

GT-110



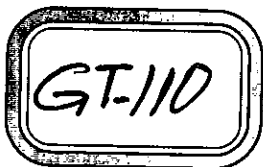
UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

ORIENTAÇÃO: População, Desenvolvimento e Ambiente

" Impacto do HIV/SIDA sobre a Segurança Alimentar
e sua relação com a Pobreza: Estudo com enfoque nos
Distritos rurais com Postos de vigilância Epidemiológica
do HIV em Moçambique "

Abel Samuel Moiambo

Maputo, Agosto de 2005



Impacto do HIV/SIDA sobre a segurança alimentar e sua relação com a pobreza:
estudo com enfoque nos distritos rurais com posto de vigilância epidemiológica
do HIV em Moçambique

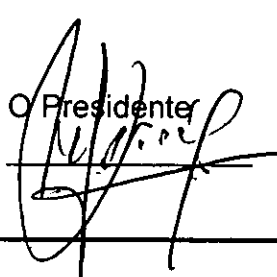

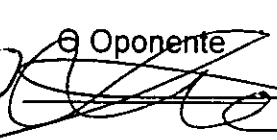
Abel Samuel Moiambo

*Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para
obtenção do grau de Licenciatura em Geografia da Universidade Eduardo
Mondlane*

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

Supervisor: Prof. Doutor Carlos Arnaldo

Maputo, Agosto de 2005

<input type="checkbox"/> O Presidente	<input type="checkbox"/> O Júri	<input type="checkbox"/> O Supervisor	<input type="checkbox"/> O Oponente	<input type="checkbox"/> Data
				27/10/2005

U.E.M. - F.L.C.S.
R. E. 30.586
DATA. 02.10.2005
AQUISIÇÃO. eletr.
COTA. GT-110

ÍNDICE GERAL

Declaração de Honra.....	I
Dedicatória.....	II
Agradecimentos.....	III
Acrónimos.....	IV
Lista de Tabelas no Texto.....	V
Lista de Tabelas em Anexo.....	V
Lista de Mapas no Texto.....	V
Lista de Mapas em Anexo.....	V
Lista de Gráficos no Texto.....	V
Resumo.....	VI
Índice do Texto	

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que esta dissertação nunca foi apresentada, na sua essência, para obtenção de qualquer grau e, que ela constitui o resultado da minha investigação pessoal e independente, estando indicadas no trabalho e nas referências bibliográficas, as fontes que consultei.

Maputo, Agosto de 2005

(Abel Samuel Moiambo)

DEDICATÓRIA

... à minha mãe Rabeca Chibojua, minhas irmãs, Júlia e Lídia, meus irmãos Inácio, Jossias, Luís e Jaime e, às minhas sobrinhas, Tita, Iracelma e Eulária.

Este é o culminar do percurso que vocês me indicaram e, incondicionalmente, o alicerçaram.

AGRADECIMENTOS

Sois tanto que contribuíram para a materialização da minha formação que não cabeis neste singelo papel, porém, todos vocês ocupam um lugar muito especial na minha mente, na minha vida. A todos vós, kanimambo.

Em primeiro lugar, exprimo eterna gratidão à minha idolatrada mãe por me ter mostrado a porta do saber e me ter iluminado o caminho da minha formação académica.

Ao meu supervisor, Prof. Doutor Carlos Arnaldo, que apesar da sua agenda carregada, soube guiar-me e contribuir para que este trabalho se materializasse, meu muito obrigado.

Apraz-me bastante reconhecer o imensurável apoio que recebi de toda a família Moiambo. Estamos juntos e para sempre.

Ao dr. Victor Muchanga, D. Rosa Maria, D. Leonor e Sr. Oliveira, vai um agradecimento do tamanho do mundo.

Também aproveito este humilde espaço para endereçar a minha gratidão ao Francisco Chicamisse pelas suas sugestões e pela circunspeção minuciosa que teve na revisão deste trabalho.

De uma forma muito especial, as minhas alvíceras vão também para os meus patrícios do Curso de Geografia: Rafael, Gabriel, Niquice, Sr. Bartolomeu, Cláudia, Dinasalda, Mussagy, Comboio. Vocês são verdadeiros irmãos.

Aos meus amigos Madeira, Edy, Osvaldo, Tutu, Ducho, Sacuane, Manito, Jeofrey, Ilídio, Zaruque, Bertur, Elísio, Meno, Morais, Marito, Melinha, Catarina, Nany e demais, obrigado por tudo.

Acrónimos

AF	Agregado familiar
CBO	Organização Comunitária de Base
CEP	Centro de Estudos de População
CNCS	Conselho Nacional de Combate a SIDA
DINAGECA	Direcção Nacional de Geografia e Cadastro
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
GTM	Grupo Técnico Multisectorial
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IAF	Inquérito Nacional aos Agregados Familiares Sobre as Condições de Vida
INE	Instituto Nacional de Estatística
MADER	Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural
MINED	Ministério da Educação
MPF	Ministério do Plano e Finanças
MSF	Médicos Sem Fronteira
MISAU	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
OVC	Crianças Órfãs e Vulneráveis
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Terapia Anti-retroviral
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNICEF	Fundo da Nações Unidas para a Infância

Lista de Tabelas no Texto

Tabela 1: Variáveis usadas na análise bivariada

Tabela 2: Capacidade de Auto-provisão alimentar (1999/2000)

Tabela 3: Incidência da pobreza por Distrito (1996-97)

Tabela 4: Coeficientes de correlação de Person (8 distritos)

Tabela 5: Coeficientes de correlação de Person (22 distritos)

Lista de Tabelas em Anexo

Tabela A1: Principais culturas alimentares, fontes de rendimento, estratégias de sobrevivência e factores de risco.

Tabela A2: % dos indicadores usados no estudo

Lista de Mapas no Texto

Mapa 1: Localização geográfica da área de estudo

Lista de Mapas em Anexo

Mapa A1: Disponibilidade alimentar em meses (1999/2000)

Mapa A2: Incidência da pobreza por distritos (1996-1997)

Lista de Gráficos no Texto

Gráfico 1: Prevalência do HIV por distrito (2002)

Resumo

É cada vez mais evidente que a epidemia do HIV/SIDA afecta todos os sectores da sociedade. Os seus impactos são multidimensionais e sistemáticos, o que poderá ameaçar os esforços de redução da insegurança alimentar e da pobreza em Moçambique.

O presente estudo analisa a relação entre o HIV/SIDA e a Segurança alimentar, e como esta se comporta num contexto dominado pela pobreza.

Baseado em três fontes de dados, *Avaliação da vulnerabilidade em Moçambique (1999/2000)*, *Vigilância Epidemiológica, Ronda 2002* e *Mapeamento da pobreza em Moçambique: Desagregação das estimativas da pobreza e desigualdade aos níveis de distrito e posto administrativo (2002)*, foi fundamental a aplicação do método estatístico de análise bivariada (correlação simples).

Esta análise indica que existe uma relação estatisticamente significativa entre o HIV/SIDA e a auto-provisão alimentar, sugerindo que o aumento da taxa prevalência do HIV, implicará a redução da capacidade de auto-provisão alimentar dos agregados familiares afectados. Porém, o estudo não encontrou uma associação significativa entre a pobreza e a capacidade de auto-provisão alimentar.

O estudo identifica que as famílias pobres, as mulheres, as crianças vulneráveis e órfãs, os idosos e os deficientes são os grupos populacionais mais vulneráveis ao agravamento da sua segurança alimentar devido aos efeitos subjacentes do HIV/SIDA.

Estes e outros aspectos discutidos ao longo do estudo suscitam algumas constatações relativas à necessidade do fortalecimento da harmonização das estratégias de combate ao HIV/SIDA, redução da insegurança alimentar e da pobreza em Moçambique

ÍNDICE DO TEXTO

CAPÍTULO I	2
Introdução	2
1. Objectivos	3
2. Questões de Partida	3
3. Relevância do Estudo	4
4. Metodologia	5
CAPÍTULO II	9
Revisão Bibliográfica.....	9
CAPÍTULO III	13
Enquadramento Geral da Área de Estudo	13
1. Localização Geográfica.....	13
2. Características Sócio-Económicas	15
CAPÍTULO IV	16
Apresentação dos resultados	16
1. Segurança alimentar e Meios de subsistência	16
2. Prevalência do HIV/SIDA.....	18
3. Incidência da Pobreza	20
CAPÍTULO V	22
Relação entre o HIV/SIDA, Segurança alimentar e a Pobreza	22
1. Determinantes da segurança alimentar.....	22
1.1. Análise Bivariada	23
2. Áreas Geográficas-alvo Prioritárias	27
3. Grupos populacionais vulneráveis	30
4. Segurança alimentar, combate ao HIV/ SIDA e redução da pobreza: importância da harmonização das estratégias	32
CAPÍTULO VI	34
Conclusões	34
Referências Bibliográficas	36
Anexos	40

CAPÍTULO I

Introdução

O SIDA é um fenómeno único na história da humanidade pela sua rápida propagação, seu alcance e intensidade do seu impacto. Em poucos anos de acelerado alastramento, o SIDA tornou-se numa das principais causas de morte entre adultos em muitos países em vias de desenvolvimento e, pode ser a mais importante determinante macro-económica e social do bem-estar e da pobreza humana. (ONUSIDA,2004).

Segundo ONUSIDA/IPU (2004), ao longo de duas décadas de propagação, o SIDA deixou de ser um problema exclusivamente de saúde pública. Ao afectar a economia, os recursos humanos, a sociedade e minar o desenvolvimento, passou a ser um problema multisectorial.

Na África Subsaariana, o HIV/SIDA tornou-se numa calamidade, cujos efeitos prejudiciais se fazem sentir gradualmente nas famílias, nas comunidades, nos sectores sociais e económicos; cria impactos demográficos significativos, susceptíveis de provocar alterações na estrutura populacional e prejudicar o desenvolvimento a longo prazo. (Jackson, 2004),

Com efeito, os impactos sobre o desenvolvimento tornam-se cada vez mais evidentes em seis dos dez países que apresentam os níveis de prevalência mais elevados da África Austral - Lesotho, Malawi, Moçambique, Swazilândia, Zâmbia e Zimbabwe -, uma vez que têm vindo a viver uma crise humanitária e alimentar que poderá ser agravada pelos efeitos subjacentes do HIV/SIDA. (ONUSIDA, 2004; Jackson, 2004).

Na essência, o HIV/SIDA nesta região, oferece um exemplo vivo do seu efeito multiplicador sobre a pobreza, as desigualdades de género e a debilidade das instituições nacionais, o que significa que a epidemia está se propagando num contexto dominado pela pobreza, má nutrição crónica e pela insegurança alimentar. (ONUSIDA, 2004)

Por isso, em países muito afectados tal como Moçambique, os programas nacionais de redução de pobreza e da insegurança alimentar e nutrição, devem incorporar entre outros aspectos, medidas específicas de prevenção do HIV, assistência nutricional e mitigação dos efeitos do SIDA (FAO, 2003a).

1. Objectivos

O objectivo geral deste estudo é analisar a relação entre o HIV/SIDA, a segurança alimentar e a pobreza a nível dos agregados familiares nos distritos rurais com Postos de Vigilância Epidemiológica do HIV em Moçambique.

Para alcançar este objectivo foi necessário o estabelecimento dos seguintes objectivos específicos:

- Analisar as implicações do HIV/SIDA sobre a segurança alimentar e o bem-estar dos agregados familiares afectados;
- Avaliar o efeito combinado do HIV/SIDA e da Pobreza sobre a Segurança alimentar dos agregados familiares afectados;
- Identificar os grupos populacionais vulneráveis à insegurança alimentar devido ao HIV/SIDA e a Pobreza;
- Estabelecer relação entre a mitigação dos impactos do HIV/SIDA e as estratégias de redução da pobreza e insegurança alimentar em Moçambique.

2. Questões de Partida

- Em que medida o HIV/SIDA determina a segurança alimentar dos agregados familiares na zona rural de Moçambique?
- Até que ponto o efeito combinado do HIV/SIDA e da Pobreza representa um problema para a segurança alimentar dos agregados familiares dos distritos rurais em estudo?
- Qual é a relação entre a mitigação dos impactos do HIV/SIDA e as estratégias de redução da pobreza e da insegurança alimentar em Moçambique?

3. Relevância do Estudo

É evidente que o HIV/SIDA cria efeitos em todas as esferas da sociedade, o que poderá ameaçar o progresso que Moçambique já conseguiu no que se refere ao Desenvolvimento. Uma compreensão dos efeitos da epidemia nas zonas rurais é fundamental na medida em que cerca de 77% da população moçambicana vive nestas zonas. (SETSAN, 2004a). Por outro lado, considerando que a agricultura é a principal fonte de rendimento e da segurança alimentar das famílias rurais, a compreensão dos aspectos relacionados com o impacto da doença sobre o sector agrícola e outros meios de subsistência a nível rural é de extrema importância para o estabelecimento de medidas de mitigação dos impactos adequada a realidade nacional.

Os estudos centrados em unidades geográficas específicas e que tenham em conta a relação entre o HIV/SIDA, a segurança alimentar e outros factores a si associados, são imprescindíveis para o desenho de estratégias ajustadas à cada realidade local.

Dado que a pobreza é uma realidade em Moçambique, estes estudos devem ter em conta as condições sócio-económicas das famílias e das comunidades, a questão dos grupos populacionais vulneráveis e as estratégias que visam responder eficazmente aos desafios impostos pela epidemia.

Com o presente estudo, pretende-se contribuir para a avaliação da correlação entre a prevalência do HIV, a Insegurança alimentar e a Pobreza a nível dos distritos rurais com postos de vigilância epidemiológica do HIV em Moçambique, incluindo a discussão de questões inerentes aos efeitos da epidemia a nível dos agregados familiares.

Estudos desta natureza, tendo como unidade de análise unidades geográficas definidas, podem contribuir para o diagnóstico da situação da vulnerabilidade a insegurança alimentar no contexto do HIV/SIDA, o que é fundamental para a adopção de medidas e estabelecimento de programas ajustados a cada realidade.

Por outro lado, pretende-se que o estudo contribua para a promoção de aspectos referentes aos grupos populacionais vulneráveis, áreas geográficas-alvo prioritárias, apoio aos agregados familiares afectados, estratégias de segurança alimentar, redução da pobreza e combate ao SIDA em Moçambique.

4. Metodologia

Baseado em análises quantitativas e qualitativas, o presente estudo aborda questões relacionadas com o HIV/SIDA, pobreza e segurança alimentar. Para o alcance dos objectivos preconizados, foi fundamental a adopção das seguintes procedimentos metodológicos:

4.1. Consulta Bibliográfica

Consistiu fundamentalmente na recolha de dados referentes ao HIV/SIDA, a Pobreza e Segurança alimentar, bem como, recolha de informações sobre estudos similares realizados em Moçambique e em alguns países da África sub-sahariana. Esta pesquisa decorreu nas bibliotecas das seguintes instituições: Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), Ministério de Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), Centro de Estudos de População (CEP-UEM), Ministério da Agricultura (MINAG), Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), Programa Mundial para a Alimentação (PMA), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Núcleo de Estudos de Terra (NET-UEM), Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN), incluindo a pesquisa na internet.

4.2. Dados e Especificação da amostra

4.2.1. Os Dados

Os dados para a realização do presente estudo foram extraídos fundamentalmente, de três fontes de informação estatística Nacional a saber: Actualização da Ronda de Vigilância Epidemiológica de 2002, Avaliação da Vulnerabilidade em Moçambique, 1999/2000, e Mapeamento da Pobreza em Moçambique, 2002.

i) Actualização da Ronda de Vigilância Epidemiológica do HIV em Moçambique, 2002

Nesta fonte de informação, apresentam-se os dados referentes aos 36 postos de vigilância epidemiológica do HIV existentes em Moçambique. De acordo com o Grupo Técnico Multisectorial (2003), os resultados de prevalência apresentados nesta base de dados representa a informação colhida mediante a análise de sangue de cerca de 11 mil

mulheres grávidas, que foram incluídas na ronda de vigilância epidemiológica do HIV, realizada em 2002.

Para complementar estes dados, também foi recolhida informação sobre idade, ordem de gestação, lugar de residência, tempo de residência no local de residência habitual e ocupação da mulher e do marido (Arnaldo & Francisco, 2004).

Para os propósitos do presente estudo, foi extraída a informação relativa às taxas de taxas de prevalência do HIV, observadas nos postos de vigilância epidemiológica dos 22 distritos rurais incluídos na amostra, no ano de 2002. As taxas de prevalência de cada distrito foram relacionadas com os respectivos níveis de segurança alimentar, o que determinou o grau de correlação entre as variáveis.

ii) *Avaliação da Vulnerabilidade em Moçambique, 1999/2000*

Este documento apresenta os dados referentes a actualização da avaliação da vulnerabilidade à insegurança alimentar e nutricional em Moçambique, durante o período 1999/2000. Basicamente, nesta fonte de dados são apresentadas informações sobre áreas e grupos populacionais vulneráveis à insegurança alimentar e nutricional, factores físicos e sócio-económicos que influenciam a produção de alimentos de base, identificação das condições de disponibilidade alimentar e de acesso aos alimentos bem como, a caracterização das estratégias de sobrevivência utilizadas pelos agregados familiares para responder aos choques que provocam défices na produção alimentar a nível do distrito. Baseado em levantamentos de campo efectuados em alguns distritos e análise de dados sobre culturas, com referência à capacidade de auto-provisão indicada pelo número de meses de auto-provisão no limiar das 1700kcal/dia por pessoa (equivalente a 170 kg de cereais ou equivalente por pessoa/ano) bem como, do grau de utilização parcial de vários recursos locais derivados da pecuária, pesca, pequenos negócios e outras formas de rendimentos, o documento identifica quatro grupos de distritos, os quais foram classificados de acordo com o seu nível de vulnerabilidade à insegurança alimentar: extremamente vulneráveis, altamente vulneráveis, moderadamente vulneráveis e não vulneráveis. (MSF/CIS, 2000).

iii) Mapeamento da Pobreza em Moçambique, 2002.

Nesta fonte de dados são apresentadas as estimativas da pobreza desagregadas aos níveis mais baixo (distritos e postos administrativos), o que é fundamental para a identificação e localização da incidência da pobreza e grupos populacionais mais pobres em Moçambique. O documento baseia-se no Inquérito aos Agregados Familiares Sobre as Condições de Vida (IAF96/97), que recolheu muita informação a cerca das despesas nos agregados familiares e outro tipo de informação que foi suficiente para se fazer as análises da pobreza no país, e nos dados do II Recenseamento Geral da População e Habitação, que abrangeu toda a população do país e que para além da contagem da população recolheu informação referente as características sócio-económicas e culturais..

A principal variável de análise usada na metodologia deste documento é o consumo per capita dos agregados familiares, colhido pelas duas bases de dados (IAF96/97 e Censo de 1997), o que foi útil para a relação com as características observadas nos mesmos agregados familiares, e é que por sua vez, serviu para estimar o nível de bem-estar dos mesmos (agregados familiares). (MPF, 2002)

4.2.2. Definição da Amostra

Para os propósitos do presente estudo, a amostra é constituída pelos distritos rurais com postos de vigilância epidemiológica com características predominantemente rurais. Este critério baseia-se no pressuposto de similaridade no que se refere a ocupação da maior parte da população local no sector primário, particularmente, na actividade agrícola¹, ainda que estejam incluídos alguns distritos costeiros, em que a pesca é actividade predominante. A amostra inclui 22 distritos, sendo 5 da região sul, 10 do centro e 7 da região norte.

¹ Nos 22 distritos em estudo, a excepção de Mocimboa da praia e Zavala, a agricultura é a principal actividade económica (Ferreira & Almeida, 2003), e é a base fundamental das relações sociais.

4.3. Métodos de Análise

a) Método estatístico

Para a análise e identificação da associação entre HIV, a Segurança alimentar e a Pobreza foi aplicado o método estatístico descritivo²: método de correlação simples (bivariada). Este método de correlação foi usado para analisar a relação entre as seguintes variáveis a nível dos 22 distritos em estudo: (1) Prevalência do HIV e a Segurança alimentar e (2) Pobreza e Segurança alimentar.

O uso deste método foi fundamental para a avaliação do grau de correlação entre as variáveis agrupadas e, discussão de aspectos relacionados com a análise do efeito combinado do HIV/SIDA e da Pobreza sobre a segurança alimentar dos agregados familiares a nível dos distritos em estudo.

A análise foi feita com base em dados percentuais a nível de cada distrito:

Tabela 1: Variáveis usadas na análise bivariada

Variável	Fonte
Incidência da Pobreza (%)	Mapeamento da Pobreza em Moçambique, 2002
Prevalência do HIV (%)	GTM, 2003
Segurança alimentar (%) ³	Avaliação da Vulnerabilidade em Moçambique, 1999/2000

Por forma a complementar a discussão em torno do fenómeno em estudo, também foi feita uma análise comparativa entre cenários sob efeitos do HIV/SIDA e cenários de ausência da doença, de modo a consubstanciar a avaliação dos efeitos da epidemia sobre a segurança alimentar dos agregados familiares rurais.

b) Método Cartográfico

O uso da cartografia digital foi fundamental para a elaboração dos mapas temáticos (da pobreza, segurança alimentar e prevalência do HIV) e de enquadramento geográfico dos distritos em estudo. Para tal, usou-se o Sistema de Informação Geográfica (GIS), através dos softwares ArcView 3.2 e MapInfo 9.0.

² As simulações para a obtenção dos resultados das correlações entre as variáveis foram efectuadas no programa estatístico SPSS.

³ Importa referir que os dados originais estão dispostos em número de meses em que os agregados familiares têm disponibilidade de alimentos em meses. Para obter os valores em percentagem, foi preciso calcular a proporção dos meses de auto-provisão alimentar em relação aos doze meses do ano.

CAPÍTULO II

Revisão Bibliográfica

Em Moçambique, a pobreza e a prevalência da insegurança alimentar hoje, é uma realidade. Mais de metade dos moçambicanos vive em condições de extrema de pobreza⁴ e cerca de dez milhões vivem em agregados familiares sem segurança alimentar⁵. (Ministério do Plano e Finanças et al,1998).

De acordo com FAO (2003b), desde muito a humanidade vem debatendo-se com a preocupação pela segurança alimentar da população cada vez mais crescente. O subdesenvolvimento, a pobreza, as doenças, as calamidades naturais e as guerras são os factores que contribuem de certa forma para a insegurança alimentar dos agregados familiares.

MFP et al.(1998), refere que os principais determinantes da insegurança alimentar e da subnutrição em Moçambique são semelhantes às de outras nações da África subsahariana: a pobreza, exacerbada pelos baixos níveis de produtividade agrícola e a vulnerabilidade aos desastres naturais; os baixos níveis de educação, com consequências negativas sobre a capacidade do pobre em ganhar um salário e obter recursos fundamentais para a sua própria subsistência; morbidade e deficiente acesso aos serviços sanitários. Embora a disponibilidade dos bens alimentícios seja ainda um problema em certas zonas, o acesso e a sua utilização, mais que a sua disponibilidade, são os principais obstáculos à segurança alimentar dos agregados familiares rurais.

Aos determinantes da insegurança alimentar acima citados, Jackson (2004), ONUSIDA (2004) e SETSAN (2004), juntam o HIV/SIDA.

Ao infectar as pessoas em idade produtiva, o SIDA contribui para o agravamento do rácio de dependência, sobretudo em situações de carência alimentar, à medida que os adultos subnutridos avançam mais rapidamente para a fase terminal da doença. O

⁴No contexto moçambicano, o conceito de pobreza refere-se a incapacidade dos indivíduos de assegurar para si e para seus dependentes um conjunto de condições básicas mínimas para a sua subsistência e bem estar, segundo as normas da sociedade (PARPA, 2000).

⁵ De acordo com FAO (1996), a segurança alimentar pode ser definida como sendo a disponibilidade e acesso físico e económico dos indivíduos, aos alimentos em quantidade e qualidade suficiente, de uma forma permanente, para a satisfação das suas necessidades e preferências, por forma a levar uma vida activa e saudável.

HIV/SIDA dificulta a agricultura de tampão nos anos favoráveis para fazer face às carências alimentares nos anos de secas ou cheias, tornando os países mais vulneráveis às carências alimentares (Jackson, 2004).

Segundo Ferreira & Almeida (2003) e RNDH (2001), a maior parte da população moçambicana vive na zona rural e depende fundamentalmente da agricultura para a sua subsistência. A actividade agrícola é a base de desenvolvimento económico do país, ocupa mais de 80% da população e representa a principal fonte de recursos necessários para a segurança alimentar, saúde e educação da população rural.

Porém, o sector agrícola não está isento dos efeitos negativos do HIV/SIDA. A doença infecta e mata prematuramente um grande número de camponeses, o que provoca a perda de mão-de-obra, diminuição da produtividade e dos rendimentos agrícolas, dos bens familiares e redução da segurança alimentar a nível dos agregados familiares. (Toupouzis, 2003).

Dado que o SIDA afecta principalmente as faixas etárias mais produtivas, afecta a produtividade e a produção, incluindo a segurança alimentar dos agregados familiares, das comunidades, da economia sectorial e até nacional (Jackson, 2004).

Na realidade, é a nível micro, nos agregados familiares⁶, onde os efeitos devastadores do HIV/SIDA são especialmente perceptíveis. Os levantamentos efectuados na África Sub-sahariana referem que a existência de uma pessoa vivendo com SIDA no agregado familiar, levou à uma diminuição significativa do seu rendimento familiar e um aumento exorbitante de custos com cuidados médicos referentes às doenças oportunistas. A redução dos rendimentos conduziu à diminuição e gasto das poupanças e, conseqüente redução do poder de compra. Os agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA têm uma capacidade reduzida de lidar com a situação, uma vez que, o HIV/SIDA afecta directamente os indivíduos que se encontram na faixa etária produtiva (ONUSIDA, 2004).

O HIV/SIDA provoca a perda de rendimentos e da produtividade no agregado familiar. Impede as pessoas de produzir e esgota os rendimentos familiares que numa

⁶O agregado familiar refere-se ao conjunto de pessoas que coabitam na mesma casa, têm um orçamento comum e que reconhecem a um indivíduo como seu chefe, independentemente das suas relações de parentesco (INE, 1998). A maior parte dos agregados familiares da zona rural são lugares de produção e consumo.

situação normal poderiam adquirir alimentos. Se a pessoa infectada for a única responsável pelo sustento familiar, o impacto será especialmente grave. Os agregados familiares pobres correm maior risco de perder sua viabilidade económica e social, o que em último caso pode induzir à sua dissolução e abandono das crianças órfãs (Akyntola & Quinlan, 2003; ONUSIDA, 2004).

Por outro lado, mesmo em situações onde a colheita de milho é muito boa, o facto de haver um tão elevado grau de infecção por HIV implica o estabelecimento de mais intervenções de apoio alimentar à população do que seria necessário noutra situação. (SADC, 2003)

Os efeitos do HIV/SIDA são particularmente graves nos agregados familiares pobres. A doença agrava a sua situação e ameaça a segurança alimentar a longo prazo e, é provável que o HIV/SIDA também venha a aumentar a desigualdade relativa ao forçar os agregados familiares mais pobres a vender os seus patrimónios, incluindo os activos produtivos para sobreviver (Jackson,2004). De facto, segundo a mesma fonte, os impactos do HIV/SIDA sobre os agregados familiares são diversos e geralmente incluem a perda de rendimentos, das receitas e da mão-de-obra produtiva, o que leva à uma maior pobreza e nutrição inferior; aumento de despesas em serviços de saúde, transportes e funerais; redução das despesas em géneros alimentícios e outros serviços; maior carga de trabalho sobre as mulheres e crianças; recurso às economias e à venda do património, o que ameaça a segurança alimentar a longo prazo; maior pobreza e alargamento da desigualdade sócio-económica, a medida que os agregados familiares afectados entram na penúria.

Mather et al (2003), em análise dos dados do TIA⁷ 2002, constatou que os agregados familiares afectados podem ter sofrido perdas significativas nos rendimentos agrícolas, fora da fazenda ou no acesso e cultivo da terra, contudo os resultados da pesquisa disponíveis evidenciam que estes não eram considerados mais pobre em relação as famílias não afectadas. No entanto, segundo os mesmos autores, esta conclusão deve ser considerada não só no contexto de diferença de níveis socio-económicos entre as famílias

⁷ Pesquisa de Agricultura Familiar Nacional (TIA/2002), baseada numa amostra total de 4908 famílias rurais, colheu dados relativos a agricultura, pecuária, vendas, actividades fora da fazenda, uso de terra, fontes de rendimento, serviços. Também foram colhidas várias informações relacionadas com aspectos sócio-económicos e demográficos, fundamentais para a identificação do estado de morbilidade e nível de mortalidade entre a população de idade primária e sua relação com o HIV/SIDA.

rurais, mas também, dentro do contexto de que os efeitos do HIV/SIDA são acumulativos e sistemáticos.

Entretanto, de uma certa forma, os impactos da epidemia estão a minar os esforços de redução da pobreza e de alcance da segurança alimentar nos países muito afectados da África Austral tal como Moçambique. E, conforme progride o HIV/SIDA, é provável que se agrave a pobreza e a insegurança alimentar (ONUSIDA, 2004).

Por isso, a ONUSIDA/Banco Mundial (2001), refere que o HIV/SIDA está a condenar milhões de pessoas à miséria e à pobreza de modo que, se não haver esforços rápidos e eficazes para mitigar os seus efeitos sobre esta geração, sociedades inteiras tornar-se-ão disfuncionais, com consequências negativas para o desenvolvimento humano e mesmo para a segurança básica.

Assim, a ligação entre a segurança alimentar/nutricional e HIV/SIDA é bidireccional: HIV/SIDA pode aumentar a vulnerabilidade à insegurança alimentar/nutricional e, por sua vez, a insegurança alimentar pode contribuir para a susceptibilidade à infecção pelo HIV e seu progresso para a doença. Todavia a dinâmica da evolução da epidemia varia de acordo com as características agro-ecológicas, habitacionais e sócio-económicas de cada região. (SETSAN,2004a).

CAPÍTULO III

Enquadramento Geral da Área de Estudo

1. Localização Geográfica

Em relação à distribuição dos oceanos e continentes, Moçambique está localizado na costa oriental da África Austral, defronte da ilha de Madagáscar, da qual se separa pelo canal de Moçambique.

De acordo com MINED (1996), o país faz limite com Tanzânia a Norte, Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, Swazilândia e África do sul, a Ocidente e, República da África do sul a Sul. A leste é banhado pelo oceano Índico em toda a sua extensão, cerca de 2700 km, do Rovuma à Ponta d'Ouro. Com cerca de 799.380 km² de superfície, a República de Moçambique situa-se na África Austral, entre os paralelos 10^o 27' e 26^o 52' Sul e os meridianos 30^o 12' e 40^o 51' Este.

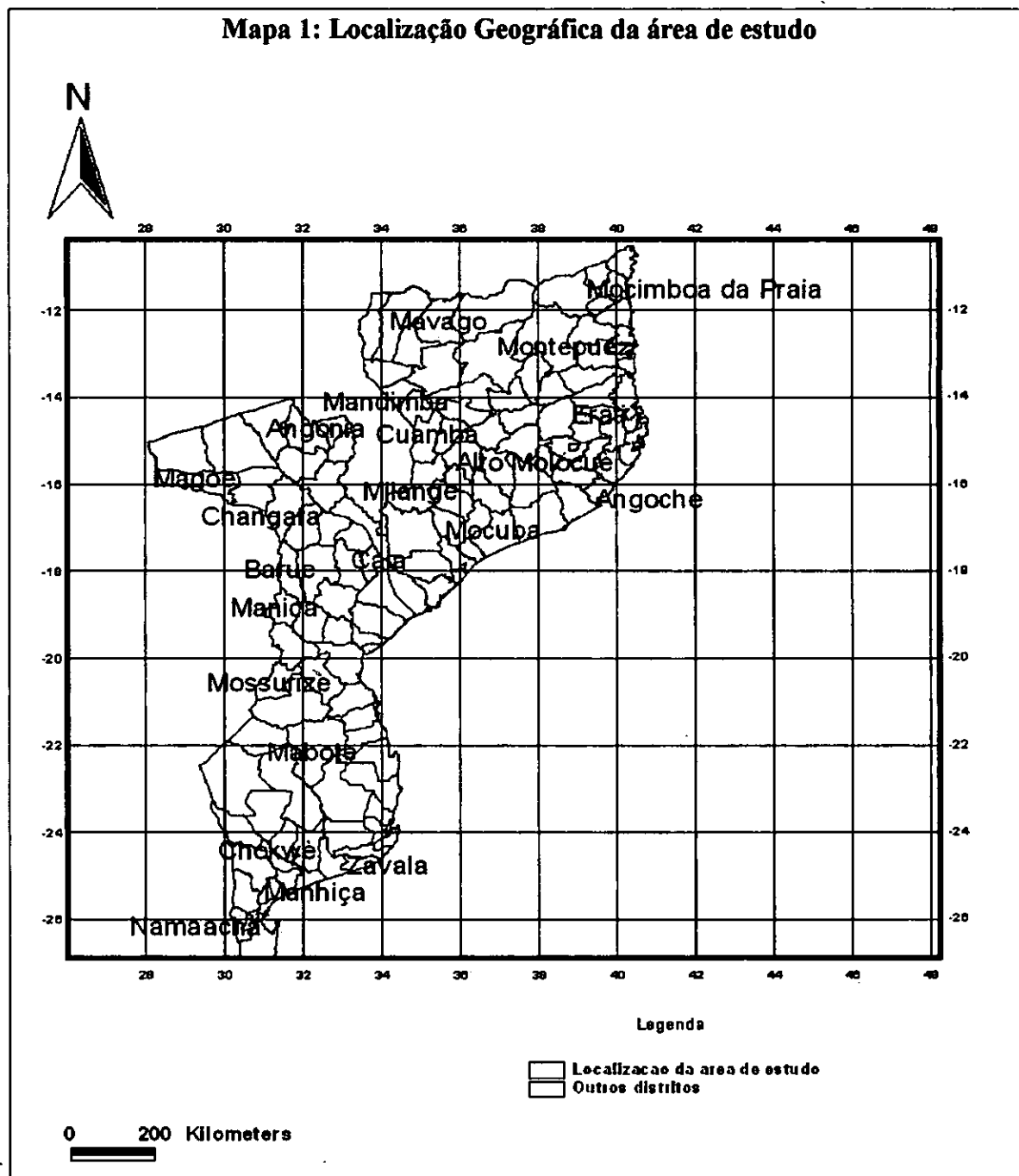
Administrativamente⁸, o país está organizado em onze (11) províncias, incluindo a Cidade de Maputo que tem estatuto de Província. Estas estão subdivididas em 146 distritos, dos quais, 128 são rurais e 18, urbanos. Por sua vez, os distritos estão subdivididos em postos administrativos, num total de 414, sendo 384 rurais e 30 urbanos. Em todo o país existem 979 localidades, das quais 953 são rurais e 26, urbanos. E, na hierarquia mais inferior, encontram-se os bairros urbanos (1090) e aldeias ou povoações (10527). (INE, 2005)

As províncias estão agrupadas em 3 três regiões: Região Sul, Centro e Norte. Como ilustra o Mapa-1, os 22 Distritos em estudo distribuem-se por estas três zonas a saber:

- *Zona Sul* – Distritos de Manhiça e Namaacha (Maputo-província), Chókwè (Gaza) e, Zavala e Mabote (Província de Inhambane);
- *Zona Centro* – Distritos de Mocuba, Milange e Alto Molócue (Província da Zambézia), Caia (Província de Sofala), Bárue, Manica e Mossurize (Província de Manica), Changara, Angónia e Magoé (Província de Tete);

⁸ A divisão territorial do país foi actualizada no período em que decorreu o II Recenseamento Geral da População.

- *Zona Norte* – Distritos de Mavago, Mandimba e Cuamba (Província de Niassa), Angoche e Erati(Província de Nampula) e, Montepuez e Mocímboa da Praia(Província de Cabo Delgado).



Fonte: Geolab/DINAGECA

2. Características Sócio-Económicas

Segundo Gaspar et al. (2001), o nível de desenvolvimento nacional é extremamente baixo. Moçambique conta com uma elevada incidência de pobreza rural, afectando cerca de 80% da população. O país é um dos mais pobres do mundo.

Na zona rural, onde vive a maior parte da população moçambicana, a disponibilidade de infra-estruturas e serviços básicos é precária, verificando-se deficiência no acesso a água potável, aos serviços sanitários, educação, electricidade, aos mercados, vias de comunicação que fazem ligação com zonas do interior entre outras carências. Nestas zonas, as habitações são predominantemente construídas de material precário do tipo *palhota*, com soalho de adobe ou terra batida. Estas características físicas das habitações também evidenciam o baixo nível de desenvolvimento sócio-económico da maior parte da população rural. (INE, 2000).

De acordo com o Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano RNDH,2001), a taxa de analfabetismo entre a população adulta é de 60,4%, sendo a zona rural, a área com elevada incidência do analfabetismo. Existe também, diferença considerável entre homens e mulheres. O nível de analfabetismo é mais elevado entre as mulheres do que entre os homens.

Das principais actividades laborais nas zonas rurais destacam-se a agricultura, que ocupa a maior parte da população, principalmente as mulheres, a pecuária e a caça. Nos distritos costeiros e onde existem recursos pesqueiros, a pesca é uma actividade relevante. Os outros ramos de actividade como a indústria, o comércio e os serviços, têm uma pequena representação.

A economia nacional é pouco diversificada e fundamentalmente, baseia se no sector agrícola centrado na pequena unidade produtiva familiar. Por outro lado, a capacidade produtiva do país é muito fraca devido a vários factores principalmente, investimento privado e público incipiente, elevada incidência da pobreza, vulnerabilidade aos desastres naturais e baixo desenvolvimento humano. O crescimento económico, portanto, tende a ser positivo mas insuficiente para produzir resultados desejados em termos de desenvolvimento sócio-económico e redução da pobreza. (Cramer & Pontara, 1998).

CAPÍTULO IV

Apresentação dos resultados

1. Segurança alimentar e Meios de subsistência

O acesso à alimentação em quantidade suficiente e qualidade de uma forma permanente é um direito universal de todo cidadão. (FAO,1996).

A segurança alimentar da maioria dos agregados familiares da zona rural de Moçambique é fortemente determinada pela produção alimentar. Estes são produtores de bens alimentares de base para a sua própria alimentação e dependem fundamentalmente das condições agro-ecológicas prevaletentes a nível local. A segurança alimentar, depende também da mão de obra familiar, ambiente sócio-económico, saúde dos produtores, vulnerabilidade aos desastres naturais entre outros factores que conduzem à insegurança alimentar. Apesar dos agregados familiares rurais produzirem culturas para o seu próprio consumo (vide tabela A1, em anexo), a prevalência de insegurança é uma realidade em muitos distritos da zona rural do país.

Tabela 2: Capacidade de Auto-provisão alimentar (1999/2000)

	Região	Distritos	Meses de Auto-provisão	Condição de acesso alimentar
1	Sul	Namaacha	6-9	Deficitário
2		Manhiça	< 6	Altamente deficitário
3		Chókwè	< 6	Altamente deficitário
4		Zavala	9-12	Auto-suficiente
5		Mabote	6-9	Deficitário
6	Centro	Mossurize	≥ 12	Excedentário
7		Manica	≥ 12	Excedentário
8		Bárue	≥ 12	Excedentário
9		Caia	6-9	Deficitário
10		Changara	6-9	Deficitário
11		Mágoé	6-9	Deficitário
12		Angónia	≥ 12	Excedentário
13		Milange	≥ 12	Excedentário
14		Mocuba	9-12	Auto-suficiente
15		Alto Molócue	≥ 12	Excedentário
16	Norte	Angoche	≥ 12	Excedentário
17		Erati	≥ 12	Excedentário
18		Montepuez	≥ 12	Excedentário
19		Mocímboa da praia	≥ 12	Excedentário
20		Cuamba	≥ 12	Excedentário
21		Mandimba	≥ 12	Excedentário
22		Mavago	≥ 12	Excedentário

Fonte: MSF/CIS et al (2000)

Tendo em conta os resultados da actualização da Avaliação da Vulnerabilidade feita para o período 1999/2000, referentes aos 22 distritos em estudo (vide tabela 2), constata-se que:

- i) Os distritos de Chókwè e Manhiça (9,09%), com menos de seis meses de capacidade para auto-provisão alimentar, encontram-se na categoria de distritos altamente deficitários;
- ii) Os distritos de Namaacha, Mabote, Caia, Changara e Mágoe (22,72%), com disponibilidade de alimentos entre 6-9 meses, são classificados como distritos com capacidade de auto-provisão alimentar deficitária;
- iii) Os distritos Zavala e de Mocuba (9,09%), com disponibilidade alimentar entre 9-12 meses, são auto-suficientes;
- iv) 13 distritos (59,09%), são considerados de excedentários em termos de capacidade de auto-provisão alimentar.

Importa salientar que, este último grupo de distritos encontra-se localizado em zonas com elevado potencial agrícola e menos vulneráveis aos desastres naturais seca e inundações, ao contrário dos distritos que estão na categoria de altamente deficitários e deficitários. Estes estão localizados em zonas pouco aptas à prática agrícola e/ou susceptíveis aos desastres naturais com destaque para a seca e as inundações cíclicas.

A condição sócio-económica é outro factor importante para a segurança alimentar das famílias rurais. Nos agregados familiares pobres, por exemplo, o investimento agrícola é quase inexistente; os resultados da produção agrícola são baixos. A maior parte destes agregados não tem outra fonte de rendimento e dependem quase exclusivamente da agricultura para a sua subsistência, o que os deixa numa situação de vulnerabilidade alimentar, mesmo os que vivem nos distritos altamente produtivos da zona centro e norte do país. (MADER et al., 2001). As outras fontes de rendimento são o pequeno comércio (venda de produtos agrícolas, animais de pequena espécie, produtos artesanais, lenha, carvão, bebidas tradicionais), pesca, caça, ofertas, donativos e, por vezes emprego formal. (vide tabela 2, em anexo).

No período de escassez de alimentos ao nível dos agregados familiares pobres, estes adoptam estratégias de sobrevivência, sendo as mais comuns, o ganho-ganho⁹,

⁹ Ganho-ganho refere-se ao trabalho em troca de dinheiro ou géneros alimentícios.

redução do número de refeições e consumo de frutos e plantas silvestres. Também, recorrem aos donativos, remessas, esmolas e à venda ou penhora de bens duráveis¹⁰.

2. Prevalência do HIV/SIDA

O HIV é contraído através de relações sexuais não protegidas. Contamina-se também, através de transfusões de sangue contaminado, objectos cortantes e perfurantes contaminados e não esterilizados e a partir de uma mãe grávida para o seu filho durante a gravidez, o parto ou amamentação. E, o SIDA é a fase mais avançada da infecção pelo HIV. (Jackson, 2004)

A estimativa das taxas de prevalência do HIV em Moçambique tem-se baseado na extrapolação de dados recolhidos a partir de postos de Vigilância epidemiológica, desde 2001, em 33 dos 144 distritos administrativos existentes no país (Arnaldo & Francisco, 2004).

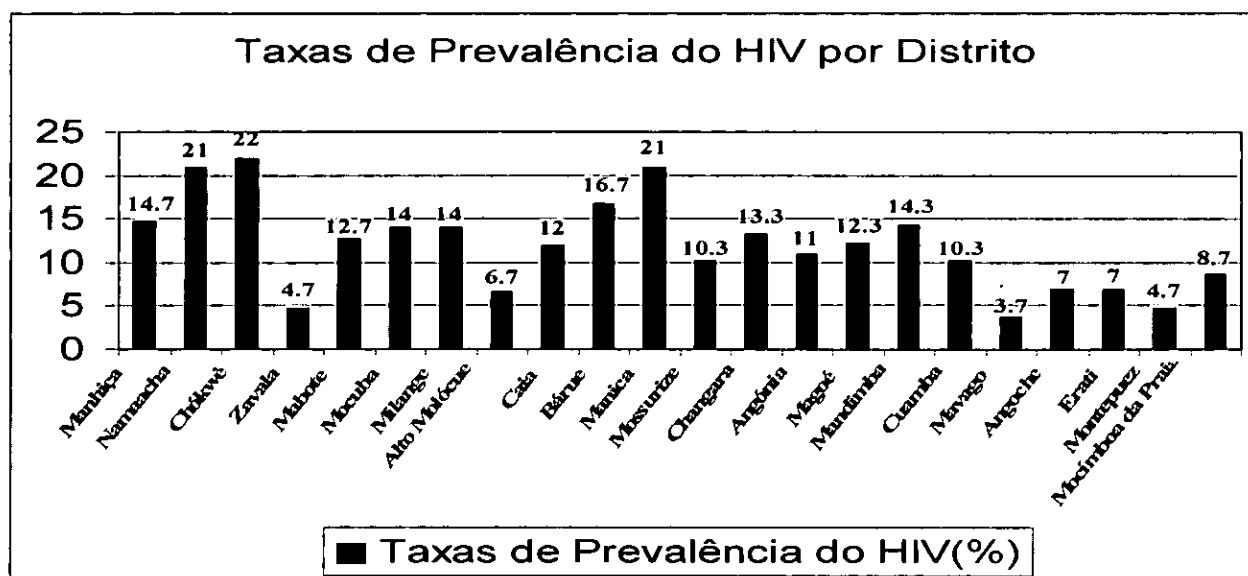
Analisando as taxas de prevalência observadas nos distritos em estudo (gráfico 1), nota-se que existe pequena disparidade entre os distritos da mesma região, embora existam alguns da mesma província que têm casos semelhantes, tais como os dos distritos de Mocuba e Milange (14%) e Angoche e Erati (7%). Em termos gerais, constata-se que os distritos de Chókwè (22%), Namaacha (21%) e Manica (21%), são os que apresentam a taxa de prevalência do HIV mais elevadas, enquanto que os distritos de Mavago (3.7%), Zavala (4.7%), Montepuez (4.7%) e Alto Molócue (6,7%), apresentam os valores mais baixos. Assumindo que existe uma correlação positiva entre a prevalência do HIV e movimentos populacionais (Barreto et al.2002), isso pode ser explicado pelo facto dos distritos de Chókwè e Namaacha da zona sul do país e o distrito de Manica na zona centro, fazerem fronteira com a África do Sul e Zimbabwe respectivamente, países que apresentam taxas de seroprevalência entre a população adulta mais elevadas em relação a Moçambique. Porém, a explicação do padrão regional e provincial da taxa de prevalência do HIV carece de dados que sustentem os argumentos dominantes sobre o papel da migração na propagação da epidemia do HIV/SIDA (Arnaldo & Francisco,2004).

¹⁰ A venda de bens activos para poder comprar alimentos de base não é uma opção para muitos agregados familiares pobres porque elas têm pouco ou não têm nada para vender. (MADER et al,2000)

De uma forma geral, para além da mobilidade espacial da população, a disparidade das taxas de prevalência entre os distritos pode ser explicada pelas determinantes sócio-económicas e culturais associadas ao comportamento e ao estilo de vida das pessoas, condições de vida e disponibilidade do capital físico existente nos locais de residência.

A ronda de vigilância epidemiológica do HIV efectuada pelo Grupo Técnico Multisectorial (GTM) em 2002, apresentou os seguintes resultados para os 22 distritos em estudo:

Gráfico 1. Taxas de prevalência do HIV¹¹ por distrito (2002)



Fonte: GTM, 2003

A situação geral do HIV/SIDA em Moçambique é preocupante. As taxas de prevalência do HIV têm mostrado uma tendência de crescimento, subindo de cerca de 12 % em 1998 para 13.6% em 2002. (GTM, 2003), e com esta tendência, estima-se que até finais de 2008, mais de um milhão de moçambicanos venham a morrer por causa do SIDA. (INE, et. al, 2002).

¹¹ De acordo com INE et al (2004), a taxa de prevalência do HIV em adultos é medida a partir de dados colectados de mulheres grávidas que se apresentam na sua primeira consulta pré-natal nos 36 centros de saúde que funcionam como Postos Sentinela (PS). Os dados foram recolhidos numa amostra de 300 mulheres grávidas (15-49 anos de idade) que se apresentaram de uma forma consecutiva em cada Posto Sentinela (GT,2003).

De facto, os níveis de prevalência do HIV/SIDA em Moçambique estão aumentando mais rapidamente nas regiões sul e norte. Porém, prevê-se que o maior número de óbitos ocorrerá na região centro, uma vez que é a região mais populosa, com a prevalência mais elevada e de maior duração. (Arnaldo & Francisco, 2004).

3. Incidência da Pobreza

Tendo em conta o perfil da pobreza¹², constata-se que, com a maior parte de moçambicanos vivendo nas zonas rurais, a pobreza em Moçambique é um fenómeno predominantemente rural. De facto, com alta incidência da pobreza¹³, afectando a maioria dos 79,7% da população moçambicana que vive no campo, muitos moçambicanos vivem privações tanto medidas em termos de consumo como aferidos quanto ao acesso aos serviços sociais básicos. (MPF e tal. 1998). Mas, existe uma variação significativa nos índices de pobreza entre os distritos da zona rural. Além das diferenças entre esses distritos, existem diferenças entre distritos da mesma província.

Observando os dados apresentados na tabela 3, nota-se que o índice geral da pobreza em todos os distritos em estudo é elevado, embora existam certas diferenças entre os distritos. Com efeito, os distritos de Caia (91), Zavala (90), Mabote (89), Angónia (86), Alto Molócue (85) Erati (84), Magoé (76), Manhiça (71), Milange (71) e Mavago (71), são os que apresentam os níveis de incidência da pobreza mais elevados. Numa categoria intermédia, surgem os distritos de Manica (68), Changara (67), Chókwè (64), Namaacha (64), Mocuba (64), Cuamba (61), Mocímboa da Praia (59), Mandimba (59), que apresentam taxas relativamente moderadas e por fim, existe o grupo de distritos com baixo índice de incidência relativamente à média nacional nesse mesmo período:

Bárue (53), Montepuez (52), Angoche (47), Mossurize (48). Por outro lado, pode-se constatar que, mesmo nos distritos da mesma província existem diferenças entre si.

¹² Um perfil de pobreza caracteriza a natureza num país ou região, avalia a magnitude da pobreza e sua distribuição pelos grupos sócio-económicos, fornece uma informação sobre as características dos pobres, ilustra a heterogeneidade entre os pobres e, ajuda a identificar os correlatos empíricos da pobreza. (MPF et al.,1998)

¹³ De acordo com MPF et al (1998), a incidência da pobreza é a proporção da população cujo consumo per capita está abaixo da linha da pobreza e, matematicamente, expressa-se como $P_0 = q/n$, onde, q é o número de pessoas pobres numa dada região e n representa a população total dessa mesma região.

Tabela 3: Incidência da pobreza por Distrito (1996-97)

	Região	Distritos	Incidência da pobreza(%)	Número dos pobres
1	Sul	Namaacha	64	18 760
2		Manhiça	71	89 564
3		Chókwè	64	106 073
4		Zavala	90	112 192
5		Mabote	89	33 892
6	Centro	Mossurize	48	57 805
7		Manica	68	104 541
8		Bárue	53	41 568
9		Caia	91	50 173
10		Changara	67	78 067
11		Mágoé	76	28 507
12		Angónia	86	206 373
13		Milange	71	223 338
14		Mocuba	64	131 412
15		Alto Molócue	85	138 510
16	Norte	Angoche	47	105 967
17		Erati	84	170 170
18		Montepuez	52	75 824
19		Mocímboa da praia	59	42 603
20		Cuamba	61	74 318
21		Mandimba	59	45 240
22		Mavago	71	7 814

Fonte: MPF, 2002

O rendimento e o consumo familiar são indicadores fundamentais da pobreza. Ora, apesar dos agregados familiares rurais produzirem os seus próprios bens alimentícios, eles também necessitam de dinheiro para comprar alimentos nos períodos de escassez e executar outras despesas, principalmente as relacionadas com a saúde e educação.

Porém, enquanto as tendências de redução da pobreza mostram-se satisfatórias, os níveis de pobreza em Moçambique ainda permanecem altos. Quase 10 milhões de moçambicanos ainda vivem na pobreza absoluta. A pobreza é em grande medida, derivada de baixo rendimento per capita, produção agrícola baixa, vulnerabilidade aos desastres naturais, falta de fontes de rendimento alternativos, baixo índice de desenvolvimento rural, elevado índice de dependência demográfica e de analfabetismo, crescimento económico fraco, e deficiente acesso ao mercado e aos serviços sociais básicos como saúde, educação e água potável. (MPF et al., 1998).

CAPÍTULO V

Relação entre o HIV/SIDA, Segurança alimentar e a Pobreza

1. Determinantes da segurança alimentar

Em Moçambique há diversos factores¹⁴ que influenciam na segurança alimentar dos agregados familiares tais como condições agro-ecológicas prevalentes a nível local, disponibilidade e acesso à terra, vulnerabilidade aos desastres naturais (secas, inundações, pragas, doenças de animais), nível de produção agrícola, condições sócio-económicas, acesso ao mercado, e contaminação por doenças principalmente a malária, a tuberculose, a cólera e o HIV/SIDA.

A vulnerabilidade de uma determinada família em relação a insegurança alimentar depende da sua capacidade de resposta (por exemplo, recursos humanos, financeiros, físicos) aos “choques”¹⁵ e sua habilidade para adoptar estratégias de sobrevivência no contexto dos fenómenos externos negativos.

Dada a frequência e a intensidade de cada factor, os determinantes da segurança alimentar podem ser categorizados segundo os níveis de importância. Para os propósitos do presente estudo, apenas serão analisados os factores HIV/SIDA e os associados a Pobreza.

Ora, se o bem-estar dos agregados familiares no que refere a segurança alimentar depende da sua própria condição sócio-económica ou nível de rendimento familiar e de disponibilidade e acesso aos bens alimentares, bem como do seu estado de sero-prevalência do HIV, obviamente cada factor exerce sua influência. Portanto, para avaliar até que ponto a prevalência de HIV e a Pobreza afectam a segurança alimentar a nível dos agregados familiares, nesta secção apresentam-se os resultados da correlação entre a nível de auto-provisão alimentar e a taxa de prevalência do HIV, observados nos distritos rurais com postos de vigilância epidemiológica do HIV, incluindo a relação entre os mesmos níveis de segurança alimentar com incidência da pobreza observados nesses mesmos distritos. Para consubstanciar as análises, foi necessária a estimação do método estatístico de análise bivariada: Cálculo da correlação simples

¹⁴ De acordo com SETSAN (2004a), estes factores ou riscos, podem ser categorizados em covariantes, se afectam toda a comunidade ou idiossincráticos, quando afectam apenas determinadas famílias (ex: doenças, pobreza).

¹⁵ Os choques referem-se aos fenómenos externos negativos

1.1. Análise Bivariada

Para efeitos de análise comparativa e de identificação do grau de associação entre cada determinante e o nível de auto-provisão alimentar observado a nível distrital, as variáveis foram agrupadas da seguinte forma: (i) Taxa de prevalência do HIV e Meses de auto-provisão alimentar e (ii) Incidência da pobreza e Meses de auto-provisão alimentar. As tabela 4 apresenta os coeficientes de correlação de Person,

Dado que a maior parte dos distritos em estudo tem uma capacidade de auto-provisão alimentar excedentária, primeiro foram analisados todos os distritos, depois foi necessário analisar apenas os distritos que não são categorizados como excedentários.

1.1.1. Impacto do HIV/SIDA sobre a segurança alimentar

De acordo com os coeficientes da correlação (Tabelas 4 e 5), nota-se que a associação entre a prevalência do HIV e Segurança alimentar é estatisticamente significativa, tanto na análise de todos os 22 distritos como, de apenas 8 não excedentários. Estes resultados indicam o sentido desta associação, sugerindo que quanto maior a taxa de prevalência do HIV, menor será a capacidade de auto-provisão alimentar.

Estes resultados evidenciam uma consistência com estudos similares realizados em Moçambique como na África sub-sahariana. Por exemplo, o SETSAN (2004a), refere que o HIV/SIDA criará impactos significativos no sector agrícola e nos meios de subsistência das famílias rurais, o que comprometerá a segurança alimentar.

A relação entre o HIV/SIDA e a segurança alimentar deve ser analisada por um lado, tendo em conta a interacção do HIV/SIDA com outros factores, principalmente as condições sócio-económicas de cada agregado familiar e em que medida os agregados familiares conseguem responder ao choque; por outro lado, deve-se ter em consideração que na actual fase da evolução da epidemia em Moçambique, os efeitos da epidemia ainda são pouco significativos relativamente aos outros países muito afectados da África austral. (Ibdem)

Analisando alguns estudos realizados em vários países da África Sub-sahariana, constata-se que, o impacto do HIV/SIDA no sector agrícola é assustador: campos mais distantes são abandonados, campos próximos são sub-explorados e, a ocupação em cuidados do paciente obrigam a mudança de culturas com maior exigência de trabalho

para outras menos exigentes, o que provoca a perda de variedades fundamentais para a dieta alimentar e geração de rendimentos, o abandono ou venda do gado, desvio do escasso capital disponível para os cuidados médicos, despesas funerárias e alimentares, e, em casos extremos, conseqüente venda dos bens activos. (Jackson, 2004; ONUSIDA, 2004).

No contexto moçambicano, um estudo referente ao Impacto do HIV/SIDA sobre o conhecimento dos agricultores relativamente à semente, efectuado no distrito de Chókwe em 2003¹⁶, concluiu que 45% das famílias afectadas reduziram as suas áreas de cultivo e 60 % reduziu o número de crescimento de colheitas.

Pode-se prever que os efeitos de morbilidade, custos de saúde e a perda de membros activos da família devido a SIDA e, o aumento do número de crianças órfãs, resultam no agravamento da insegurança alimentar e nutricional a nível do agregado familiar afectado.

De facto, isso indica que a epidemia do HIV/SIDA ao recair principalmente sobre o grupo populacional em idade activa, pode dificultar a capacidade produtiva do agregado familiar, sobretudo, daqueles que dependem de meios de subsistência pouco estáveis.

O acesso e posse da terra são fundamentais para a subsistência de quase todas as famílias rurais. Mas, devido a morbilidade e mortalidade que a doença implica, particularmente se for o chefe da família, os sobreviventes podem perder o direito do seu uso e aproveitamento, por apropriação pelos parentes ou devido ao sub-uso, o que em último caso poderá comprometer a segurança alimentar da família. (SETSAN, 2004)

Neste contexto, tendo em consideração que a segurança alimentar dos agregados familiares rurais depende em grande medida da sua própria produção, pode-se prever que a epidemia irá ameaçar não só os meios de subsistência familiar como também, a sua capacidade de resposta aos choques nos períodos de “stress” alimentar.

¹⁶ (ICRISAT/CGIAR, 2003).

1.1.2. Pobreza e Segurança alimentar

A tendência do sentido da associação destas duas variáveis é inversa relativamente a associação apresentada na secção anterior, mas é consistente com a evidência de que as condições agro-ecológicas e prevalescentes a nível local e a vulnerabilidade aos desastres naturais, são os factores que mais explicam a capacidade de auto-provisão alimentar dos agregados familiares nas zonas rurais.

Como se pode observar nas Tabelas 4 e 5, os resultados da correlação evidenciam uma associação estatística fraca ($r = 0.15$ e $r = -0.15$, respectivamente) entre as variáveis, ressaltando a ideia de que com a pobreza tão generalizada entre as famílias rurais, o investimento no sector agrícola familiar é muito baixo. O sentido desta associação indica que a redução dos níveis de incidência da pobreza é fundamental para o aumento da auto-provisão alimentar dos AF's rurais e, sugere que melhorias nas condições sócio-económicas das famílias são extremamente importantes para a redução da vulnerabilidade à insegurança alimentar e fortalecimento da sua resistência aos choques.

Dado que a maior parte da população dos distritos em estudo está fortemente relacionada com o sector agrícola, e dela depende para produção dos seus alimentos, a elevação da produtividade na agricultura mediante o uso de novas tecnologias (ex.: infra-estruturas de irrigação) e de insumos agrícolas (ex.: fertilizantes, sementes melhoradas, tracção animal, culturas resistentes a seca), contribuirá significativamente para a segurança alimentar do agregado familiar. Porém, como os AF's também necessitam de dinheiro, não só para a realização da suas despesas não-alimentares, como também para a compra de alimentos no período de escassez alimentar, a diversificação das fontes de rendimento e o cultivo de culturas com elevado valor comercial, é fundamental para o aumento do seu poder de compra. Estas medidas devem ter em conta o acesso fácil aos mercados, melhoramento e expansão das infra-estruturas sócio-económicas rurais (ex.: vias de comunicação, agro-indústria, serviços de crédito, de informação dos mercados e de extensão, escolas, hospitais, abastecimento de água potável). Por outro lado, a redução da pobreza deve ter especial atenção ao género e a melhoria das condições de vida da mulher, útil para a sustentabilidade do desenvolvimento em Moçambique. (RNDH, 2001)

Tabela 4: Coeficientes de correlação de Person (8 distritos)

Indicador	Coeficientes de Correlação	
	(r)	(r ²)
% Taxa de prevalência do HIV	- 0.61	0.37
% Incidência da Pobreza	0.15	0.02
Constante: % de auto-provisão alimentar		

Tabela 5: Coeficientes de correlação de Person (todos os distritos)

Indicador	Coeficientes de Correlação	
	(r)	(r ²)
% Taxa de prevalência do HIV	- 0.50**	0.25
% Incidência da Pobreza	- 0.15	0.02
Constante: % de auto-provisão alimentar		

Nota: ** A correlação é significativa a nível de 0.01

1.1.3. HIV/SIDA, Pobreza e Segurança alimentar

Tendo em consideração que a pobreza é um fenómeno estrutural e é uma realidade nas zonas rurais, estes resultados sugerem que a combinação da pobreza com o HIV/SIDA poderá agravar significativamente os níveis de consumo alimentar dos agregados familiares.

De facto, com uma pobreza tão generalizada e com um rendimento tão baixo, a maioria dos moçambicanos não dispõe de recursos suficientes para garantir que estejam sempre em condições de poder obter bens alimentícios para a satisfação das suas necessidades. E a sua pobreza coloca-os num risco maior de não poder obter segurança alimentar, se o agregado familiar sofrer algum choque tal como a morte de um ganha-pão (MPF et al, 1998) ou doença crónica em um membro em idade activa, o que pode conduzir a um crise alimentar aguda ou a fome. Evidentemente, as famílias pobres têm capacidades limitadas de lidar com choques. Este facto indica que, os efeitos da morbimortalidade relacionados com o HIV/SIDA, podem exacerbar os débeis meios de subsistência dos pobres e deixá-los numa situação crítica.

De acordo com UNICEF (2001), num estudo realizado na Costa de Marfim, constatou-se que quando um membro da família sofria de SIDA, o rendimento médio do agregado diminuía em cerca de 52 a 67% e os custos de saúde quadruplicavam. E a medida que a doença progredia, os rendimentos reduziam, os custos dos cuidados ao

doente aumentavam, a produção e o consumo alimentar sofriam uma redução significativa.

Neste caso, o HIV/SIDA ao incidir num contexto dominado pela pobreza e insegurança alimentar, tal como Moçambique, não só pode anular os esforços alcançados em termos de desenvolvimento como também, poderá agravar a situação das populações mais carenciadas.

Dado que, segurança alimentar depende em grande medida das condições agro-ecológicas prevalentes a nível local, dos recursos existentes na família (por exemplo, recursos humanos, financeiros, naturais e bens duráveis), estado de saúde dos seus membros, eficácia dos seus meios de subsistência, relação entre a família e os membros da comunidade e do nível de desenvolvimento da própria comunidade, o combate ao HIV/SIDA e a redução da pobreza realçam a importância do fortalecimento da resistência dos agregados familiares pobres contra os 'choques' e, melhoria dos indicadores sócio-económicos a nível comunitário.

2. Áreas Geográficas-alvo Prioritárias

Segundo os resultados e as análises efectuadas nas secções anteriores, pode-se constatar que a epidemia do HIV/SIDA cria efeitos multisectoriais e ameaça o desenvolvimento de um determinado território. No contexto da relação entre o HIV/SIDA e a segurança alimentar nas zonas rurais de Moçambique, é fundamental a identificação do impacto da doença em torno dos meios de subsistência familiar em interacção com os factores sócio-económicos associados a pobreza, analisando diferentes áreas geográficas. Esta abordagem permite a compreensão de riscos de vulnerabilidade a insegurança alimentar de determinados grupos populacionais e determinadas áreas, o que é importante para a adopção de estratégias de intervenção ajustadas a cada realidade.

Para a questão racionalização dos recursos e de intervenção rápida e eficaz, visando a mitigação dos impactos do HIV/SIDA sobre a segurança alimentar, os programas e os apoios devem ser alocados às regiões ou grupos populacionais, pela ordem de prioridade.

De acordo com os propósitos do presente estudo, a identificação das áreas geográficas-alvo prioritárias baseou-se nos seguintes indicadores: Prevalência do HIV

entre a população adulta (15-49 anos de idade), vulnerabilidade à insegurança alimentar e índice da incidência da pobreza a nível distrital.

As causas de insegurança alimentar são multifacetadas e actuam de forma diferente. Analisando os 22 distritos em estudo (vide Tabela A5 em anexo), nota-se que o maior nível de prevalência de insegurança alimentar encontra-se na região sul do país. Isso pode ser explicado por uma combinação de factores que afectam, tanto a segurança alimentar, como a saúde e o bem-estar dos agregados familiares. De facto, os indicadores de segurança alimentar nos distritos em estudo evidenciam que cada distrito enfrenta diferentes níveis de riscos associados ao HIV/SIDA e a Pobreza e, como consequência, apresentam diferentes níveis de prevalência e severidade da insegurança alimentar. Com efeito, os distritos de Chókwè e Manhiça, Mabote e Namaacha da região sul do país e os distritos de Mágoé e Changara, da província de Tete (todos localizados em zonas semi-áridas), devem ser áreas de maior prioridade de intervenção, dado que, para além de riscos associados às condições agro-ecológicas prevaletentes, apresentam níveis significativos de prevalência do HIV e de incidência da pobreza.

Devido a sua localização na zona semi-árida da interior da província de Inhambane, o distrito de Mabote apresenta uma situação de insegurança alimentar subjacentemente condicionada pela estiagem. Nos períodos de escassez alimentar os AF's normalmente reduzem o número de refeições e o consomem frutos e plantas silvestres. (MADER et al. 2001). Neste contexto, pode-se prever que o aumento da taxa de prevalência do HIV entre a população adulta, associada aos efeitos da pobreza, venha agravar consideravelmente a insegurança alimentar das famílias locais.

Nos distritos de Manhiça, Chókwè e Namaacha a situação é relativamente menos precária devido aos mecanismos de sobrevivência adoptados pelas famílias locais tais como comércio informal, migração para os países vizinhos (África do Sul e Swazilândia), remessas e melhores condições de acesso ao mercado, com excepção da parte sul do distrito de Namaacha e do posto administrativo de Macarretane no distrito de Chókwè, onde existe um número considerável de população carenciada. Mas, em todos estes distritos, além da redução da pobreza há que se dar especial atenção à questão de prevenção da infecção pelo HIV, visto que as níveis das taxas de prevalência do HIV são preocupantes.

Os distritos de Mágoé e de Changara, ambos da província de Tete, também são distritos que devido a sua localização, apresentam níveis baixos de segurança alimentar. A semelhança do distrito de Mabote, o distrito de Mágoè, é altamente vulnerável, na medida em que os solos e o clima local não favorece bom rendimento agrícola, tanto mais que a vulnerabilidade à seca e as condições associadas a pobreza, deficiente acesso aos mercados, contribuem de certa forma para a insegurança alimentar de muitos AF's locais. (MADER et al, 2001).

Contudo, é preciso ressaltar que apesar de alguns distritos basicamente da região norte do país apresentarem baixo nível de prevalência da insegurança alimentar e do HIV, estes podem "omitir" certas situações de vulnerabilidade agravadas pela condição de pobreza. Isso sugere que é de extrema importância a adopção de análises desagregadas por áreas geográficas mais pequenas (posto administrativo e localidade).

Dado que, os efeitos do HIV/SIDA são acumulativos e sistemáticos, há necessidade de adopção de intervenções efectivas e específicas, visando potenciar a "resistência" das famílias e das comunidades aos "choques" derivados da epidemia e da Pobreza e, reforçar os seus meios de subsistência a longo prazo. Esta abordagem é fundamental para o estabelecimento de intervenções que visem reduzir os riscos de insegurança alimentar e adopção de medidas para mitigar os impactos potenciais dos riscos e de estratégias que visam responder adequadamente aos efeitos do risco, depois de afectar a família¹⁷.

Embora, os resultados evidenciam que existem algumas diferenças significativas na natureza da vulnerabilidade à insegurança alimentar devido ao HIV/SIDA e à Pobreza, as estratégias de segurança alimentar e nutrição devem ser dirigidas para todos os distritos do país.

Portanto, de acordo com SETSAN (2004b), a abordagem de áreas geográficas-alvo prioritárias pode contribuir para o fornecimento de directrizes gerais de orientação de programas e projectos específicos de assistência social e de mitigação dos efeitos do HIV/SIDA, principalmente para o governo e para as ONG's que operam nos domínios de segurança alimentar e HIV/SIDA; permite a elaboração de estratégias adequadas a

¹⁷ Esta abordagem é apresentada com mais detalhes em Holzmann & Jorgensen (2001).

cada realidade local e desenvolvimento de meios de verificação, usando indicadores facilmente mensuráveis.

3. Grupos populacionais vulneráveis

Os níveis de pobreza são mais altos nas zonas rurais, e os custos directos e indirectos de HIV/SIDA tem sido e continuarão a ter como proveniência e origem directa nestas áreas. A vulnerabilidade ao impacto do SIDA depende da base de recursos existentes na família; as circunstâncias e o estado de saúde dos seus membros; o sexo e a idade do elemento doente; e que habilidade a família tem para oferecer resistência¹⁸ aos efeitos derivados da doença.(SETSAN, 2004a).

É evidente que os agregados familiares pobres não conseguem obter alimentos suficientes através da sua própria produção de culturas ou de animais, e aparentemente não têm meios sustentáveis de aceder aos alimentos por via comercial. Pode-se prever que estes, quando afectados pela epidemia, possam ter dificuldades acrescidas em termos de disponibilidade, acesso e utilização de alimentos suficientes para a sua subsistência, o que em último caso, poderá conduzir ao estado de crise alimentar. Estes agregados familiares são extremamente vulneráveis, na medida em que, o HIV/SIDA poderá torná-los incapazes de manter a segurança alimentar sem apoio externo directo e contínuo.

Tendo em conta que a prevalência do HIV/SIDA é mais significativa entre a população adulta, os agregados familiares pobres que tenham apenas dois membros em idade activa e tenha pessoas dependentes, são particularmente susceptíveis a experimentar a insegurança alimentar devido a doença. Por exemplo, as famílias pobres com crianças menores de 5 anos e com apenas dois membros em idade activa estão sujeitas a um risco mais alto de experimentar a insegurança alimentar do que as famílias com mais de dois membros em idade activa.

Jackson (2004), refere que as mulheres são vulneráveis aos efeitos do HIV/SIDA, uma vez que existem evidências de que a epidemia está aumentando o número de mulheres a viver na penúria devido a doença e morte dos maridos aliado à perda de

¹⁸ De acordo com Gillespie & Loevinshon (2003), no contexto do HIV/SIDA, *resistência* refere-se as respostas adoptadas pelos indivíduos, com vista a mitigar os impactos da doença a diferentes níveis, ou recuperar-se rapidamente, voltando ao nível aceite como normal.

rendimentos. No caso específico de Moçambique, devido as razões culturais, principalmente na região sul, quando o marido perde a vida, os membros familiares da parte deste, apoderam-se de todos os bens da família, o que pode tornar a mulher susceptível à insegurança alimentar e propensa a adoptar o sexo comercial, como uma estratégia de sobrevivência. De facto, as mulheres são biológica, social e economicamente susceptíveis a infecção pelo HIV e mais vulneráveis ao impacto de SIDA associado a pobreza. (SETSAN,2004a).

As crianças são também um grupo populacional a ter em conta. A perda de um ou ambos pais pode afectar a aquisição de vários tipos de conhecimentos e habilidades para as crianças sobreviventes, tornando-as menos capacitadas para continuar com a actividade agrícola ou gerar rendimentos fora da fazenda. Isto pode obrigá-las a abandonar a agricultura e tornarem-se propensas ao trabalho infantil e adopção de estratégias de sobrevivência insustentáveis.

Para a questão dos grupos populacionais vulneráveis, a assistência social formal e informal surge como importante mecanismo de mitigação dos efeitos do HIV/SIDA.

O governo não tem capacidade, nem recursos suficientes para responder à crescente demanda de pessoas carenciadas. Mas pode, no contexto do HIV/SIDA e mediante critérios de prioridade, elaborar uma estratégia eficaz e integrada com vista a providenciar assistência social indispensável às famílias afectadas, ao mesmo tempo em que estabelece parceria com outros intervenientes (ex. ONG's, CBO's, parceiros de cooperação internacional), no que se refere ao desenvolvimento e implementação dos vários programas de ajuda, e potenciar os sistemas informais de assistência social.

Dada a realidade sócio-económica e cultural do país, a promoção da coesão social no contexto do HIV/SIDA será de grande valia para a mitigação dos impactos na segurança alimentar e no bem-estar do agregado familiar afectado visto que, os tabus sócio-culturais em torno da doença fazem com que as pessoas tenham medo e vergonha de revelar o seu estado de saúde, e pedir ajuda. Uma consciencialização generalizada e um debate amplo e aberto em relação à doença revela-se útil para a redução da discriminação e estigmatização das pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) e dos agregados familiares afectados. Por outro lado, através das redes informais de assistência social, as comunidades podem desenhar estratégias locais de ajuda aos agregados

familiares mais afectados pela epidemia. (ONUSIDA, 2004; SETSAN, 2004). A elegibilidade dos beneficiários¹⁹ deve ter em conta o perfil do agregado familiar (ex: condições sócio-económicas e tamanho do agregado familiar).

4. Segurança alimentar, combate ao HIV/ SIDA e redução da pobreza: importância da harmonização das estratégias

A abordagem da problemática da epidemia do HIV/SIDA dentro de um contexto de redução da pobreza e da insegurança alimentar é de extrema importância para o bem-estar das famílias rurais, particularmente em Moçambique, onde uma proporção significativa da população tem limitações quanto a satisfação das suas necessidades básicas. A compreensão da relação entre o HIV/SIDA, a Segurança alimentar, os meios de subsistências utilizados pelas populações rurais e as condições sócio-económicas prevalentes não só a nível das famílias como das comunidades, é fundamental para a adopção de estratégias adequadas a realidade moçambicana.

Os programas e as medidas devem basear-se nos diferentes aspectos de vulnerabilidade à insegurança alimentar inerentes a cada realidade local, de modo que alguns programas poderão fazer aumentar directamente o nível de segurança alimentar e nutricional dos agregados familiares pobres. Outros programas devem ser direccionados para o melhoramento da capacidade de resposta dos agregados familiares pobres às mudanças induzidas pela doença, enquanto que, outros devem ter em conta a redução da pobreza e da vulnerabilidade ao HIV/SIDA. Para serem eficazes e sustentáveis, estes programas deverão reflectir as necessidades, os desafios e as potencialidades das comunidades locais.

A realidade nacional sugere que, as medidas de mitigação dos impactos do HIV/SIDA nas zonas rurais devem estar intrinsecamente relacionadas com a diversificação das fontes de rendimento, ajuda alimentar, assistência sanitária (profilaxia de doenças oportunistas, tratamento anti-retroviral (TARV) e prevenção da infecção pelo HIV) e, adopção de tecnologias que visem o aumento da produtividade agrícola, poupar a mão-de-obra, e rentabilização do tempo a nível dos agregados familiares afectados. (

¹⁹ Esta abordagem é bem detalhada em SETSAN (2004b).

SETSAN, 2004a). Mas estas medidas devem ter em consideração as tradições culturais e a realidade social de cada comunidade.

O desenvolvimento agrário é de extrema importância tanto para a segurança alimentar como para a redução da pobreza nas zonas rurais de Moçambique. (MPF e tal, 1998). Porém, este desenvolvimento não poderá ser alcançado se não forem tomados em conta os efeitos do HIV/SIDA e a questão do género. Por exemplo, no caso dos agricultores e/ou agricultoras organizado (a)s em cooperativas, além da sua associações permitirem adquirir insumos agrícolas, vender os produtos e obter crédito, podem discutir aspectos de combate ao HIV/SIDA, desenhar estratégias de resposta e de assistência social aos membros afectados, em torno da questão de solidariedade social ajustada aos desafios impostos pela doença.

Por outro lado, a sensibilização e educação sobre o HIV/SIDA deve ser encarada como um processo permanente e activo, com vista a mudança de comportamentos sexuais e prevenção da infecção pelo HIV, principalmente nas zonas rurais onde as desigualdades de género e os níveis de analfabetismo são significativos e o acesso à saúde é precário. Desta modo, o alargamento da cobertura da rede sanitária com destaque para a expansão dos serviços de testagem voluntária, do pessoal qualificado e da rede de cuidados domiciliários (integrada e parcial), uma consciencialização abrangente em termos de prevenção à infecção pelo HIV, redução do analfabetismo e da disparidade de género, contribuirá para melhor eficácia no combate contra a SIDA.

Considerando que o impacto da epidemia é multidimensional, a integração da questão do HIV/SIDA nas estratégias de segurança alimentar, redução da pobreza, política de saúde, da educação e da assistência social, tendo em conta o contexto do género, solidariedade social e orfandade, fortalecerá uma resposta multisectorial e sustentável a longo prazo.

As instituições de direito, as ONG's e as instituições comunitárias têm feito muito, mas é necessário o estabelecimento de mecanismos concretos de coordenação a nível de concepção de programas, e principalmente a nível de operacionalização, bem como, a coordenação das acções de intervenção nas zonas rurais.

CAPÍTULO VI

Conclusões

De acordo com a análise feita ao longo do presente estudo constata-se que a associação entre o HIV/SIDA e a segurança alimentar é estatisticamente significativa. Dado que os coeficientes da correlação entre estas duas variáveis é negativa, tanto na análise de todos os 22 distritos, como dos 8 distritos não excedentários, os resultados indicam que o aumento da taxa de prevalência do HIV poderá agravar os níveis de segurança alimentar dos agregados familiares. Esta constatação é consistente com as de outros estudos realizados na África sub-sahariana (ex. Jackson, 2004).

No que diz respeito a relação entre a pobreza e a segurança alimentar, a associação é positiva e fraca, quando analisado no contexto dos distritos não excedentários. E, quando a análise engloba todos os distritos, o coeficiente é negativo, mas continua não demonstrando uma associação significativa. Este resultado permitiu identificar o sentido positivo desta correlação, sugerindo que o melhoramento das condições de vida dos agregados familiares implica necessariamente, o aumento dos níveis de auto-provisão alimentar. Assim, a redução dos níveis de pobreza nos distritos em estudo, tal como em todo o país, revela-se de extrema importância para a segurança alimentar e o bem-estar dos agregados familiares.

Tendo em conta que, normalmente, as famílias pobres têm capacidades limitadas para satisfazer as suas necessidades alimentares básicas e enfrentar 'choques', pode-se prever que ao afectar uma família pobre, os efeitos da morbi-mortalidade relacionada com HIV/SIDA irão agravar a sua vulnerabilidade a insegurança alimentar.

O aumento e diversificação do rendimento familiar pode exercer um efeito positivo na redução da vulnerabilidade à insegurança alimentar, na medida em que rendimentos mais altos possibilitam aos agregados familiares comprar comida suficiente, investir no sector agrícola e ao mesmo tempo melhorar outros indicadores de bem-estar como educação, saúde, nutrição, posse de bens duráveis, entre outros.

A análise da relação entre o HIV/SIDA, a segurança alimentar e a pobreza, quando centrada em unidades geográficas específicas e em agregados familiares é útil para a identificação de áreas geográficas-alvo prioritárias, grupos populacionais

vulneráveis e estabelecimento de intervenções de curto e longo prazo, apropriadas a cada realidade.

De facto, os pobres são o grupo populacional mais vulnerável à insegurança alimentar devido aos efeitos negativos do HIV/SIDA, o que poderá agravar a sua situação. Além deste grupo populacional, as mulheres, as crianças, principalmente as órfãs e vulneráveis (OCV's), os idosos e os deficientes são grupos populacionais vulneráveis a considerar.

Tendo em conta a análise da relação entre as variáveis em estudo, as condições agro-ecológicas prevalecentes a nível local e a vulnerabilidade aos desastres naturais, com destaque para as cheias e a seca, constata-se que os agregados familiares da zona rural dos distritos de Namaacha, Chókwè, Manhiça, Mabote, Changara e Magoé, estão subjacentemente vulneráveis à crise alimentar, de modo que devem ter prioridade em termos de intervenções tanto para a redução da vulnerabilidade à insegurança alimentar como para a mitigação dos efeitos do HIV/SIDA e redução da pobreza.

A mitigação dos efeitos do HIV/SIDA deve ter em conta a adopção dos mecanismos de acção que visem o acesso generalizado aos serviços preventivos e curativos, redução da pobreza e da insegurança alimentar, enquadrados no contexto das potencialidades locais e da realidade sócio-cultural de cada comunidade. É importante que as estratégias de combate ao HIV/SIDA sejam articuladas com as estratégias de redução da pobreza e da insegurança alimentar, o que criará uma resposta sustentável a longo prazo.

Portanto, importa ressaltar que a compreensão da relação entre o HIV/SIDA, a segurança alimentar e a pobreza nos distritos em estudo é útil porque pode contribuir para a identificação de potenciais intervenções, ajustadas a cada realidade. Porém, é fundamental o aprofundamento deste assunto, mediante análises desagregadas a nível de postos administrativos e localidades, assim como a inclusão de informações colhidas directamente no campo e extraídas de fontes recentes.

Referências Bibliográficas

- **Akyntola, O. & Quinlan, T.** (2003). *Report Of The Scientific Meeting On Empirical Evidence For The Demographic And Socioeconomic Impact Of HIV/AIDS*. Durban. 26-28, March.
- **Arnaldo, Carlos & Francisco, António.** (2004). *As características Sócio-económicas dos distritos com Postos de Vigilância Epidemiológica do HIV/SIDA e sua Influência na Taxa de prevalência do HIV em Moçambique*. Maputo.
- **Barnett, T. and Whiteside, A.** (2002) *AIDS in the twenty-first century: Disease and Globalization*. New York. Macmillan.
- **Barreto et al** (2002) *Cultural and Demographic Determinants of HIV Prevalence in Mozambique*. Maputo.
- **Bishop-Sambrook, C.** (2003). *HIV/AIDS Susceptibility and Vulnerability Pathway: a tool for identifying indicators, Role models and innovations. Paper for UN-RIACSO. Technical consultation on measuring vulnerability in the light of de HIV/AIDS Pandemic*. Johannesburg. FAO. Sustainable Development Department.
- **Bollinger, L. & Stover, J.** (1999). *The Economic Impact of The AIDS in Mozambique*. Maputo.
- **Bonnard, P.** (2002). *HIV/AIDS Mitigation: Using what we already know*. Washington D.C. FANTA/AED;
- **Brejeira, L.** (2003). *“Quando alguém está doente numa casa, a pobreza já entrou”*. Um estudo de investigação sobre cuidados domiciliários, sede de Morrumbala, província da Zambézia, Moçambique. ESTAMOS. Organização comunitária.
- **Cramer, Christopher and Pontara, Nicola** (1998). *Rural Poverty and Poverty Alleviation in Mozambique: What's Missing from the Debate?*. The Journal of Modern African Studies. N0 36, 1: 1001-138.
- **Dava, G., Low, J., and Matusse, C.** (1998). *Mutual assistance and informal networks for social protection: case studies form the provinces of Gaza and*

Nampula, and the city of Maputo. Chapter 6. Understanding poverty and well-being in Mozambique: the first national assessment (1996-7). MPF/UEM/IFPRI.

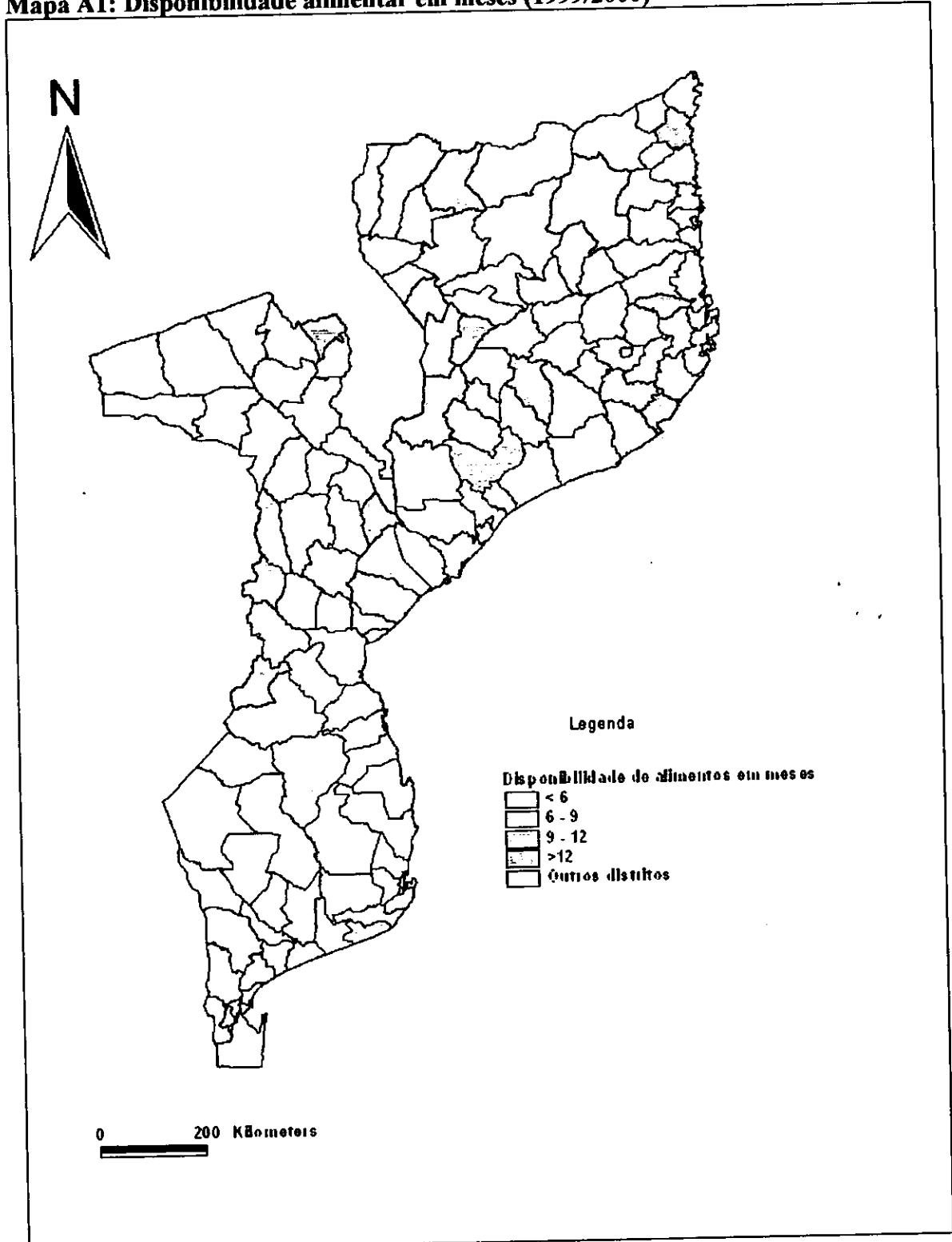
- **FANTA** (2000). *Potential uses of food aid to support HIV/AIDS mitigation activities in sub-saharian Africa*. FANTA. AED, Washington D. C.
- **FAO** (1996). *Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit plan of action*. World Food Summit. Rome.
- **FAO** (2001). *Efectos Del VIH/SIDA en la seguridad alimentaria*. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. 27^o periodo de sesiones. 28 de Maio-1 de Junio de 2001. Roma.
- **FAO and WHO**. (2002). *Living well HIV/AIDS- A manual on the nutritional care and support of people living with HIV/AIDS*. Rome. FAO. Food and nutritional division.
- **FAO** (2003b). *El estado da la inseguridad alimentaria en el mundo*. Roma.
- **FAO** (2003). *Measuring impacts of HIV/AIDS on a rural livelihoods and food security*. Rome.
- **FAO** (2003a). *Mitigating the impact of HIV/AIDS on food security and rural poverty*. Rome.
- **FAO/UNAIDS** (1999). *Sustainable Agricultural/Rural Development and Vulnerability to the AIDS Epidemic*. UNAIDS best practice Collection
- **Ferreira, M.C. & Almeida, I.**(2003). *Directório Comercial de Moçambique*. Número 5.
- **Fundo da Nações Unidas para a População** (2003). *A epidemia do HIV/SIDA e suas implicações sócio-económicas*. Nova York. Setembro. FNUAP.
- **Gillespie, S. & M. Loevinsohn**. (2003). *A pplying and HIV/AIDS. Lens to agricultural policy*. Renewal/IFPRI/ISNAR.
- **Grupo Técnico Multisectorial**. (2003). *Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV -Ronda 2002*. Maputo. Ministério de saúde.
- **Holzmann, R. And S. Jorgensen.**(2001). *Social risk Management: A new conceptual framework for social protection and beyond*. World Bank.
- **ICRISAT/CGIAR**. (2003). *Seminário de Divulgação de resultados de estudo sobre "o impacto do HIV/SIDA no conhecimento do local e gestão de sementes"*

- Instituto Nacional de Estatística. (1998). *Inquérito Nacional aos Agregados Familiares Sobre as Condições de Vida -1996/1997*. Relatório Final. Maputo.
- Instituto Nacional de Estatística. (2000). *Panorama Sócio-Demográfico, 1997*. Maputo.
- Instituto Nacional de Estatística, Ministério de Saúde, Ministério do Plano e finanças, Centro de Estudos de População-UEM, Faculdade de Medicina-UEM, Conselho Nacional de Combate a SIDA & Ministério da Educação. (2004). *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Atualização da Ronda de Vigilância Epidemiológica, 2002*. Maputo.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Códigos Geográficos da província de Tete*. Maputo. INE.
- Jackson, Helen.(2004). *SIDA em África: Continente em Crise*. SAfAIDS e SAT.
- Jayne, T. S., M. Villarreal, P. Pingali & G. Hemrich. (2004). *Interactions between the Agricultural Sector and the HIV/AIDS Pandemic: Implications for Agricultural Policy*. ESA Workin Paper No. 04-06. Agricultural and Development Economics Division. FAO-UN
- MADER, MISAU & SETSAN (2001). *Economias Alimentares de Moçambique*. Maputo.
- MADER, SETSAN, FAO, VETAID (2003). *Efeitos do HIV/SIDA nas comunidades rurais e no sector da agricultura*. Relatório apresentado em Agosto. Maputo.
- MAP, MPF, MISAU, INGC, FEWS, PMA, FAO, MSF/CIS. (2000). *Avaliação da Vulnerabilidade em Moçambique (1999/2000): Uma análise da actual vulnerabilidade à insegurança alimentar e Nutricional*. Série 3. Maputo.
- Mather, D., Donovan, C., Weber, M. Marrule, Alage, A., MADER and Michigan State University (2003). *Prime Age Adult Mortality and Household Livelihood in Rural Mozambique: Preliminary Results and Implications for HiV/AIDS Mitigation Efforts*. Maputo.
- Ministério de Plano e Finanças, Universidade Eduardo Mondlane & Instituto Internacional de pesquisa em Políticas Alimentares. (1998). *Pobreza e Bem-estar em Moçambique: Primeira Avaliação Nacional*. (1996-97).

- **Ministério de Plano e Finanças, Universidade de Pordue & Instituto Internacional de pesquisa em Políticas Alimentares.** (2004). *Pobreza e Bem-estar em Moçambique: Segunda Avaliação Nacional.* (2002-2003).
- **ONUSIDA/BANCO MUNDIAL** (2001). *SIDA, Redução da pobreza e Alívio da dívida: Um Conjunto de ferramentas para integrar os programas do HIV/SIDA nos instrumentos de Desenvolvimento.* Genebra.
- **ONUSIDA** (2004). *Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA.* Cuarto informe Mundial. Genebra. Suíça.
- **ONUSDA/IPU** (2004). *Manual para Legisladores em Matéria de HIV/SIDA, Legislação e Direitos Humanos: Acção para Combater o HIV/SIDA em face do seu impacto devastador sobre os aspectos Humano, económico e Social.* Genebra.
- **Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano** (2001). *Mulher, Género e Desenvolvimento Humano: Uma agenda para o futuro.* Maputo. PNUD.
- **SADC, UICN, ZRA, SARDC, SIDA** (2000). *Estado do ambiente na bacia do Zambeze.* Johannesburg. D sprint media
- **SETSAN** (2004a). *A Relação entre HIV/SIDA e a Segurança alimentar e Nutrição em Moçambique.* Documento de discussão. Dezembro. SETSAN.
- **SETSAN** (2004b). *Procedimentos para a identificação de grupos vulneráveis a e a insegurança alimentar e Nutricional devido aos impacto do HIV e da SIDA.* Sumário Executivo. Versão draft final. Dezembro. SETSAN.
- **UNICEF.** (2001). *The state of the world's children, 2001.* New York. UNICEF.
- **Toupouzis, D.** (1999). *The implications of HIV/AIDS for household Food Security in Africa.* UNECA. Food and Sustainable Development Division.
- **Toupouzis, D** (2003). *Adressing the impact of HIV/AIDS on Ministries of Agriculture: focus on Eastern and Southern Africa.* FAO/UNAIDS publication.
- **Walker, T., D. Tschrey, J. Low, M. Pequenino Tanque, D. Boughton E. Payongayong and M. Weber.** (2004). *Determinants of rural income in Mozambique in 2001-2002.* Draft.
- **United Nations, High level Committee on Programmes.** (2003). *Organizing the UN Response to the Triple Threat of Food Insecurity, Weakened Capacity for Governace and AIDS, particularly in Southern and Eastern Africa.*

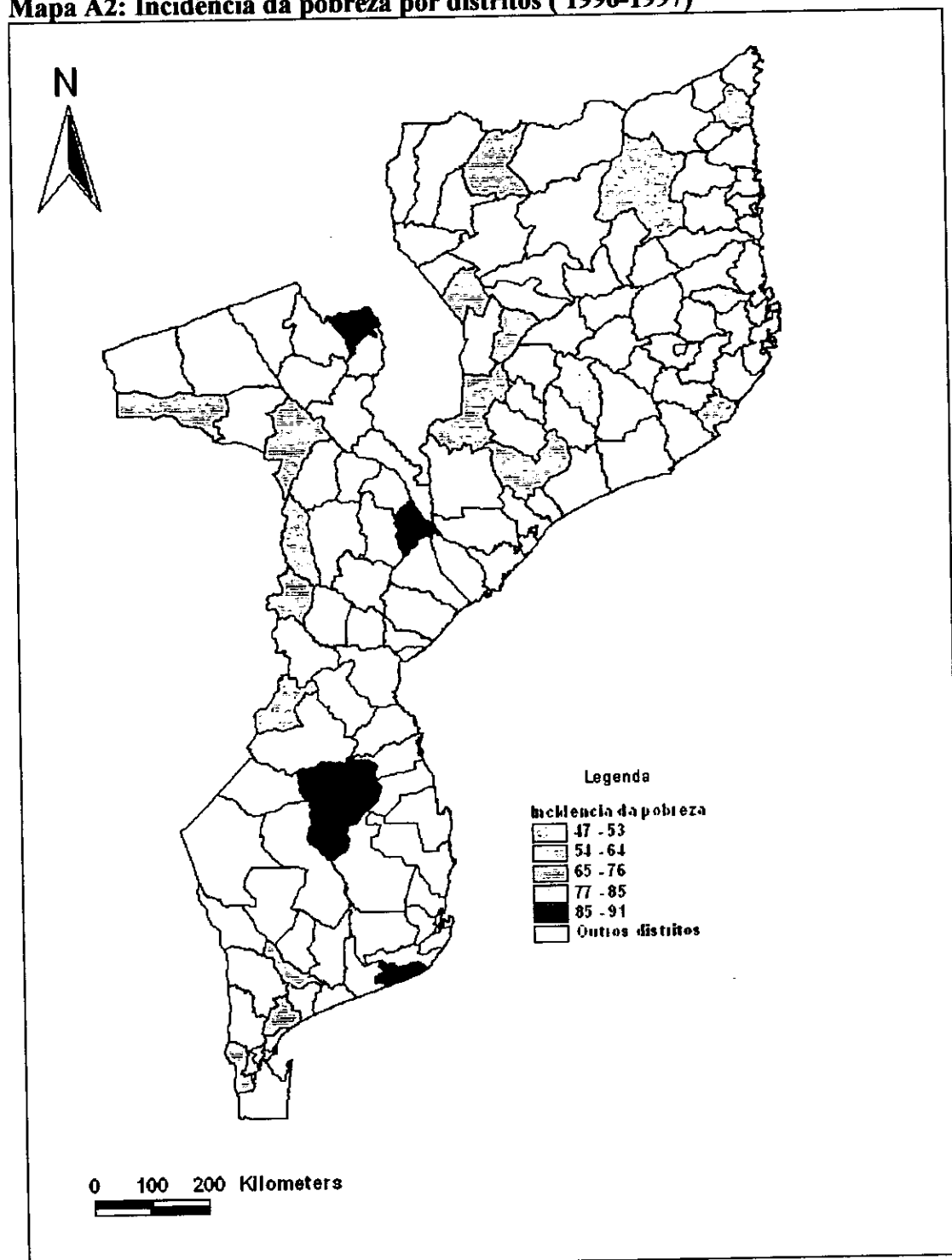
ANEXOS

Mapa A1: Disponibilidade alimentar em meses (1999/2000)



Fonte: MSF/CIS, 2000

Mapa A2: Incidência da pobreza por distritos (1996-1997)



Fonte: MPF, 2002

Tabela A1: Principais culturas alimentares, fontes de rendimento, estratégias de sobrevivência e factores de risco.

Principais Culturas alimentares*	Milho, mandioca, mexoeira, mapira, arroz, batata-doce, feijão, amendoim, hortaliças, banana, gergelim, cajú, coco, mafurra
Fontes de rendimentos*	Ganho-ganho, venda de carvão, lenha, culturas, animais, bebidas tradicionais e de produtos artesanais, emprego, pesca**, remessas.
Estratégias de sobrevivência*	Ganho-ganho, consumo de frutos silvestres, redução de refeições, donativos, esmolas e venda ou penhora de bens.
Factores de Risco*	Condições agro-ecológicas, pragas, seca, inundações, acesso ao mercado, pobreza, doenças, acesso e posse de terra.

* Não se verificam necessariamente em todos os distritos

** Distritos com recursos pesqueiros

Fonte: MADER, MISAU & SETSAN. (2001).

Tabela A 2: % dos indicadores usados no estudo

	Distritos	Meses de auto-provisão alimentar(%)	Taxa de prevalência do HIV(%)	Incidência da pobreza(%)
1	Namaacha	50	21.0	64
2	Manhiça	37	14.7	71
3	Chókwè	26	22.0	64
4	Zavala	81	4.7	90
5	Mabote	56	12.7	89
6	Mossurize	100	10.3	48
7	Manica	100	21.0	68
8	Bárue	100	16.7	53
9	Caia	100	12.0	91
10	Changara	76.2	13.3	67
11	Mágoé	73.8	13.3	76
12	Angónia	100	11.0	86
13	Milange	100	14.0	71
	Mocuba	96.6	14.0	64
15	Alto Molócue	100	6.7	85
16	Angoche	100	7.0	47
17	Erati	100	7.0	84
18	Montepuez	100	4.7	52
19	Mocimboa da praia	100	8.7	59
20	Cuamba	100	10.3	61
21	Mandimba	100	14.3	59
22	Mavago	100	3.7	71

Nota: Os distritos que apresentam 100% de auto-provisão, referem-se àqueles que têm disponibilidade alimentar \geq 12 meses.

Fonte: MSF/CIS, 1999; INE et al, 2004; MPF, 2002