revisão bibliográfica identificam-se respostas verdadeiramente comunitárias isto é, as iniciativas surgem da comunidade ela própria sem a intervenção de quaisquer instituições externas a ela. São criadas instituições locais tais como grupos sociais, associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA, grupos de poupança e de crédito (*vide tabela 12, pag. 31).*

As respostas comunitárias em Magude relacionadas com a mitigação dos efeitos do HIV/SIDA mostram que a comunidade no distrito não passou por um estágio na qual a mobilização intra - comunitária seria a essência, pois iniciativas como o trabalho voluntário nas machambas, apoio na reabilitação de habitação das famílias afectadas, a criação de grupos de apoio social, etc. Estas deveriam surgir por iniciativa da comunidade que as deveria implementar numa primeira fase contando com as suas "próprias forças". Este tipo de actividades não são práticas correntes e/ou existem poucos registos destas situações. Torna-se difícil ajuizar se iniciativas apresentadas ou classificadas como sendo da comunidade são legitimamente comunitárias ou não.

III.4.2. Práticas Culturais

As alterações nas normas e práticas culturais motivadas pela doença estão relacionadas com motivos económicos e com medidas preventivas para a redução do risco de contaminação com o vírus do HIV. Algumas destas alterações surgem mesmo como comportamento de discriminação da própria comunidade em relação ao indivíduo seropositivo e seus familiares e denota ainda uma grande falta de conhecimento em relação à doença, essencialmente sobre as suas formas de contaminação e transmissão (ver o caso dos enterros, funerais, períodos de luto, apoio às famílias). A pessoa vivendo com HIV/SIDA em discriminada duas vezes: em vida e depois de morta.

As alterações verificadas na comunidade podem não ser causadas pela existência da doença. Mas podem surgir da própria dinâmica da comunidade – basicamente por factores económicos.

Nalguns casos práticas que podem propagar a infecção foram transformadas – tudo que envolva cortes no corpo é tratado com maior cuidado. As actividades ligadas com os funerais e luto foram também modificadas – redução do tempo de luto. Mas estas modificações não significam uma diminuição da discriminação e um apoio maior aos indivíduos e famílias atingidas pelo SIDA. Podem significar a continuação e extensão da discriminação. A procura de formas de cura e de tratamentos através da Medicina Tradicional têm aumentado porque as pessoas acreditam que a doença é causada por práticas de bruxaria e deve ser tratada por meios diferentes dos métodos da medicina moderna.

Alguns aspectos relacionados com práticas culturais necessitam de uma análise mais profunda e de mais investigação. Estes estudos devem olhar para a modificação ao longo do tempo dos conceitos de doença; para as relações de género e para as manifestações culturais – lutos, enterros, funerais, práticas de medicina tradicional – antes e depois da ocorrência de pandemias.

CAPITULO IV : CONCLUSÕES

No decurso deste trabalho foram expostas informações relevantes para a consecução da pesquisa, e, portanto, acredita-se que apontamos possíveis respostas para a pergunta da pesquisa e objectivos específicos.

O aumento da morbidez e mortalidade tem um impacto directo e pesado no bem estar dos indivíduos, famílias e comunidades vivendo na capital do distrito de Magude. A Pandemia afecta o acesso a educação e serviços de saúde, bem como a satisfação de necessidades básicas como a alimentação, higiene, vestuário e outras.

O número crescente de famílias lideradas por mulheres (de forma geral) tem implicações relevantes para o desenho e implementação de estratégias de mitigação, pois as mulheres tendem a serem mais vulneráveis devido a sua pobreza e fraco poder de negociação e, devido a sua relativa inferioridade em relação aos homens motivada por determinantes culturais.

Algumas respostas têm surtido efeitos positivos, como é o caso da diversificação das fontes de rendimento; enquadramento das famílias em redes de poupança como o *xitique* e a adopção de novas culturas como a produção da batata doce de polpa alaranjada, encontrada no distrito de Magude, que é altamente nutritivo e não necessita de grandes cuidados em relação ao seu cultivo. Outras no entanto para além de surgirem como imposição e se constituírem em causa e efeito do HIV/SIDA, surgem também como agravantes da situação de pobreza, pois tornam a situação da família em todos os níveis ainda mais difíceis.

Respostas adoptadas pelas famílias, como a retirada das crianças da escola, a venda de bens como meios de transporte, gado, terras, etc. são irreversíveis e tem consequências devastadoras a médio e longo prazo, contudo dada a inexistência de outras alternativas, estas são constituem-se como única saída.

As respostas familiares não se constituem na sua maioria como estratégias, pelo facto de não partirem de uma acção planificada. Contudo algumas podem se constituir em estratégias, mas é importante fazer a distinção entre actividade e estratégia. A diversificação das fontes de rendimento e a substituição de culturas podem ser caracterizadas como estratégias, o que não acontece com respostas como a retirada das crianças da escola que se constituem basicamente como actividade - resposta.

As respostas comunitárias podem ser consideradas como estratégias porque partem essencialmente de uma mobilização de esforços quer racionais como comportamentais, envolvendo recursos a todos os níveis. Estas, no entanto, nem sempre são positivas. Mostram em algumas circunstâncias alguma falta de conhecimento em relação à doença e podem levar a práticas discriminatórias em relação as famílias afectadas e pessoas vivendo com HIV/SIDA. Em outras circunstâncias, as respostas comunitárias aparecem como forma de garantir a sustentabilidade dos grupos e/ou organizações e não das pessoas infectadas e afectadas pela pandemia. O SIDA tornou-se um negócio para muitos. A questão humanitária tem estado a perder gradualmente a sua essência.

BIBLIOGRAFIA

a) Monografias e Colectâneas

ALBAN, A. *Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Africa*, New York: ADF – World Bank, 1999

ANSOFF, I. *Estratégia Empresarial*, S. Paulo: McGraw - Hill, 1977.

BAIER, G. *The Impact of HIV/AIDS on Rural Household / Communities and the Need for Multisectorial Prevention and Mitigation Strategies to Combat the Epidemic in Rural Areas*, Rome: FAO, 1997.

BARNETT, T.; BLAIKIE, P. *AIDS in Africa: It's Present and Future Impact*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1992.

BARNETT, T. & Whiteside, A. *Guidelines for Preparation and Execution of Studies of the Social and Economic Impact of HIV/AIDS*, East Anglia: University of East Anglia, 2002.

BOOYSEN, F. le R. *Poverty Dynamics and HIV/AIDS - Related Morbidity and Mortality in South Africa*, Bloemfontein: Department of Economics / Centre of Health Systems Research & Development – University of Free State, 2003.

BOUDON, R. *Dicionário Crítico de Sociologia*, São Paulo: Editora Ática, 1993.

CHANDLER, A. *Strategy and Structure*, Cambridge: MIT Press, 1962.

COHEN, D.; MICHAEL, K.; GOW, J. *The Hidden Battle: HIV/AIDS in the Family and Community*, Durban: University of Natal – HEARD, 2000.

CHO, B. *Social Impact of HIV/AIDS in Korea*, Seoul: School of Public Health Seoul National University, 1999.

FREIRE, S. *HIV/AIDS affected households: status and temporal impacts*, Paris: Université Paris 1 Panthéon – Sorbonne, 2003.

FUKUI, L. *Terapia Comunitária e o Conceito de Comunidade – uma contribuição da sociologia*, São Paulo: Tcendo, 2003.

GEGENBACH, H. *Where Women Make History: Pots, Tattoos, Stories, and Other Gendered Accounts of Community and Change in Magude District, Mozambique, c.1800 to the Present*, Minnesota: University of Minnesota, 1999.

GOMES, A. M. A. *Psicologia Comunitária: uma abordagem conceptu*al, São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie – Faculdade de Psicologia, 1999.

GÜNTHER, H. *Como Elaborar um Questionário*, Brasília, DF: UnB, Laboratório de Pesquisa Ambiental, 1999.

KATZ, R. L. *Cases and Concepts in Corporate Strategy*, New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1970.

KONGSIN, S. & Watts, C. *Household Impact of AIDS in Thailand*, Norwick: University of East Anglia, 2000.

MACUAMULE, C. & FOREMAN, M. *Os Homens e o HIV em Moçambique – Papel, riscos e responsabilidades*, Maputo: SWAA-MOZ e Panos, 2000.

MUTANGADURA, G.; MUKURAZITA, D.; JACKSON, H. *A Review of Household and Community Responses to the HIV/AIDS Epidemic in the Rural Areas of Sub – Saharan Africa*, Geneva: UNAIDS, 1999.

MUTANGADURA, G. & WEBB. D. *The Socio-Economic Impact of Adult Morbidity and Mortality on Households in Kafue District, Zambia*, Harare: SAFAIDS, 1999.

QUINN, J. B. Strategic Change-Logical Incrementalism. *In* QUINN, J.B.; MINTZBERG, H.; JAMES, R.M. (Ed.). *The Strategic Process - concepts, contexts and cases*, Prentice: Hall Inc., 1988, p. 94-104.

RUSSEL, S. *The Economic Burden of Illness for Households: A review of cost of illness and coping strategy studies focusing on malaria, tuberculosis and HIV/AIDS,* Norwick: School of Development Studies – University of East Anglia, 2003.

SAUERBORN R, ADAMS A, HIEN M. *Household strategies to cope with the economic costs of illness*, Cambridge: Harvard Institute for International Development, 1996.

STEINBERG, M.; JOHNSON, S.; SHIERHOUT, G.; NDEGWA, D. *Hitting Home: How households cope with the impact of the HIV/AIDS – a survey of households affected by HIV/AIDS in South Africa*, Washington DC: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2002.

STOVER, J. BOLLINGER, R. *The Economic Impact of AIDS*, New York: The Futures Group International, 1999.

TONNIES, F. Comunidade e Sociedade. *In* Cruz, M. B. (org.).*Teorias Sociológicas. Os fundadores e os clássicos,* 1989, Vol. I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

TOPOUZIS, D. & du GUERNEY, J. *Sustainable Agriculture: Rural development and vulnerability to the AIDS epidemic – UNAIDS Best Practice Collection*, UNAIDS & FAO. Geneva, 1999.

VAN LANDINGHAM, M.; LM-EM, W.; SAENGTIENCHAI, C. *Community Reaction to Persons with HIV/AIDS and their Parents in Thailand*, Michigan: Population Studies Center at the Institute for Social Research – University of Michigan, 2002.

de V YLDER, S. *A Development Disaster: HIV/AIDS as a Cause and Consequence of Poverty*, Stockholm: Department for Democracy and Social Development Health Division, 2001.

WEBER, M. *Conceitos Básicos de Sociologia*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Morais, 1987.

WHITESIDE, A. *Economic and Development Issues around HIV/AIDS*, Durban: School of Development Studies – University of Kwazulu Natal, 2004.

WILLIAMSON, J. *What Can We Do To Make The Difference? Situation analysis concerning children and families affected by AIDS*, London: USAID, 2000.

WILLIAMS, B.; GOUWS, E.; LURIE, M. & CRUSH, J. *Spaces of Vulnerability: Migration and HIV/AIDS in South Africa*, Cape Town: IDASA, 2002.

b) Relatórios publicados

AINSWORTH, M. & OVER, M. *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*, A World Bank Policy Research Report. United Kingdom: Oxford University Press, 1997.

BOND, V.A.; WALLMAN, S. *Community Capacity to Prevent, Manage and Survive HIV/AIDS. Report on the 1991 Survey Of Households In Chiawa*, Working paper n. º 5, Karolinska Institutet, University of Hull; Sociology and Social Anthropology, and University of Zambia; Institute of African Studies, 1993.

BONNEL, R. *Economic Analysis of HIV/AIDS*,. New York: World Bank, 2000.

BOOYSEN, F. le R. & BACHMANN, M. *HIV/AIDS, Poverty and Growth: Evidence from a Household Impact Study conducted in the Free State province, South Africa*, Free State: Centre for Health Systems Research & Development University of the Free State, 2002.

COMISSION ON HIV/AIDS & GOVERNANCE FOR AFRICA. *Africa: The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS*. Addis Abeba: ECA, 2003.

COMISSION ON HIV/AIDS & GOVERNANCE FOR AFRICA. Africa: *The Impacts of HIV/AIDS on Families and Communities in Africa* Addis Abeba: ECA, 2003.

DRIMIE, S. *The Impact of HIV/AIDS on Rural Households and Land Issues in Southern and Eastern Africa*, Pretoria: Integrated Rural & Regional Development Human Sciences Research Council, 2000.

DRINKWATER, M. *The Effects of HIV/AIDS on Agricultural Production Systems in Zambia: an analysis and field reports of case studies carried out in Mpongwe, Ndola Rural District, and Teta Seranje District*, Rome: FAO, 1993.

DONAHUE, J. *Community-based Economic Support for Households Affected by HIV/AIDS*, Health Technical Services Project of TvT Associates, The Pragma Corporation, and USAID HIV/AIDS Division, 1998.

GRUPO TÉCNICO MULTISECTORIAL DE APOIO À LUTA CONTRA O HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE. *Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV – Ronda 2004*, Maputo: Programa Nacional de Controle das DTS/HIV/SIDA, Direcção Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, 2005.

GRUPO TÉCNICO MULTISECTORIAL DE APOIO Á LUTA CONTRA O HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE. *Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV – Ronda 2002*, Maputo: Programa Nacional de Controle das DTS/HIV/SIDA, Direcção Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *II Recenseamento Geral da População e Habitação*. Resultados Definitivos. Província de Maputo.1997.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DO PLANO E FINANÇAS; CENTRO DE ESTUDOS DA POPULAÇÃO E CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO SIDA. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique – Actualização, ronda de vigilância epidemiológica 2000,* Maputo: INE, 2002.

MUTANGADURA, G. *Households under Socio Economic Stress*: The case of Zimbabwe's urban areas and implication for development, Harare: USAID, 2002.

ONI, S. A.; OBI, C.L.; OKORIE A.; HABEDE, D. & JORDAN, A. (2001) *Economic Impact of HIV/AIDS on Rural Households, Small Holder Agricultural Production and Orphans in the Limpopo Province of South Africa*, Pretoria: Departments of Agricultural Economics, Microbiology, Social Work and Center for Rural Development – University.

OVER, M. *Coping with the Impact of AIDS*, New York: World Bank, 1998.

SAFAIDS. *Socio – Economic Impact of Adult Mortality and Morbidity on Households in Kafue District, Zambia*, Harare: SAFAIDS, 1999.

UNITED NATIONS AGENCY FOR AIDS. *Report on the Global AIDS Epidemic*, Geneva: UNAIDS, 2004.

UNITED NATIONS AGENCY FOR AIDS / WORLD HEALTH ORGANIZATION. *AIDS Epidemic.Update*, Geneva: UNAIDS, 2004.

UNITED NATIONS AGENCY FOR AIDS / WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – Mozambique*, Geneva: UNAIDS, 2004.

USAID – DAI. *HIV/AIDS and Community – Based Natural Resource Management.* Bethesda, Maryland: DAI, 2000.

USAID. *HIV/AIDS in Mozambique – a USAID brief*, Maputo: USAID / The Synergy Project, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale – Up – Mozambique.* UNAIDS/WHO, 2004.

c) Relatórios e outros documentos não publicados

ADAM, Y. *Zonagem do Distrito de Magude*, Maputo, 1999.

AGENCY FOR CO-OPERATION AND RESEARCH DEVELOPMENT. *Desvendando as Dinâmicas do Estigma e Discriminação Relacionados com o HIV/SIDA: o papel da pesquisa baseada na comunidade, estudos de Caso do Norte do Uganda e do Burundi.* HASAP, 2004.

BARRADAS, R. & ARNALDO, C. *The HIV/AIDS and Social Sciences in Mozambique – A literature review and assessment. In* INE, MISAU, MPF, CEP, FACULDADE DE MEDICINA, UEM. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique – Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002 (CD-ROM).* Maputo: INE, 2003.

CLIFF, J., SACARLAL, J., AUGUSTO, O., NÓVOA, A., DGEDGE, M., MACHATINE, G., COSSA, H. Estudo das Principais Causas de Morte Registadas, nas Cidades de Maputo, Beira, Chimoio e Nampula, em 2001. Maputo: Centro de Investigação em Saúde da Manhiça. *In* INE, MISAU, MPF, CEP, FACULDADE DE MEDICINA, UEM. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique – Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002 (CD-ROM)*. Maputo: INE, 2003.

DONAHUE, J.; KABBUCHO, K.; OSINDE, S. *HIV/AIDS – Responding to a Silent Economic Crisis Among Microfinance Clients*, 2000.

DPS – Maputo. *Plano Económico e Social de 2000 – balanço anual*, Matola: DPS – M., 2000.

DPS – Maputo. *Plano Económico e Social de 2001 – balanço anual*, Matola: DPS – M., 2001

DPS – Maputo. *Plano Económico e Social de 2002– balanço anual*, Matola: DPS – M, 2002.

DPS – Maputo. *Plano Económico e Social de 2003 – balanço anual*, Matola: DPS – M, 2003.

DPS – Maputo. *Plano Económico e Social de 2004 – balanço anual*, Matola: DPS – M, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE PLANEAMENTO FISICO. *Perfil Físico e Sócio Económico do distrito de Magude, versão preliminar*. Maputo, 1999.

LEARNED, E.P.; CHRISTENSEN, C.R.; ANDREWS, K.R. & GUTH, W.D. *Business Policy, Text and Cases*, Richard D. Irwin, 1965.

LOFORTE, A. Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações Sobre Saúde e Doença. *In* INE, MISAU, MPF, CEP, FACULDADE DE MEDICINA, UEM. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique – Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002 (CD-ROM)*. Maputo: INE, 2003.

RAIMUNDO, I. Migração e HIV/SIDA em Moçambique: Explorando a Questão Migração e HIV/SIDA na Região Centro de Moçambique. *In* INE, MISAU, MPF, CEP, FACULDADE DE MEDICINA, UEM. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique – Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002 (CD-ROM)*. Maputo: INE, 2003.

RUGALEMA, G. *Coping or Struggling? A Journey into the Impact of HIV/AIDS on Rural Livelihoods in Southern Africa, 1999.*

TIBAIJUKA, A.K. *AIDS and Economic Welfare in Peasant Agriculture, Case Studies from Kagabiro Village, Kagera Region,* Tanzania: World Development, 1997.

d) Teses e Dissertações

MANJATE, F. *Impacto Social do HIV/SIDA nas Famílias na Cidade da Beira*. Maputo. 2001. Dissertação, Licenciatura, Universidade Eduardo Mondlane – Departamento de História, 2001.

RUGALEMA, G. *Consequences of HIV/AIDS on Household Livelihood in Buhaya Village, Bukoba District, Tanzania*. 1989. PhD Dissertation, Institute of Social Studies, The Hague, 1989.

e) Conferências, Congressos e outros encontros cientificos

COHEN, D. *Poverty and HIV/AIDS in Sub – Saharan Africa*, Sussex: SEPED Conference papers, 1999.

KADONYA, C. *The Impact of HIV/AIDS on Smallholder Agriculture in Tanzania: Rethinking of other intervention Strategies*, Regional Conference for Eastern and Southern Africa on Responding to HIV/AIDS: Technology development needs of African Small-holder Agriculture, Harare (1998, June 8–10).

f) Artigos de Publicação Periodica

BARNETT, T.; TUMUSHABE, J.; BANTEBYA, G.; SEBULIBA, R.S.; NGASONGWA, J.; KAPINGA, D.; NDELIKE, M.; DRINKWATER. M.; MITTI, G.; HASLWIMMER, M. *The Social and Economic Impact of HIV/AIDS on Farming Systems and Livelihoods in Rural Africa: some experiences and lessons from Uganda, Tanzania and Zambia*. Journal of International Development, 1995, Vol. 4, p.25-38.

EPSTEIN, H. The Hidden Cause of AIDS, *In New York Review of Books*, 2002, Vol. 49, Number 8.

HAMBRICK, D. C. Operationalizing the Concept of Business - Level Strategy. *Research Academy of Management Review*, 1980, vol. 5, nº. 4, p.567-575.

HAX, A. C. & MAJLUF, N. S. The concept of strategy and strategy formation process. *Interfaces*, 1988, vol.18, nº.3, p. 99-109.

JEANNERET, P. Les Ma-Khoca, *Bulletin de La Societe Neuchateloise de Geographie*, 1894/95, vol.8, p.126-155.

g) Internet

TALLARICO, M. *Doença Produz Mudanças Dramáticas em Moçambique.* http://www.mined.gov.mz/escolas/manyanga/doencadramatica.htm, 2003, data de acesso: 15/11/2005.

ANEXOS

Anexo 1: Lista de organizações da sociedade civil a trabalhar em Magude Sede

Nome da Organização	Local de Implementação	Grupo Alvo	Actividades
Grupo Hulukani	• Mawandla • Ungumbana	• Crianças órfãs e vulneráveis	• Apoio directo em material escolar e vestuário • Geração de renda – machamba
1. Centro Comunitário Ninho de Esperança de Maguiguana	• Maguiguana	• Crianças órfãs e vulneráveis • Famílias acolhedoras • Famílias de pessoas vivendo com HIV/SIDA	• Apoio as crianças órfãs e vulneráveis através do atendimento em centro comunitário aberto – alimentar, vestuário, formação vocacional, apoio psico social • Geração de rendimentos para as famílias acolhedoras e famílias de pessoas vivendo com HIV/SIDA – criação de animais de pequena espécie como frangos, cabritos; mercearias e barbearias móveis.
2. Grupo Kupona	• Ricatlane • Fakazissa • Ungumbana	• Crianças órfãs e vulneráveis • Pessoas vivendo com HIV/SIDA • Famílias de pessoas vivendo com HIV/SIDA	• Apoio nutricional as crianças órfãs e vulneráveis e pessoas vivendo com HIV/SIDA • Apoio psico social e espiritual as pessoas vivendo com HIV/SIDA • Sensibilização sobre a prevenção das ITS/HIV/SIDA
3. HELVETAS	• Mawandla	• Crianças	• Prestação de

	• Ricatlane • Fakazissa • Ungumbana • Chocotiva	órfãs e vulneráveis • Pessoas vivendo com HIV/SIDA • Famílias de pessoas vivendo com HIV/SIDA • Jovens no geral	cuidados ao domicilio as pessoas vivendo com HIV/SIDA • Apoio nutricional as pessoas vivendo com HIV/SIDA • Geração de rendimentos – machamba para pessoas vivendo com HIV/SIDA e familiares • Campanhas de prevenção: palestras e debates
4. Associação de paz de Fakazissa	• Fakazissa	• Pessoas vivendo com HIV/SIDA e familiares	• Geração de rendimentos para pessoas vivendo com HIV/SIDA através do beneficio da renda e enquadramento das mesmas nas actividades.
5. Organização Comunitária Hanhane Vana	• Fakazissa	• Crianças órfãs e vulneráveis	• Apoio nutricional, escolar e em vestuário • Geração de renda para apoio as famílias acolhedoras das crianças órfãs e vulneráveis - machamba
6. Associação da Mulher Rural (AMRU)	• Fakazissa • Chocotiva • Ricatlane	• Homens no geral • Mulheres no geral	• Campanhas de prevenção através de palestras, campanhas porta a porta, teatro, concursos sobre SIDA, mesas redonda, etc.
7. Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família	• Maguiguana • Ricatlane • Chocotiva	• Pessoas vivendo com HIV/SID	• Prestação de cuidados ao domicilio • Referencia às

(AMODEFA)		A	unidades sanitárias • Apoio nutricional e psico social • Geração de rendas – bancos de saúde

Fonte: Núcleo Provincial de Combate ao SIDA de Maputo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA

Anexo 2: Ordenação / Ranking do impacto e respostas (ordem de importância)

Variáveis	Famílias afectadas	Famílias não afectadas
Liderança nas famílias	1º - famílias lideradas por mulheres 2º - famílias lideradas por homens	1º - famílias lideradas por homens 2º - famílias lideradas por mulheres
Média de idades	1º - dos 42 aos 47 anos 2º - dos 12 aos aos 17 anos 3º - dos 6 aos 11 anos	1º - dos 30 aos 35 anos 2º - dos 24 aos 29 anos 3º - dos 18 aos 23 anos
Tamanho médio	4 membros	7 membros
Escolaridade – crianças	1º - crianças fora da escola (maioritariamente meninas) 2º - crianças dentro da escola (maioritariamente meninos)	1º - crianças dentro da escola (maioritariamente meninos) 2º - crianças fora da escola (maioritariamente meninas)
Rendimento	1º - trabalho assalariado 2º - agricultura e pecuária 3º - outro	1º - Trabalho assalariado 2º - outro 3 – Agricultura e pecuária
Despesas	1º - saúde 2º - alimentação 3º - funerais	1º - alimentação 2º - vestuário 3º - saúde
Solicitação de empréstimos	1º - familiares 2º - banco 3º - outros	1º - outros 2º - banco 3º - familiares
Poupança	1º - xitique / grupos de poupanças 2º - banco 3º - outros	1º - banco 2º - xitique 3º - outros
Refeições diárias	1º - duas refeições 2º - uma refeição 3º - três refeições	1º - três refeições 2º - duas refeições 3º - uma refeição
Consumo de alimentos	1º - pão 2º - verduras 3º - chá e batata doce	1º - pão 2º - verduras e batata doce 3º - arroz, carne e chá

Fonte: Resultados da pesquisa

Data: ____ / ____ / 2005

I. Composição e estrutura familiar

a) *Nome da família (opcional)* _____

b) *Historial (background) da família (origens; migrações, ou seja se vem de outro distrito ou província, se tem membros a trabalhar fora do distrito, da província ou até mesmo do país, por exemplo nas minas da África do Sul.*

_____
_____
_____
_____

c) *Residência (a preencher pelo entrevistador)*
Bairro de Chocotiva ☐ Bairro de Maguiguana ☐ Bairro de Ricatlane ☐

d) *Tipo de habitação (a preencher pelo entrevistador)*
Alvenaria ☐ Caniço ☐ Outro ☐ _____

e) *Tempo a residir neste bairro*
0 – 5 anos ☐ 12 – 17 anos ☐ 24 – 29 anos ☐ 36 + anos ☐
6 – 11 anos ☐ 18 – 23 anos ☐ 30 – 35 anos ☐

f) *Composição da família?*
Esposo ☐ Pais ☐ Sogros ☐ Filhos ☐ Todos ☐ Outros ☐ _____
Esposa ☐

g) *Número de pessoas residentes na casa*
1 – 5 pessoas ☐ 6 – 11 pessoas ☐ 12 + pessoas ☐

h) *Média de idades das pessoas residentes na casa*
0 – 5 anos ☐ 12 – 17 anos ☐ 24 – 29 anos ☐ 36 + anos ☐
6 – 11 anos ☐ 18 – 23 anos ☐ 30 – 35 anos ☐

i) *Número de crianças existentes na família (que vivem na casa)*
0 – 5 crianças ☐ 6 – 11 anos ☐ 12 – 17 anos ☐

j) *Tem pessoas da família que vivem fora (outra localidade, outro distrito, província ou país?*
Sim ☐ Não ☐

- *Se sim quem são essas pessoas e o que fazem fora?*

_____
_____

II. Educação

a) As crianças frequentam a escola?
Sim ☐ Não ☐

- Se não, porquê?_____
_____

III. Saúde e cuidados

a) Os membros da família tem frequentado regularmente o posto de saúde / hospital?
Sim ☐ Não ☐

- Se sim, com que regularidade (quantas vezes por mês ou semana ou ano)
_____

b) Em relação aos serviços de saúde (hospital, posto de saúde, GATV, etc.) acha que tem bom atendimento?
Sim ☐ Não ☐

- Se não, porquê? E o que acha que deve ser melhorado?
_____
_____
_____

c) Qual foi a ultima vez que um membro ficou doente e teve que ir ao hospital?
Uma semana ☐ há um mês ☐ menos de 1 mês ☐
Mais de 1 mês ☐ menos de uma semana ☐

- Que doença(s) é que tinha(m) essa(s) pessoa(s)?
_____

d) Quando alguém adoece que fica a cuidar do doente?
Esposo ☐ Pais ☐ Sogros ☐ Filhos ☐ Todos ☐ Outros ☐ _____
Esposa ☐

e) Teve alguma morte na família recentemente?
Sim ☐ Não ☐

- Se sim, quando é que ocorreu?
_____

IV. Apoios (somente para famílias com Pessoas Vivendo com HIV/SIDA)

a) Recebe algum tipo de apoio?
Sim ☐ Não ☐

- Se sim, que tipo?

Alimentar ☐ Cuidados domiciliários ☐ Outro ☐ _____
Apoio psico social ☐ Ajuda para as crianças ☐

b) De quem é que recebem esse apoio?
Governo local (administração / direcções provinciais) ☐ ONG´s ☐
Igreja ☐ Comunidade (vizinhos, etc.) ☐

c) Esse apoio que recebe é suficiente?
Sim ☐ Não ☐

d) Que tipo de apoio gostaria de receber? E de quem?
_____
_____
_____

V. Economia e rendimento familiar

a) Todos os membros adultos da família trabalham (pode ser trabalho assalariado, conta própria, desde que ganhe dinheiro com o seu trabalho)?
Sim ☐ Não ☐

- Se não, porquê? _____

b) Qual é o rendimento total mensal da família (valor total da soma dos vencimentos individuais mensais dos membros da família)

100 – 200 contos ☐	500 – 600 contos ☐	900 – 1.000 contos ☐
300 – 400 contos ☐	700 – 800 contos ☐	1.100 + contos ☐

c) Qual é o valor mensal gasto com despesas de saúde (medicamento, consultas, etc.)

50 – 100 contos ☐	250 – 300 contos ☐	450 – 500 contos ☐
150 – 200 contos ☐	350 – 400 contos ☐	500 + contos ☐

d) Qual é o valor anualmente gasto com despesas de educação (material escolar, uniforme, matriculas, etc.)

50 – 100 contos ☐	250 – 300 contos ☐	450 – 500 contos ☐
150 – 200 contos ☐	350 – 400 contos ☐	500 + contos ☐

e) Qual é o valor mensal gasto pela família inerentes as despesas com alimentação?

50 – 100 contos ☐	250 – 300 contos ☐	450 – 500 contos ☐
150 – 200 contos ☐	350 – 400 contos ☐	500 + contos ☐

f) Qual é o valor total das despesas gasto mensalmente pela família (alimentação, educação, saúde, higiene, outras)

1 – 5 pessoas ☐ 6 – 11 pessoas ☐ 12 + pessoas ☐

g) A família faz algum tipo de poupança (reservas de dinheiro, se guardam dinheiro)

Sim ☐ Não ☐

- Se sim, que tipo (ex. se guardam no banco, se fazem xitique com outros membros da família ou com pessoas externas a família, etc.)?

_____

_____

Anexo 3: Questionário para Pessoas Vivendo com HIV/SIDA

Data: ____ / ____ / 2005

I. Questões gerais

a) *Nome* _____

b) Sexo

Masculino ☐ Feminino ☐

c) Idade

14 – 18 ☐ 29 - 33 ☐

19 – 23 ☐ 34 – 38 ☐

24 – 28 ☐ 39 – 43 +☐

d) Historial (quando nasceu, estudos, trabalho, se sempre viveu aqui, se já esteve a trabalhar fora, onde, como acha que apanhou a doença etc.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

e) Nível de escolaridade

Primário ☐ Universitário ☐

Secundário ☐ Nenhum ☐

Técnico ☐ Outro ☐

f) Qual é o seu estado civil

Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐

Viúvo(a) ☐ Outro ☐

g) Trabalha ou realiza alguma actividade de rendimento?

Sim ☐ em que? _____

Não ☐

h) Bairro em que reside?

Bairro de Chocotiva ☐ Bairro de Ricatlane ☐ Bairro de Maguiguana ☐

II. HIV/SIDA e Discriminação

i) Pode explicar como era a sua vida antes de adoecer ou antes de saber que era portadora do HIV/SIDA?

_____

_____

j) E agora, como é a sua vida? Acha que mudou? Ou continua na mesma?

Mudou ☐ Não mudou ☐ Não sabe ☐

k) O que acha que mudou na sua vida?

_____

_____

_____

l) O que sabe sobre o SIDA?

Prevenção ☐ Cuidados e tratamento ☐

Nada ☐

m) Já sabia dessa informação antes de contrair a doença?

Sim ☐ Não ☐

n) É membro de alguma associação de PVHS

Sim ☐ Não ☐

o) Participa em alguma actividade de sensibilização, consciencialização sobre HIV/SIDA como activista ou outra actividade?

Sim ☐ Não ☐

p) Já sofreu ou sofre algum tipo de discriminação? Por parte de quem? E que tipo?

Sim ☐ Não ☐

- Se sim que tipo de discriminação?

_____

_____

- De quem ou da parte de quem?

_____

_____

III. Apoios e Impacto

q) Se recebe apoio de alguém ou instituição? De quem? Que tipo de apoio?

Sim ☐ Não ☐

- Se sim, de quem?

Do governo ☐ ONG´s ☐ Pessoas particulares ☐
Comunidade ☐ Igreja ☐

r) Que tipo de apoio recebe?

Cuidados domiciliários ☐ Apoio nutricional ☐ outros ☐
Material escolar ☐ Apoio psico social ☐ Todos ☐

s) Acha que o apoio que recebe é suficiente?

Sim ☐ Não ☐

t) Que tipo de apoio gostaria de receber?

_____
_____

- De quem gostaria de receber esse apoio?

_____
_____

u) O que tem feito para si e para sua família para minimizar o impacto da doença?

_____
_____
_____

IV. Saúde

a) Tem ido ao centro de saúde / hospital?

Sim ☐ Não ☐

b) Com que regularidade?

Semanalmente ☐ Trimestralmente ☐ Outro ☐
Mensalmente ☐ Semestralmente ☐

c) Pode dizer qual foi a última vez que foi ao hospital?

Esta semana ☐ Semana passada ☐
Mês passado ☐ Outro ☐

d) Teve alguma doença/infecção recentemente?

Sim ☐ Não ☐

e) Que infecção / doença?

_____

f) Quando é que teve essa doença e/ou infecção?

Esta semana ☐ Semana passada ☐

Mês passado ☐ Outro ☐