

**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE**

**FACULDADE DE ECONOMIA**

**Trabalho de Licenciatura em Economia**

**Medição de Gastos com HIV e SIDA:**

**Impacto dos Gastos Públicos na luta contra o HIV e SIDA no Distrito de Massinga**

**(2005-2009)**

Eben Ruben Sithoye

Maputo, 22 de Julho de 2010

Eben Ruben Sithoye

Medição de Gastos com HIV e SIDA:

Impacto dos Gastos Públicos na luta contra o HIV e SIDA no Distrito de Massinga

(2005-2009)

Trabalho de fim do Curso apresentado à Faculdade de Economia da Universidade Eduardo Mondlane como requisito para obtenção do grau de Licenciado em Economia.

Orientador: Dr. Eduardo Neves

Maputo, 22 Julho de 2010

## **Declaração**

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

Maputo, aos 21 de Setembro de 2010

---

**(Eben Ruben Sithoye)**

## **Aprovação do Júri**

Este trabalho foi aprovado com 14 valores no dia 22 de Julho de 2010 por nós, membros do Júri examinador da Universidade Eduardo Mondlane.

---

**Dr. António Francisco**

(Presidente)

---

**Dr. Silvano Langa**

(Arguente)

---

**Dr. Eduardo Neves**

(Supervisor)

## ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	9
AGRADECIMENTOS.....	10
LISTA DE ABREVIATURAS .....	11
GLOSSÁRIO .....	13
RESUMO.....	15
CAPÍTULO I:	
INTRODUÇÃO.....	16
1.1. Justificativa da Escolha do Tema.....	17
1.2. Problema de Pesquisa.....	18
1.3. Hipótese.....	18
1.4. Objectivos.....	18
1.5. Metodologia.....	19
1.6. Estrutura do Trabalho.....	20
1.7. Limitações do Trabalho.....	21
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA .....	22
2.1. Impactos Económicos do HIV e SIDA.....	22
2.2. Impactos do HIV e SIDA no Sector Público.....	23
2.2.1. Efeitos do HIV e SIDA na Saúde.....	23
2.2.2. Efeitos do HIV e SIDA na Educação.....	24
2.3. Impactos do HIV e SIDA nas Receitas e Gastos do Governo.....	25
2.4. Potenciais Impactos Macroeconómicos do HIV e SIDA.....	26
2.4.1. Impacto no PIB e no Produto Médio.....	26

2.4.2. Impacto do HIV e SIDA nas Famílias.....	28
2.4.3. Impacto Fiscal do HIV e SIDA.....	29
2.4.4. Impacto do HIV e SIDA na Produtividade.....	29
2.5. Os Gastos em HIV e SIDA.....	30
2.6. Categorias de Despesa em HIV e SIDA.....	32
CAPÍTULO III: CENÁRIO ACTUAL DO HIV e SIDA EM MOÇAMBIQUE.....	35
3.1. Intervenções de Combate ao HIV e SIDA em Moçambique.....	36
3.2. Caracterização do HIV e SIDA em Moçambique.....	38
CAPÍTULO IV: PERFIL ECONÓMICO E SOCIAL DO DISTRITO DE MASSINGA.....	39
4.1. Situação Geográfica.....	39
4.2. População e Sua Distribuição.....	39
4.3. Características Sócio-Económicas.....	40
4.4. Situação Epidemiológica.....	41
CAPÍTULO V: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	43
5.1. Descrição.....	43
5.2. Análise de Resultados.....	44
5.3. Fontes de Financiamento ao HIV e SIDA.....	50
CAPÍTULO VI: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	53
6.1. Conclusões.....	53
6.2. Recomendações.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	59

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.....	59
Tabela 1: Principais indicadores de Impacto Demográfico do HIV e SIDA em Moçambique.....	59
Tabela 2: Política Estratégica de Moçambique em HIV e SIDA e Nutrição.....	60
Tabela 3: Taxas estimadas de Prevalência do HIV por província, região e a nível nacional....	61
Anexo 2.....	62
Figura 4: Divisão Administrativa e a Situação Geográfica do Distrito de Massinga.....	62
Tabela 4: Divisão dos Postos Administrativos e Localidades em Massinga.....	63
Tabela 5: População do Distrito de Massinga por Posto Administrativo.....	63
Figura 5: Zonas de Aglomerados Populacionais no Distrito de Massinga.....	64
Tabela 6: Distribuição das Unidades Sanitárias no Distrito de Massinga.....	65
Tabela 7: Quadro Epidemiológico do Distrito de Massinga.....	65
Tabela 8: Evolução dos casos de HIV e SIDA no Distrito de Massinga.....	66
Tabela 9: Desagregação por sexo e idades dos casos de HIV e SIDA em Massinga.....	66
Anexo 3.....	67
Formulário 1: (origem de fundos) para as Instituições Públicas do Distrito de Massinga.....	67
Formulário 2: (ASC, PB, FP) para as Instituições Públicas do Distrito de Massinga.....	70

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Fluxo Financeiro e de Gastos.....	31
Figura 2: A Triangulação de Agentes.....	31
Figura 3: Factores que influenciam os custos e os efeitos da estratégia de prevenção de HIV.	33
Figura 4: Divisão Administrativa e a Situação Geográfica do Distrito de Massinga.....	62
Figura 5: Zonas de Aglomerados Populacionais no Distrito de Massinga.....	64

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Despesas Anuais em HIV e SIDA no Distrito de Massinga (2005/09).....	44
Gráfico 2: Despesas Anuais em HIV e SIDA em Moçambique (2005/08).....	45
Gráfico 3: Tendência dos Gastos em HIV e SIDA de Massinga em relação à Moçambique...	46
Gráfico 4: Peso Relativo de cada Categoria de Despesa (ASC) em Massinga (2005/09).....	48

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 10: Instituições que forneceram questionários sobre despesas em HIV e SIDA.....	43
Tabela 11: Gastos Totais Anuais em HIV e SIDA em Massinga.....	45
Tabela 12: Gastos Totais Anuais em HIV e SIDA em Moçambique.....	46
Tabela 13: Relação entre Gastos anuais em HIV e SIDA de Massinga e de Moçambique.....	46
Tabela 14: Despesa Total por Categoria de Despesa do SIDA (ASC) e por anos.....	48
Tabela 15: Variação e Peso da despesa no combate ao HIV e SIDA no Distrito de Massinga.	49
Tabela 16: Peso Relativo da Despesa anual por Categoria.....	50
Tabela 17: Peso das Fontes Financeiras por ano.....	51
Tabela 18: Despesas anuais por tipo de FF e por ASC.....	52
Tabela 1: Principais indicadores de Impacto Demográfico do HIV e SIDA em Moçambique.	59
Tabela 2: Política Estratégica de Moçambique em HIV e SIDA e Nutrição.....	60
Tabela 3: Taxas estimadas de Prevalência do HIV por província, região e a nível nacional...	61
Tabela 4: Divisão dos Postos Administrativos e Localidades em Massinga.....	63
Tabela 5: População do Distrito de Massinga por Posto Administrativo.....	63
Tabela 6: Distribuição das Unidades Sanitárias no Distrito de Massinga.....	65
Tabela 7: Quadro Epidemiológico do Distrito de Massinga.....	65
Tabela 8: Evolução dos casos de HIV e SIDA no Distrito de Massinga.....	66
Tabela 9: Desagregação por sexo e idades dos casos de HIV e SIDA em Massinga.....	66



## **DEDICATÓRIA**

Em especial, dedico este trabalho ao meu irmão Dr. Zinérsio Ruben Sithoye.

De coração aos meus pais:

Dr. Ruben Alberto Sithoye

**&**

Antonieta Filipe Pedro Parruque Cuamba

De alma, também aos meus irmãos:

Júnior, Delminda, Djene, Fíldio e Chigananza!

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Eduardo Mondlane.

À Faculdade de Economia.

Ao supervisor Prof. Eduardo Neves, pelo acompanhamento pontual e competente.

Aos docentes da Faculdade e em especial do Curso de Licenciatura em Economia.

A iniciativa de integrar a medição de gastos em HIV e SIDA a nível distrital resultou da experiência como consultor júnior da MEGAS, que é dirigida pelo Dr. Joaquim Durão (Consultor Sénior), a quem endereço os meus mais sinceros agradecimentos, pois o tema em si deriva do trabalho que realizamos e que me possibilitou adquirir conhecimentos adicionais e experiência profissional.

Estou também especialmente grato ao Exmo Sr. Administrador do Distrito de Massinga, António Mandlate e ao Sr. Secretário Permanente do Distrito de Massinga, Francisco Feijão Matanganhete, que me acolheram e apoiaram dando orientações de como devia trabalhar, e a muitos outros profissionais das Instituições Públicas que também deram as suas contribuições e forneceram os dados requeridos para a implementação do trabalho.

Estou particularmente agradecido a toda família Sithoye, a Jeremias Macuácuca e família, a Nilza Pinto e família, Tia Helena, Tio Azarias, Aniana Artur, Ricardo Ernesto e Sara Francisco.

Os meus agradecimentos são também extensivos aos que me dão apoio, não só para continuar a estudar, mas também para me profissionalizar, tendo em vista tornar-me num Economista por excelência.

Estou satisfeito por ter amigos e colegas que me proporcionaram muitos conhecimentos úteis, comentários e sugestões nas versões preliminares.

Por fim, agradeço o apoio prestado pela minha família no incentivo monetário e fundamentalmente moral para a execução do presente trabalho, e nesse sentido, um especial agradecimento vai também para a Sra. Florinda Nascimento.

À todos os que directa ou indirectamente contribuíram para a realização desta pesquisa, endereço o meu muito obrigado!

## LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Agente Financeiro
ARV	Anti-Retrovirais
ASC	Categorias de Despesas do SIDA (AIDS Spending Category)
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
BP	População Beneficiária
CCR	Consulta de Criança em Risco
CDCS	Comissão Distrital de Combate ao HIV e SIDA
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA
COV	Crianças Órfãs e Vulneráveis
FF	Fonte Financeira
FP	Factores de Produção
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HIV+	Vírus de Imunodeficiência Humana Positivo (Seropositivo)
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
IO	Infecções Oportunistas
IRN	Imposto de Reconstrução Nacional
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MEGAS	Medição dos Gastos em HIV e SIDA
MISAU	Ministério da Saúde
NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao HIV e SIDA
OE	Orçamento do Estado
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
P.A.	Posto Administrativo
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PEN	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA
PESOD	Plano Económico e Social e Orçamento do Distrito

PS	Provedores de Serviços
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RL	Receita Local
RTS	Resource Tracking System (Sistema de rastreamento de recursos)
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno Infantil
TARV	Terapia Anti-Retroviral
TB	Tuberculose
UNAIDS	Programa conjunto das Nações Unidas contra o HIV e SIDA (ONUSIDA)

## **GLOSSÁRIO**

### **Agentes Financeiros<sup>1</sup>**

São entidades que recebem recursos financeiros para financiar programas de provisão de serviços e também tomam decisões programáticas (agente comprador).

### **Agregado familiar<sup>2</sup>**

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

### **Categorias de Despesa com HIV e SIDA<sup>1</sup>**

São intervenções e actividades relacionadas ao HIV e SIDA.

### **Epidemia<sup>3</sup>**

É definida como a ocorrência elevada e acima dos limites usuais de uma doença ou condição de saúde numa comunidade ou região. A epidemiologia é o estudo do comportamento da ocorrência de doenças, infecções ou outras condições de saúde e dos factores que a afectam.

### **Factores de Produção<sup>1</sup>**

São insumos (trabalho, capital, etc).

### **Fontes Financeiras<sup>4</sup>**

As fontes financeiras são entidades que disponibilizam fundos aos agentes financeiros para serem agregados ou distribuídos.

---

<sup>1</sup> Extraído do "National AIDS Spending Assessment (NASA) Classification and Definitions". UNAIDS, 2009.

<sup>2</sup> Extraído do "PEN 2005-2009. Componente Estratégica – I Parte: Análise da Situação". CNCS, Novembro de 2004.

<sup>3</sup> Extraído do "Relatório sobre revisão de dados de vigilância epidemiológica do HIV, Ronda 2007". MISAU, 2008.

<sup>4</sup> Extraído do "Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) em Moçambique (2004-2006)". CNCS, 2008.

**Incidência<sup>5</sup>**

A incidência do HIV e SIDA é o número de novos casos, ou seja, o número de pessoas que foram infectadas durante um específico período de tempo, usualmente um intervalo de um ano.

**Linha de Pobreza alimentar<sup>2</sup>**

É o custo necessário para cobrir os mínimos requisitos calóricos. Exprime-se em termos de valor monetário, por pessoa, por dia.

**Linha de pobreza não alimentar<sup>2</sup>**

É o custo que as famílias que mal conseguem satisfazer as suas necessidades alimentares despendem em produtos não alimentares.

**Linha de pobreza total<sup>2</sup>**

É a soma da linha de pobreza alimentar e a linha de pobreza não alimentar.

**Pobreza<sup>2</sup>**

Incapacidade dos indivíduos de assegurar para si e seus dependentes um conjunto de condições básicas mínimas para a sua subsistência e bem estar, segundo as normas da sociedade.

**População Beneficiária<sup>1</sup>**

São segmentos da população que são alvo das actividades em HIV e SIDA.

**Prevalência<sup>4</sup>**

A prevalência do HIV e SIDA é o número de pessoas infectadas pelo HIV num dado período de tempo. Porque não existe cura para o HIV e SIDA, a prevalência reflecte o número acumulado de infecções desde o passado.

**Provedores de Serviços<sup>1</sup>**

São entidades que estão engajadas na produção, provisão e entrega de serviços em HIV E SIDA.

---

<sup>5</sup>Extraído do " Confronting AIDS. Public Priorities in a Global Epidemic". World Bank, September 1999.

## Resumo

O presente trabalho apresenta uma abordagem analítica sobre os impactos económicos dos gastos com HIV e SIDA no Distrito de Massinga, no quinquénio 2005 - 2009, visto que dados sobre a despesa de HIV e SIDA no fluxo de recursos são vitais para a planificação dos programas e uso eficaz de recursos na luta contra a doença, e, traz dados indicativos de como Massinga com base nos fundos públicos está a responder aos desafios de combate ao HIV e SIDA.

Durante o quinquénio em análise, o Distrito de Massinga fez esforços para controlar o alastramento do HIV e SIDA, que é um constrangimento aos progressos experimentados pela economia deste distrito. Nesse sentido, foram gastos 3.594.093,00 Mtn no combate ao HIV e SIDA, dos quais as prioridades fundamentais de gastos centraram-se na categoria de Prevenção, onde totalizaram o montante de 547.593,00 MTn (15% da despesa total) e, nos Cuidados e Tratamento de totalizaram 3.046.500,00 MTn (85%). Estas duas categorias de despesa com SIDA revelaram-se pilares fundamentais da resposta distrital ao HIV e SIDA e, por um lado, a prevenção mostrou-se ser o enfoque da resposta pública e privada a esta epidemia, enquanto o financiamento externo centrou-se na categoria de cuidados e tratamento.

O financiamento para os programas de HIV e SIDA no Distrito de Massinga provém de três fontes principais: pública, privada e externa (internacional). À semelhança do país, a resposta distrital de Massinga para o HIV e SIDA foi em grande medida sustentada pela assistência externa, assegurada por organizações internacionais. Estas fontes canalizaram o financiamento ao HIV e SIDA usando dois mecanismos principais: por via do Orçamento de Estado que financia o sector de saúde e através de projectos de financiamento vertical. Esses fundos visavam inverter as taxas estimadas de prevalência, que entre adultos a nível distrital, situaram-se no máximo em 12%, abaixo da taxa de prevalência nacional, estimada em 16% em 2008.

Portanto, concluiu-se que os gastos com HIV e SIDA no Distrito de Massinga não fizeram face ao desafio de minimização dos efeitos negativos do HIV e SIDA, devido ao facto dos financiamentos ao longo dos anos não satisfazerem as necessidades das populações beneficiárias, visto que houve uma distribuição pouco extensiva de serviços de cuidados e tratamentos através do sector público. Por fim, o trabalho demonstra também que os gastos realizados na luta contra o HIV e SIDA não são sustentáveis, devido ao facto de cerca de 85% provirem de fontes externas, traduzindo assim completa dependência e vulnerabilidade.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUÇÃO

O desempenho no local de trabalho dos indivíduos infectados é condicionado não só pelos efeitos negativos do HIV e SIDA mas também pelos preconceitos daqueles que não são portadores desta doença. Por conseguinte, revela-se pertinente analisar soluções alternativas para minimizar os impactos do HIV e SIDA, incluindo uma análise sobre a despesa efectiva que é incorrida na realização das actividades no âmbito da luta contra a epidemia.

É neste âmbito que o presente trabalho aborda o impacto dos gastos com HIV e SIDA, como resposta a esta epidemia e, faz análise das suas implicações na redução dos efeitos da doença sobre o tecido social a nível do Distrito de Massinga. Assim, espera-se que o Governo do Distrito assumira um papel mais interventivo que estimula o crescimento económico através da tomada de medidas de políticas que priorizem a minimização dos impactos negativos deste obstáculo ao desenvolvimento económico sustentável. Então, o impacto da intervenção institucional é o foco deste trabalho.

O impacto exprime o efeito global dum plano, dum programa, dum serviço ou da acção duma instituição sobre a sociedade e o seu desenvolvimento social e económico. A apreciação do impacto só se pode determinar depois de terminada a implementação do plano e, por isso, ela visa determinar as mudanças que poderiam ser necessárias introduzir na orientação dos programas do passado, em novos ciclos de planificação. Por esta razão, se definiu o quinquénio 2005 – 2009 como o horizonte temporal para analisar os impactos dos gastos com HIV e SIDA. Assim, com base nos resultados, poder-se-á melhor delinear implicações de política para o quinquénio 2010 – 2014 e, que coincidentemente será o horizonte temporal de mais um mandato Governativo.

A questão de fundo é então o estudo da despesa efectiva com HIV e SIDA, através da análise dos fluxos dos recursos aplicados pelos diferentes actores públicos na realização de várias actividades que podem ser enquadradas nas diferentes Categorias de Despesa do SIDA (ASC).



Visto que o HIV, o vírus que causa a SIDA estimula maior intervenção do Estado na economia para realizar investimentos para garantir a provisão de bens e serviços públicos e, difusão de Informação, Educação e Comunicação (IEC) relativas aos modos de prevenção da propagação da doença, bem como a necessidade de aderência aos tratamentos. Então, os efeitos positivos esperados constituem motivação suficiente para se dar atenção aos gastos com HIV e SIDA que vêm sendo realizados pelas diferentes instituições públicas, a nível do Distrito de Massinga.

### **1.1. Justificativa da Escolha do Tema**

À partida, muitas pessoas pensavam que o HIV e SIDA fosse apenas um problema de saúde. Essa ideia revelou-se pouco abrangente, pois, análises mais complexas indicam que é um problema com fortes implicações no crescimento económico.

Este tema é relevante, pois, de um modo geral, existem várias repercussões económicas adversas que podem surgir no quadro do HIV e SIDA. Por conseguinte, uma análise dos gastos derivados da implementação de actividades que estão relacionadas com a luta contra o HIV e SIDA e as prováveis implicações na gestão macroeconómica, pode impulsionar a adopção de medidas de políticas adequadas a realidade tanto ao nível local (neste caso distrital) bem como a nível nacional.

O HIV e SIDA é considerado um obstáculo ao crescimento e desenvolvimento económico devido ao facto de afectar negativamente toda a estrutura económica e social local, através da redução do número da população activa. Tal fenómeno apoquentá sobremaneira os fazedores de políticas, porque sabem que esta doença não tem cura e perante os esforços de subsistência dos agentes económicos, torna-se oportuna a intervenção das autoridades na promoção do auto-emprego, com vista a estimular o empreendedorismo e incrementar o rendimento das famílias.

É neste âmbito que o presente trabalho encontra relevância em aplicar um estudo de caso, incidindo sobre o contexto institucional local. Especificamente, o trabalho procura fazer inferências a partir da análise do impacto dos gastos com HIV e SIDA, usando o contexto local e temporal do Distrito da Massinga 2005 - 2009.

## **1.2. Problema de Pesquisa**

O suporte económico dado pelas instituições públicas gera a minimização dos impactos económicos negativos do HIV e SIDA no Distrito de Massinga?

Será que as despesas com HIV e SIDA incorridas pelos diferentes actores públicos no Distrito de Massinga são suficientes para minimizar os efeitos adversos da doença?

## **1.3. Hipótese**

Os gastos em HIV e SIDA no Distrito de Massinga contribuem para a minimização dos impactos económicos negativos causados pela epidemia.

## **1.4. Objectivos**

### **Geral**

- Descrever a situação actual do HIV e SIDA no Distrito de Massinga, fazendo uma análise dos gastos com HIV e SIDA por tipo de actividade, população beneficiária e factores de produção.

### **Específicos**

- Medir a despesa efectiva ligada à implementação de actividades de combate ao HIV e SIDA, realizadas pelas várias instituições públicas que actuam no Distrito de Massinga.
- Classificar as actividades e quantificar os montantes gastos específicos por tipo actividade, a nível do Distrito de Massinga.
- Analisar os impactos macroeconómicos do HIV e SIDA que poderão emergir na gestão de políticas internas com base nas inferências feitas a partir do estudo de caso.

## **1.5. Metodologia**

MEGAS é em si uma metodologia para medir despesas e que permite rastrear com alguma exaustão recursos da resposta nacional ao HIV e SIDA.

Neste trabalho foram rastreadas as despesas de nível distrital através da recolha de dados sobre gastos com HIV e SIDA, junto dos principais actores públicos que lutam para o combate a esta epidemia, realizando actividades financiadas por fontes públicas, privadas e internacionais.

No presente trabalho a palavra “gastos” refere-se a despesa.

Esta metodologia foi usada para estimar gastos com HIV e SIDA. A Medição de Gastos em HIV e SIDA (MEGAS) descreveu o fluxo financeiro desde os desembolsos pelas Fontes Financeiras (FF) até aos gastos realizados com HIV e SIDA. Para tal, são seguidas três dimensões e seis vectores:

Financiamento – Fontes Financeiras e Agentes Financeiros.

Provisão – Provedores de Serviços e Factores de Produção.

Uso – Categorias de despesa em HIV e SIDA e População Beneficiária.

Consistiu também em pesquisa bibliográfica assim como na consulta de documentos oficiais, planos, programas e políticas do Governo de Moçambique, Governo do Distrito de Massinga, MISAU e CNCS referentes ao HIV e SIDA. Além disso, houve a consulta de manuais orientadores na elaboração de trabalhos de pesquisa.

Para responder ao problema de pesquisa o trabalho baseou-se em dados primários, colhidos a partir de questionários aplicados às diferentes Instituições Públicas a nível do Distrito de Massinga. O questionário (vide Anexo 3) foi desenhado para captar dados sobre a origem de fundos, categorias de despesa com SIDA (ASC), População Beneficiária (PB) e Factores de Produção (FP).

Adicionalmente realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas, que permitiram colher e apurar mais informações sobre o cenário do HIV e SIDA em Massinga, bem

como sobre as actividades relacionadas com a luta contra esta epidemia. As entrevistas também serviram para analisar como foram feitas as alocações de fundos para os provedores.

A técnica de análise de dados usada foi a estatística descritiva, com a proposta de avaliar o grau de influência dos gastos sobre a situação do HIV e SIDA.

Em suma, o trabalho foi baseado na exploração bibliográfica que aborda os assuntos relacionados aos impactos económicos do HIV e SIDA, também na recolha de dados no campo referentes a despesa, que foram obtidos em alguns casos, principalmente a partir dos registos mantidos pelas fontes de informação primárias, e noutros casos, foi necessário fazer estimativas das despesas com HIV e SIDA aplicando técnicas de custeamento, usando a melhor informação disponível.

Por fim, foram processados os dados no Sistema de Rastreamento de Recursos (RTS), que permitiu produzir as tabelas por áreas e fontes, sobre as quais se basearam as análises.

## **1.6. Estrutura do Trabalho**

O relatório encontra-se organizado em seis capítulos, estruturados da seguinte forma: o Capítulo I faz a introdução do trabalho. O Capítulo II realça a revisão da literatura que cobre os conteúdos sobre o tema, teorias que se debruçam sobre o impacto dos gastos do Sector Público com HIV E SIDA.

O III Capítulo apresenta uma descrição da situação do HIV e SIDA no país. Ela discute a resposta nacional à epidemia do HIV e SIDA e fornece uma descrição adicional da situação epidemiológica actual.

O Capítulo IV apresenta o perfil económico e social do Distrito de Massinga e o cenário epidemiológico.

O Capítulo V apresenta os resultados das estimativas da Medição de Gastos com SIDA (MEGAS). Este capítulo examina de forma rigorosa o volume de financiamento por fonte financeira e por área temática.

No Capítulo VI são apresentadas as conclusões e recomendações do trabalho.

## 1.7. Limitações do trabalho

Revelaram-se como constrangimentos para execução do presente trabalho:

- A dificuldade na colheita de dados, uma vez que poucas instituições têm a contabilidade organizada, que faça o registo dos gastos relativos ao combate ao HIV e SIDA.
- A dispersão das diferentes instituições que concederam informação, visto que nem todas estão situadas nos arredores da vila Sede de Massinga.
- Algumas das organizações financiadoras envolvidas na resposta distrital não estão baseadas neste Distrito e daí não ter sido possível recolher informação completa para posterior cruzamento dos dados.
- A natureza dos dados disponibilizados e a dificuldade de determinar que proporção das despesas poderia ser atribuída às actividades específicas associadas ao HIV e SIDA tornaram difícil realizar uma análise mais aprofundada das despesas.
- Indisponibilidade dos dados relativos às diferentes Categorias de Despesa do SIDA (ASC) com destaque a Cuidados e Tratamento. Esta escassez de informações sobre as despesas hospitalares em Tratamento Anti-retroviral (TARV) condicionou esta avaliação, tendo se recorrido à técnica de estimação.
- Por fim, também contribuíram negativamente factores tais como a escassa colectânea de artigos bibliográficos nacionais relacionadas ao tema e a falta de recursos financeiros para o trabalho de campo realizado no Distrito de Massinga.
- Entre outros constrangimentos de relevo enfrentados no terreno e que dificultaram a recolha de dados, tanto em questionários assim como em entrevistas.

## **CAPÍTULO II**

### **2. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **2.1. Impactos Económicos do HIV e SIDA**

A SIDA têm o potencial de criar impactos económicos severos, principalmente em vários países africanos. Esta epidemia é diferente de muitas outras doenças porque, para além de atacar grupos de pessoas em idade produtiva, é essencialmente 100 por cento fatal. Os efeitos são vários, de acordo com a severidade da epidemia do SIDA e a estrutura das economias nacionais. Os dois maiores efeitos são a redução da oferta de trabalho e aumentos nos custos de tratamento do HIV e SIDA, (BOLLINGER e STOVER, 1999).

##### **Efeitos sobre a Oferta de Trabalho**

Segundo BOLLINGER e STOVER (1999), a perda de jovens e adultos nos seus anos mais produtivos afecta totalmente o produto de uma economia. Assim como, se a prevalência do HIV e SIDA é maior entre a elite económica então os impactos podem ser mais extensos do que indica o número absoluto de mortes de HIV e SIDA.

##### **Efeitos sobre os Custos de Tratamento**

Segundo BOLLINGER e STOVER (1999), os custos directos do HIV e SIDA incluindo de cuidados médicos, medicamentos e despesas de funeral são sempre tendencialmente positivos. Bem como os custos indirectos que incluem o tempo perdido para tratar a doença, custos de recrutamento, treinamento para troca de trabalhadores e cuidados de órfãos. Por conseguinte, se os custos são financiados pelas poupanças, então a redução no investimento pode resultar numa significativa redução no crescimento económico.

Os efeitos económicos do HIV e SIDA são sentidos primeiramente pelos indivíduos e suas famílias, depois atingem as firmas, negócios e a macroeconomia. É momento de mitigar os impactos económicos do HIV e SIDA.

## **2.2. Impactos do HIV e SIDA no Sector Público**

Segundo HAACKER (2002), a epidemia do HIV e SIDA afecta todas áreas do sector público através dos impactos adversos sobre os servidores públicos, sobre as receitas e sobre as categorias de despesas.

Segundo o mesmo autor, o sector da Saúde assiste aos aumentos da demanda dos serviços de saúde, como consequência do HIV e SIDA, onde a disponibilização de pessoal é também afectada pela epidemia. Para o sector da educação, o foco é manter altos os níveis correntes de educação, contrariando as largas perdas de professores devido ao HIV e SIDA.

Ainda de acordo com HAACKER (2002), os aumentos das taxas de mortalidade resultam na ruptura dos serviços públicos em todas áreas. Os custos com pessoal podem aumentar devido aos subsídios de morte e pensões dados aos dependentes. Para o sistema de segurança social no geral, o impacto da epidemia depende da extensão para quem os pagamentos são financiados. Receitas governamentais declinam (pelo menos relativamente ao cenário sem HIV e SIDA) como resultado do seu crescimento menos rápido, causado pelo aumento das mortes de contribuintes. Em áreas especialmente como saúde e educação, os gastos do Governo são maiores devido ao HIV e SIDA.

### **2.2.1. Efeitos do HIV e SIDA na Saúde**

A epidemia do HIV e SIDA têm um efeito imediato no sector da saúde, aumentando a demanda dos serviços públicos e privados de saúde, ao mesmo tempo que os trabalhadores do sector de saúde são também afectados pela doença. Como consequência, a demanda dos materiais de saúde e treinamento de pessoal de saúde aumenta substancialmente todos anos, a medida que a demanda pelos serviços de saúde se expande devido ao HIV e SIDA. Visto que dados actuais sobre os custos de HIV e SIDA relacionados a gastos de saúde são pouco disponíveis, geralmente se fazem estimativas dos custos de tratamento individual, derivando custos agregados pela multiplicação dos custos por caso para a população alvo, também estimada como média da população propensa a procurar tratamento, em função da população estimada como sendo infectada e/ou afectada, (HAACKER, 2002).

### **2.2.2. Efeitos do HIV e SIDA na Educação**

Segundo HAACKER (2002), a epidemia do HIV e SIDA afecta o sector da educação quando o número de professores baixa devido ao aumento da mortalidade, o número de alunos declina em resultado da redução das taxas de natalidade, e aumenta a mortalidade infantil. Também existe o risco do acesso a educação deteriorar. Especialmente em zonas rurais com escolas relativamente pequenas, mortes de professores podem resultar em rupturas de escolarização e, esses professores podem não ser rapidamente substituídos. É importante notar que esta situação poderá resultar em órfãos fora das escolas, gerando pobreza familiar e um aumento das desigualdades.

Da mesma forma que pode levar ao colapso do país, o HIV e SIDA pode também originar o colapso do sistema de educação. Isto pode acontecer devido aos impactos do HIV e SIDA na prestação, procura, custos e qualidade da educação.

**Impacto na prestação da educação em Moçambique** – O número de mortes entre a camada pedagógica tem vindo a aumentar. O SIDA pode reclamar 9.200 professores em Moçambique durante o período 2000-2010, equivalente a 17% do número total do pessoal de ensino. Tem sido também observado um aumento no absentismo dos professores, devido a enfermidades e funerais relacionados com HIV e SIDA. Para cada morte provocada pelo SIDA, existe uma perda de 18 meses de trabalho progressivo. A crescente perda de funcionários noutros sectores, é devido a mortalidade causada pelo SIDA, (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2004).

**Impacto na demanda da educação em Moçambique** - Em 2010, poderá haver 13% menos de crianças em idade escolar devido ao HIV e SIDA, embora o número absoluto vá aumentar. Haverá um aumento no número das Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs) em idade escolar, embora a frequência escolar tenha tendência a diminuir. Foi registado que cerca de 1 milhão de crianças desistiram da escola, principalmente aqueles que têm de sobreviver sozinhos após a perda de um ou ambos pais, (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2004).



**Impacto nos custos da educação em Moçambique** - para a obtenção duma educação primária, o HIV e SIDA resultará em custos adicionais mínimos para o MINED estimados em 110 milhões de USD para o período 2000-2010. A escala destes custos ilustra a urgência de proteger o sector educacional contra a devastação desta epidemia, (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2004).

**Impacto na qualidade da educação** – Os principais resultados da educação, a aprendizagem e a formação de pessoal, estão ameaçados pelo absentismo frequente por parte dos professores e dos aprendizes, falta de professores nas áreas especializadas como matemática e outras ciências, a preocupação tanto por parte dos professores como dos aprendizes, com aqueles que estão em casa enfermos, prejudica a sua capacidade de concentração, e, frequentes ocasiões de luto nas escolas, famílias e comunidades, (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2004).

### **2.3. Impactos do HIV e SIDA nas Receitas e Gastos do Governo**

De acordo com AARDT (2003) o HIV e SIDA têm inevitavelmente impacto sobre as receitas e gastos do Governo. Este pode tanto tomar a forma de efeitos directos, bem como indirectos. As receitas governamentais reduzem, em resultado da expansão dos casos de morte das pessoas contribuintes dos impostos ao Estado. Do lado dos gastos, os custos de emprego tem aumentado como resultado da subida projectada dos custos de mão-de-obra, visto que o Governo é o maior empregador. Assim como, os custos de treinamento e recrutamento têm subido como resultado da perda de força de trabalho. Por outro lado, o Governo, como todos empregadores, necessita de treinar um grande número de trabalhadores para compensar os que morrem durante ou depois de serem treinados. Os gastos de saúde podem, todavia, subir dramaticamente, dependendo das escolhas de medidas de políticas adoptadas concernentes a disponibilização de medicamentos.

Segundo AARDT (2003), por consequência, o aumento dos níveis de pobreza causado pela HIV e SIDA têm levado a um acréscimo na demanda por despesa de alívio dessa pobreza. Por conseguinte, se a renda perdida pelas famílias que vivem abaixo da linha da pobreza for compensada pelo Governo, então o gasto recorrente terá que aumentar relativamente à situação sem HIV e SIDA.

## **2.4. Potenciais Impactos Macroeconómicos do HIV e SIDA**

Segundo AARDT (2003) destacam-se três aspectos a considerar no impacto macroeconómico do HIV e SIDA:

- O impacto nas variáveis macroeconómicas chaves: PIB (Produto Interno Bruto), poupanças e investimento, emprego e salário.
- O nível de impacto sobre as famílias, focalizando na renda, pobreza e distribuição da renda das famílias.
- O impacto fiscal nas receitas, nos gastos e balanço orçamental do Governo.

### **2.4.1. Impacto do HIV e SIDA no PIB e no Produto Médio**

De acordo com AARDT (2003) o potencial impacto macroeconómico do HIV e SIDA opera através de vários e diferentes canais. Esses efeitos podem ser divididos entre os que aumentam devido a subida da morbilidade (expansão da doença) e aqueles que aumentam em resultado da subida da mortalidade (elevadas taxas de mortalidade).

Segundo AARDT (2003) os aumentos da Morbilidade podem ter os seguintes impactos:

- Redução da produtividade, visto que os trabalhadores ausentam-se por doença ou para cuidar de membros doentes de suas famílias.
- Aumento dos gastos através dos cuidados de saúde (pelos indivíduos, firmas e Governo), treinamento para substituir trabalhadores doentes e pagamento de subsídios (pelas firmas e Governo).
- Redução de poupanças, dado que pelo menos parte dos gastos é tomada da renda que deveria tornar-se poupança.
- Redução do investimento, tanto público assim como privado, em resultado de baixa expectativa de lucros ou aumento da incerteza económica, diminuindo a habilidade de financiar os investimentos devido aos baixos níveis de poupança.

Segundo AARDT (2003) os aumentos da Mortalidade têm impactos demográficos tais como:

- Redução da população e da força de trabalho.
- Troca da estrutura etária da população e força de trabalho (que afecta a experiência e produtividade da força de trabalho) resulta em pressões para redução dos salários.

Portanto, porque todos os insumos chaves na produção são afectados negativamente (trabalho, capital e produtividade), existe a probabilidade da taxa de crescimento do PIB seja reduzida. Importa enfatizar que, não significa necessariamente que a economia se tornará menor como resultado do HIV e SIDA. Apenas acontecerá se a taxa de crescimento do PIB fôr negativa.

O mais provável é que a taxa de crescimento do PIB decresça, mas continue positiva. Isto simplesmente significa que a economia torna-se menor como resultado do HIV e SIDA, comparado com o tamanho que teria se não houvesse HIV e SIDA, ou seja, seria maior do que o presente tamanho.

Um outro ponto importante a notar, tem a ver com o facto de a baixa taxa de crescimento do PIB não significa necessariamente que o produto médio (PIB per capita) seja afectado do mesmo modo. Sabemos de acordo com evidências empíricas, que enquanto a taxa de crescimento do PIB tende a baixar, a taxa de crescimento da população também tende a reduzir. Se a taxa de crescimento da população reduz mais do que a taxa de crescimento do PIB como resultado do HIV e SIDA (que é inteiramente possível), então o HIV e SIDA aumenta a taxa de crescimento do PIB per capita.

### **2.4.2. Impacto do HIV e SIDA nas Famílias**

Nem todas famílias são afectadas pelo HIV e SIDA da mesma maneira, mas obviamente depende se as famílias têm ou não membros que são HIV positivos (HIV+). Ao nível das famílias, podemos considerar o potencial impacto do HIV e SIDA sobre a pobreza e distribuição da renda.

Segundo AARDT (2003) as famílias podem ser afectadas pelo HIV e SIDA das seguintes formas:

- Perda de renda, se um trabalhador deve parar de trabalhar devido a doença ou morte (este é um impacto permanente).
- Perda de renda, se um trabalhador deve parar de trabalhar para cuidar de um membro doente da sua família (este é um impacto temporário ou transitório).
- Gastos adicionais, nos cuidados de saúde e eventualmente nos custos de funeral (impacto transitório).

Todos estes efeitos tendem a reduzir a renda e aumentar os gastos. Então, a disponibilidade da renda das famílias será menor. Algumas famílias têm suas disponibilidades de renda não suficientes para pô-lhes acima da linha da pobreza, enquanto outras famílias vêem que o défice de sua pobreza está a piorar.

Geralmente, os efeitos directos do HIV e SIDA têm piorado a pobreza, embora se deve notar que no curto prazo o impacto sobre a pobreza têm maior probabilidade de ser pior do que o impacto do longo prazo (por causa do impacto dos factores transitórios). Todavia, existe também um número de efeitos indirectos que afectam as famílias, não só aquelas com um parente HIV e SIDA positivo. Há probabilidade de que os níveis de emprego e salário sejam afectados. Se estes efeitos serão positivos ou negativos não se pode determinar a priori, mas as famílias vêem que suas rendas são afectadas pelo aumento ou redução das oportunidades de encontrar trabalho e pelo volume de trabalho, dado aumento ou redução de salário. Isto pode também ter um efeito na pobreza, (AARDT, 2003).

Efeitos na distribuição da renda podem ser também importantes. Dado que algumas famílias tornam-se pobres enquanto outras (dependendo do grau e direcção da troca de salário e trabalho)

podem tornar-se ricas. De novo, a priori não é possível prever a direcção ou magnitude da distribuição do impacto do HIV e SIDA, (AARDT, 2003).

### **2.4.3. Impacto Fiscal do HIV e SIDA**

Segundo AARDT (2003) o HIV e SIDA têm um desenvolvimento em tais proporções que é inevitável ter impacto nas receitas e nos gastos do Governo e, portanto, no equilíbrio orçamental e nas poupanças governamentais. O HIV E SIDA têm efeitos directos em várias áreas chaves de gastos do Governo, mais obviamente no orçamento da Saúde. Existem também efeitos indirectos, como aqueles que advêm da baixa produtividade de factores de produção (trabalho).

### **2.4.4. Impacto do HIV e SIDA na Produtividade**

De acordo com AARDT (2003) o impacto do HIV e SIDA na produtividade é obviamente negativo. O que é difícil de determinar é a magnitude de tal impacto. Como a doença se desenvolve, os trabalhadores sofrerão mais progressivamente antes deles eventualmente morrerem. A quantidade e o tempo das doenças relacionadas ao HIV e SIDA, depende de vários factores como o nível geral da saúde da população, a extensão das doenças que desenvolvem como infecções oportunistas relacionadas ao HIV e SIDA (tal como tuberculose - TB), o período de incubação entre a infecção e o desenvolvimento da doença, o período entre o desenvolvimento da doença e a morte, a qualidade dos cuidados de saúde, a quantidade de dinheiro gasto em cuidados de saúde, tanto de fontes públicas como privadas.

O impacto do HIV e SIDA sobre a produtividade vem quando os trabalhadores ausentam-se porque eles estão doentes e também quando eles trabalham menos. Também existe a probabilidade de serem perdidos dias de trabalho por causa de trabalhadores que se ausentam para cuidar de seus parentes que são portadores do vírus, (AARDT, 2003).

Essencialmente, todos estes efeitos reduzem a oferta de trabalho e aumentam os custos de tratamento.

O segundo canal através do qual o HIV e SIDA pode ter impacto sobre a produtividade é o efeito da frequente substituição de trabalhadores. Ainda que os trabalhadores vítimas do HIV e SIDA possam ser trocados, os seus substitutos não irão alcançar imediatamente o mesmo nível de produtividade. Este efeito é mais evidenciado em trabalhos onde a aprendizagem e a experiência são importantes, (AARDT, 2003).

Todavia, mesmo que os canais por via dos quais o HIV e SIDA afecta a perda de produtividade, sejam descritos com algum detalhe, quantificar o impacto sobre a produtividade é muito mais difícil. Até se a informação sobre o nível geral da prevalência do HIV e SIDA fôr disponibilizada no país, é muito menos provável que a informação esteja disponibilizada de forma desagregada sobre as taxas de prevalência nos diferentes sectores da população ou na força de trabalho.

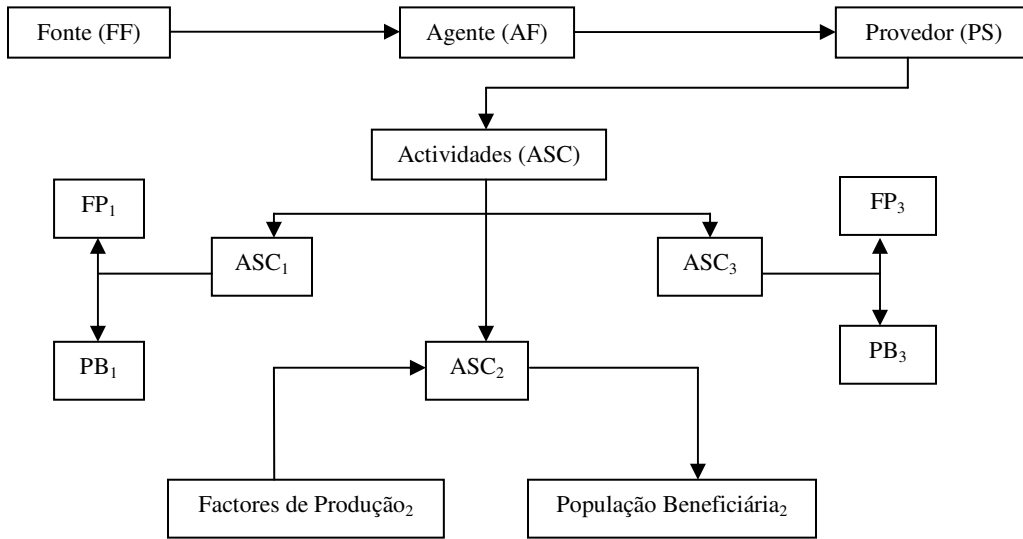
## **2.5. Os Gastos em HIV e SIDA**

Os gastos com HIV e SIDA são difíceis de prever, uma vez que dependem das decisões de políticas sobre os tipos de tratamento que serão providos pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) do Estado (exemplo dos hospitais versus cuidados domiciliários, disponibilidade de medicamentos, etc). Esta situação depende da duração de tempo que os pacientes que são HIV positivos (HIV+) vivem antes do desenvolvimento completo da SIDA e do tipo de infecções oportunistas que sofrem, (AARDT, 2003).

Não surpreendentemente, os gastos do tratamento do HIV e SIDA variam de um país para outro e, no geral, países ricos provêm tratamentos de altos custos do que os países pobres, porque estes últimos podem ser incapazes de fornecer regimes de medicamentos caros.

Os gastos com HIV e SIDA realizados ocorrem por via de uma transacção, que é a unidade básica de um fluxo financeiro e de gastos, descrevendo o trânsito de recursos que provêm da fonte para o agente, que é quem compra do provedor um ou mais serviços para o proveito duma dada população beneficiária, especificada ou não, consumindo determinados factores de produção, como ilustra a Figura 1.

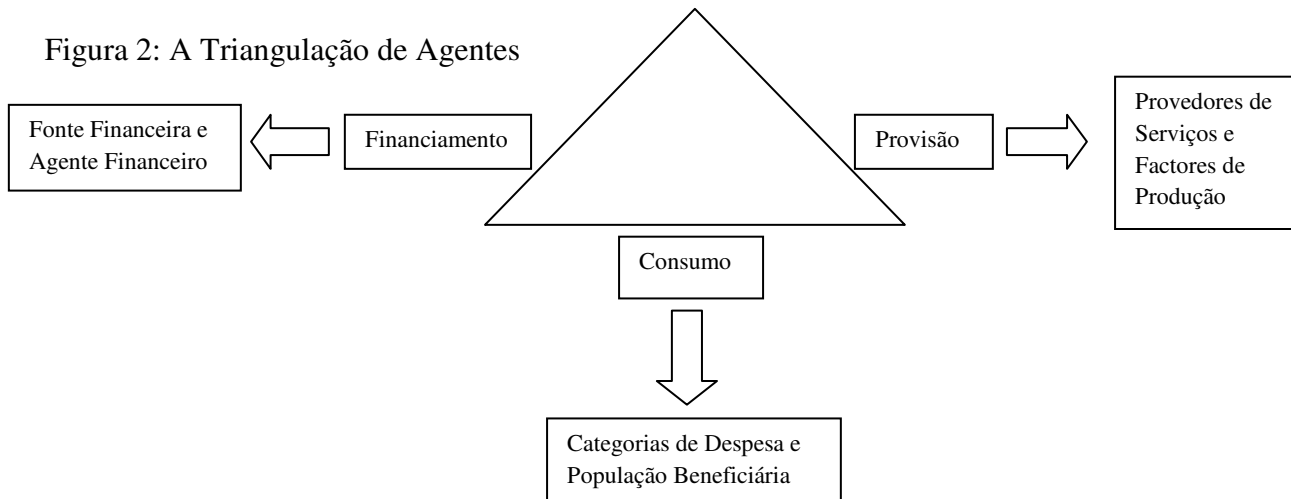
Figura 1: Fluxo Financeiro e de Gastos



Fonte: UNAIDS, 2009

O rastreio de recursos é baseado na reconstrução de toda transacção relacionada com a resposta à epidemia do HIV e SIDA, seguindo os gastos desde a fonte até a provisão (consumo final), como mostra a Figura 2, em que as 3 dimensões (Financiamento, Provisão e Consumo) são iguais.

Figura 2: A Triangulação de Agentes



Fonte: UNAIDS, 2009

## **2.6. Categorias de Despesa com HIV e SIDA**

De acordo com a classificação da UNAIDS (2009) sobre os gastos com HIV e SIDA, são definidas como categorias a prevenção, cuidados e tratamento e outros serviços de saúde ou não, relacionados ao HIV e SIDA. Assim, distinguem-se oito:

Prevenção, Cuidados e Tratamento, Crianças e Órfãos Vulneráveis, Gestão de Programas e Administração, Recursos Humanos, Protecção Social, Ambiente legal e Institucional, Pesquisa sobre HIV e SIDA.

Destas, destacam-se as principais Categorias de Despesa do SIDA (ASC), que são:

### **Prevenção**

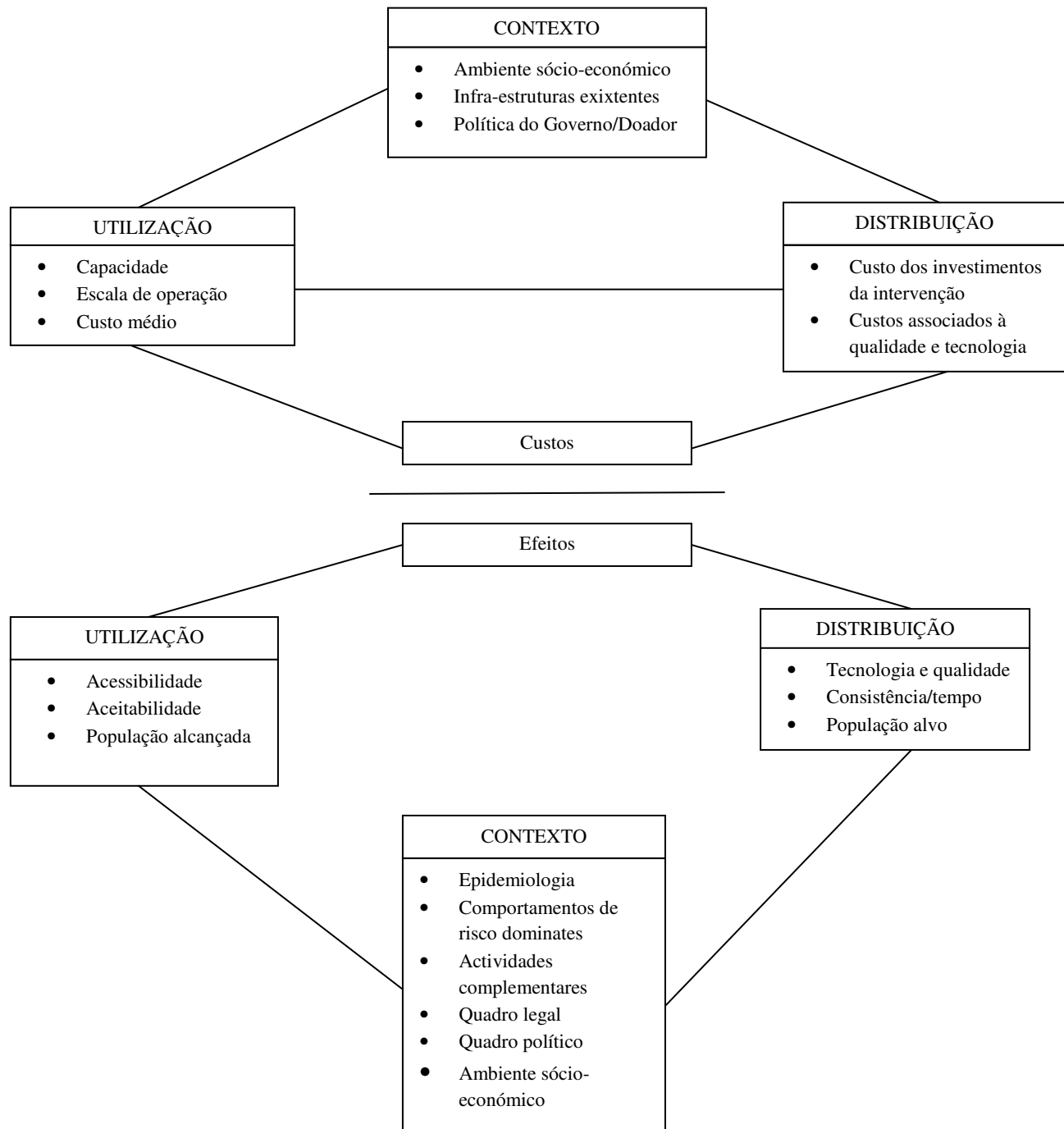
É definida como um compreensivo serviço de actividades ou programas, projectado para reduzir riscos comportamentais. O seu resultado inclui um decréscimo do tamanho da população infectada pelo HIV e SIDA e melhoria na qualidade e segurança, na provisão de serviços de saúde. Os serviços de prevenção envolvem o desenvolvimento, disseminação e avaliação de línguas, culturas e materiais apropriados às idades, defendendo os objectivos programáticos, (UNAIDS, 2009).

A infecção pelo HIV pode ser evitada através de medidas de prevenção e educação sobre a doença. É importante reiterar que a infecção pelo HIV é diferente da SIDA. As pessoas que estiverem infectadas pelo HIV podem continuar a trabalhar e a viver normalmente durante vários anos, especialmente quando observarem comportamentos duma vida positiva, (Louveira, 2006).

Não obstante a realização de intervenções de prevenção à infecção pelo vírus HIV, a incidência de novos casos da doença registam se a ritmo acelerado. Essa situação, deriva da influência da envolvente de vários factores que interagem entre si, como ilustra a Figura 3.



Figura 3: Factores que influenciam os custos e os efeitos de uma estratégia de prevenção de HIV



Fonte: ONUSIDA, 1998

A Figura 3 apresenta os factores que influenciam os resultados duma análise de custo-eficácia. Dentro dum contexto político e sócio-económico mais amplo, o estado fisiológico e a situação social do paciente, a etapa da epidemia de HIV e as características do provedor vão afectar a eficiência duma intervenção.

### **Cuidados e Tratamento**

Referem-se a todos gastos, compras, transferências e investimentos incorridos para prover o acesso a clínicas, cuidados domiciliários ou actividades comunitárias, para o tratamento e cuidados de adultos e crianças que são HIV e SIDA positivos, (UNAIDS, 2009).

Se pensarmos nos custos e benefícios, acreditamos que o tratamento, ainda que caro, é prestimoso para a sociedade, valendo a pena manter e expandir o programa de tratamento gratuito. Não precisamos enfatizar a importância da prevenção, que não se faz apenas incentivando o uso dos preservativos masculino e feminino. A propósito, o uso deste último é estimulável e crescerá se o preço diminuir. Os remédios vão acabar ficando mais baratos, como tudo o que é produzido em larga escala pela indústria, (NETO e PASTERNAK, 1998).

A análise de custo-eficácia mede o impacto utilizando indicadores relacionados com a mudança na situação sanitária. Apesar de que nem sempre é possível avaliar os custos e o impacto total do programa ou da intervenção, uma certa medição do custo-eficácia ou dos custos é sempre útil. Esses dados podem utilizar-se para a avaliação e concepção de futuros programas e orçamentos, (ONUSIDA, 1998).

Portanto, a medição de gastos com HIV e SIDA, analisando seus impactos no combate à epidemia, incidindo sobre as categorias de despesa com HIV e SIDA, possibilita apurar com detalhe quais áreas estão sendo priorizadas e que outras encontram-se fragilizadas em termos de alocação de recursos com vista a implementação de determinadas actividades no âmbito das intervenções da luta contra o HIV e SIDA.

## CAPÍTULO III

### 3. CENÁRIO ACTUAL DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

Um dos grandes problemas dos países mais pobres do mundo na actualidade é a quantidade de pessoas infectadas pelo HIV, o vírus que causa a SIDA. E o seu combate muitas vezes é afectado por questões económicas. Moçambique não foge à regra em ambos casos.

Segundo o GOVERNO DE MOÇAMBIQUE (2005) a epidemia do HIV e SIDA em Moçambique está a atingir proporções alarmantes, com uma prevalência de 14,9%. Em 2004, projecções indicavam que 500 novas infecções de HIV e SIDA ocorriam por dia em adultos (de 15-49 anos de idade), dos quais 90 em crianças dos 0-14 anos de idade através da transmissão vertical (infecção da mãe para o filho). Cerca de 1,4 milhões de pessoas viviam na altura com HIV e SIDA, sendo 60% mulheres e 40% homens, com 273 000 órfãos do SIDA. Esta situação implica a redução da esperança de vida e a perda do capital humano que contribui para a subsistência das famílias e para o crescimento económico do País, tornando as famílias mais vulneráveis à pobreza. O combate ao HIV e SIDA requer uma intervenção multisectorial, exigindo a coordenação de esforços entre os vários intervenientes para a racionalização dos escassos recursos disponíveis.

O presente trabalho apresenta uma abordagem analítica sobre o impacto dos gastos em HIV e SIDA no Distrito de Massinga, no quinquénio 2005 - 2009. A análise é feita neste período, pois, foi exactamente em 2004 que o Governo introduziu o tratamento anti-retroviral aos pacientes com infecção avançada do HIV no Sistema Nacional de Saúde, (INE, 2008).

No entanto, em 2008, estimativas realizadas com vista a apurar o impacto demográfico do HIV e SIDA em Moçambique indicavam que cerca de 1,6 milhões de pessoas estavam infectadas, dos quais a maioria eram mulheres e que 92,1 mil pessoas haviam morrido, (INE, 2008).

Ainda segundo INE (2008) estima-se que tenha havido um total de 462,9 mil órfãos devido ao SIDA e que em decorrência da doença resultaram 440 novas infecções pelo HIV e SIDA por dia, das quais cerca de 81% das novas infecções de adultos é via sexual, (vide a Tabela 1, em anexo).

Estes indicadores demográficos mostram-se relevantes na medida em que auxiliam o processo de planificação de intervenções para reduzir os efeitos da epidemia nas pessoas infectadas e afectadas, assim como para a prevenção de novas infecções.

De acordo com UDJO (2006) o HIV é uma infecção de longo prazo, que enfraquece a habilidade natural do corpo para lutar contra as doenças. A infecção pelo HIV progride em etapas, evolui muito lentamente ao longo de 5 a 10 anos, antes de a pessoa apresentar manifestações clínicas de enfermidade. No período de 5 a 10 anos, a pessoa infectada pelo HIV começa a adoecer cíclica e sucessivamente, acabando por morrer. À medida que o tempo passa, a pessoa infectada pelo HIV torna-se mais vulnerável às doenças oportunistas. A SIDA é manifestação das deficiências causadas no sistema imunológico pelo HIV, é a fase mais avançada da infecção pelo HIV.

O aumento estimado de mortes pelo HIV e SIDA têm enormes implicações para a economia do país, em termos de produção de bens de consumo interno e bens para exportação. A cada morte pelo HIV e SIDA, perde-se uma pessoa com habilidades e que foi alvo de investimentos em educação e treinamento.

Sobre as implicações macroeconómicas do aumento do financiamento de HIV e SIDA, destaca-se que apesar do crescimento da ajuda internacional oferecida por países ricos a Moçambique, o impacto dos fundos injectados não é suficiente para alterar a economia do país. Como a ajuda estrangeira chega maioritariamente por canais públicos, o governo pode influenciar seus efeitos escolhendo cuidadosamente seus gastos.

### **3.1. Intervenções de Combate ao HIV e SIDA em Moçambique**

Uma alternativa para tentar minimizar os efeitos da epidemia de HIV e SIDA e, conseqüentemente sua repercussão negativa sobre a produtividade da população, têm sido o fornecimento da terapia de anti-retrovirais (TARV) realizada por vários países, inclusive pelo Governo de Moçambique. Os números que envolvem os gastos desse fornecimento para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) são elevados.

Nesse sentido, visando reduzir os índices de infecção pelo HIV e SIDA e aumentar as intervenções de mitigação dos efeitos da doença e acções de solidariedade para com as pessoas vivendo com HIV e SIDA, recomenda-se a observância de procedimentos legais segundo preconiza a Lei nº 5/2002, da Lei do Trabalho e instrumentos desenhados e adoptados pelo Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA, (HELVETAS, 2008).

As estratégias para combater a epidemia de HIV e SIDA precisam de ser direccionadas, não apenas para indivíduos ou famílias, mas também, para as organizações da comunidade e instituições. Alguns pontos importantes são: como assegurar que a tecnologia desenvolvida e promovida por instituições de pesquisa, financiadas por dinheiros públicos, é relevante para a mudança necessária de comportamento dos produtores e consumidores, à luz da epidemia de HIV e SIDA, como concretizar as mudanças na tecnologia e cultura das organizações e como realinhar programas e pesquisas com as novas necessidades geradas pela epidemia, (BANK, 1999).

É fundamental referir que, o retorno dos gastos em HIV e SIDA é uma melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e SIDA, com uma significativa redução da ocorrência de infecções oportunistas, diminuindo conseqüentemente, os gastos com o tratamento destas infecções, internamentos, atendimentos em hospitais e serviços de emergência, (LOUVEIRA, 2006).

A maioria da população do país não está infectada pelo HIV e SIDA. É possível e estão sendo desenvolvidas, mesmo em condições de limitação de recursos, políticas e programas efectivos de prevenção ao HIV e SIDA, assistência e apoio à população afectada, (vide a Tabela 2, em anexo).

Mas isso requer liderança aliada a uma mobilização social. Tal significa reconhecer que a principal ameaça ao desenvolvimento económico vem das perdas de recursos humanos devido ao HIV e SIDA e assegurar que esforços nacionais sejam concentrados na sustentação do capital humano de Moçambique.

### **3.2. Caracterização do HIV e SIDA em Moçambique**

Além do aspecto económico, as diversas caracterizações em torno do HIV e SIDA – incurável - fizeram com que a doença fosse associada à diversos estigmas e preconceitos presentes na sociedade Moçambicana, especialmente sobre a morte, a infecção e a sexualidade. O efeito desses estigmas em torno da doença reflecte-se imediatamente nas vidas das pessoas seropositivas (doentes ou não), que vêem a sua vida social implicada por atitudes discriminatórias.

É evidente que Moçambique enfrenta uma grave epidemia de HIV e SIDA, com um rápido e contínuo aumento de infecções, devido ao alto nível da taxa prevalência, actualmente 16% em 2009 e o facto de existirem factores estruturais como pobreza, desigualdade de género, condições culturais e altos níveis de mobilidade da mão-de-obra, (vide a Tabela 3, em anexo).

Segundo INE (2008) na zona Sul do país não existem grandes diferenças entre as prevalências do HIV e SIDA observadas nas províncias. Estas variam de 23% a 27%, com excepção da Província de Inhambane que registou a prevalência mais baixa da zona, 12%. No entanto, as taxas de prevalência no Centro do país continuam a ser relativamente elevadas, situando-se entre 13% e 23% nas quatro províncias da zona. Contudo, na zona Norte a prevalência continua a ser menor em comparação com as outras regiões do país, tendo a prevalência cumulativa sido estimada em 9%, sem diferenças significativas de uma província para outra.

Em termos gerais, a epidemia de HIV e SIDA atinge negativamente a economia do país, enfraquecendo a capacidade institucional e interrompendo a funcionalidade normal das instituições públicas e não só, através da perda de recursos humanos, alguns dos quais podem constituir pontos cruciais do funcionamento efectivo destas instituições. Também altera drasticamente o grupo-alvo das políticas e programas de desenvolvimento, uma vez que aumenta a atenção dada às crianças, adolescentes e idosos, e empobrece directamente as famílias e comunidades afectadas.

## CAPÍTULO IV

### 4. PERFIL ECONÓMICO E SOCIAL DO DISTRITO DE MASSINGA

#### 4.1. Situação Geográfica

O Distrito de Massinga localiza-se no centro da Província de Inhambane, sendo a sua sede, vila de Massinga. Dista das Cidades de Inhambane e Maxixe a 124 e 68 Km, respectivamente. O Distrito é atravessado pela Estrada Nacional nº 1 (EN1) numa extensão de 83 Km. Massinga limita-se a Sul pelos Distrito de Morrumbene e Funhalouro, a Norte pelos distritos de Vilanculo e Mabote, a Este é banhado pelo canal de Moçambique e a Oeste pelo Distrito de Funhalouro (vide a Figura 4, em anexo), (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2005).

Com uma superfície de 7.458 Km<sup>2</sup>, o Distrito está dividido em 2 Postos Administrativos (PA), nomeadamente de Massinga com Sede na Vila de Massinga e Chicomo com sede na Povoação de Nhachengue. Comporta 5 Localidades nomeadamente Malamba, Chicomo, Lionzuane, Guma e Rovene, (vide a Tabela 4 em anexo), (GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA, 2008).

#### 4.2. População e Sua Distribuição

O Distrito de Massinga possui um total de 228,117 habitantes, com uma densidade de 30,6 hab/Km<sup>2</sup> o equivalente a 16,5% da população da Província, sendo o distrito mais populoso de Inhambane. Cerca de 75% é composta pelo sexo feminino, devido ao facto de os homens emigrarem para as grandes cidades ou países vizinhos, principalmente para as minas da África do Sul, a procura de emprego, na tentativa de proporcionar as melhores condições de vida para si e para os seus dependentes, sendo esta uma tradição do passado (vide a Tabela 5, em anexo), (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2005).

Cerca de 67,21 % da população encontra-se concentrada nas localidades de Rovene, Guma e Malamba ao longo da zona costeira (até 30 km do mar) devido as facilidades de acesso à água, assistência sanitária, educação, comunicação e outros serviços sociais básicos. No interior do distrito, as localidades de Lihonzuane e Chicomo albergam 32,79 % da população total do

distrito, apresentando uma densidade populacional distribuída conforme a ilustração em anexo, (vide Figura 5, em anexo), (GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA, 2008).

### **4.3. Características Sócio-Económicas**

A base da economia do Distrito da Massinga é a produção agrícola, florestal, turismo, entre outras actividades como pesca, avicultura, extração da pedra e comércio da copra. A principal actividade é a agrícola, que é praticada maioritariamente pelo sector familiar, cerca de 90% da população, caracterizada pela baixa produtividade explicada fortemente pelo uso de tecnologias rústicas, (GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA, 2008).

Segundo MATANGANHETE (2010) as fontes de receitas locais (RL) a nível do distrito são as multas aos exploradores ilegais de produtos florestais, bem como as taxas impostas na actividade comercial.

A rede sanitária no distrito é constituída por 1 Hospital Distrital, 12 Centros de Saúde e 14 Postos de Saúde distribuídos pelas 5 Localidades, que funcionam com Agentes Comunitários de Saúde (vide a Tabela 6, em anexo).

De acordo com o GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA (2008), o acesso à educação é um direito fundamental de cada cidadão e um meio para afirmação e integração do indivíduo na vida social e económica. É dentro deste contexto que o plano estratégico define três objectivos chaves: a expansão e o acesso à educação, a melhoria da qualidade de ensino e o reforço da capacidade institucional. É também, com vista a garantir a satisfação da demanda dos serviços de saúde, que se realizam periodicamente cursos de formação de agentes comunitários de saúde.



#### **4.4. Situação Epidemiológica**

A nível do Distrito de Massinga, somente em 2005 é que se iniciou o Terapia Anti-retroviral (TARV) no Serviço Distrital de Saúde e, até ao momento, a sua administração apenas é feita pelo Hospital Distrital de Massinga, (Governo do Distrito de Massinga, 2008).

Para o HIV e SIDA houve uma tendência de crescimento nos casos notificados no período em análise, devido a expansão dos Serviços de Testagem e a introdução no distrito do TARV, o que encorajou as pessoas a aderirem ao teste (vide a Tabela 8, em anexo).

Segundo CALA (2010) a malária, a tuberculose e principalmente o HIV e SIDA continuam sendo as doenças de referência obrigatória, pois, são as que mais mortes causam aos pacientes que dão entrada nas unidades sanitárias do Distrito de Massinga (vide a Tabela 7, em anexo).

A taxa de prevalência de HIV e SIDA no distrito subiu de 11,4% para 12% de 2006 para 2007, como resultado da expansão do serviço de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS), também devido aos esforços levados a cabo pelo Governo no combate a esta epidemia, através da sensibilização às comunidades para efectuarem os testes e procederem a Terapia Anti-retroviral (TARV). A introdução da TARV tem motivado a procura destes serviços por parte da população, (vide a Tabela 9, em anexo).

De acordo com a HELVETAS (2008) é pertinente que se incentive o acesso ao aconselhamento e testagem voluntária confidencial e grátis, que é prestado por serviços de saúde devidamente autorizados (STS – Serviços de Testagem de Saúde).

O sexo feminino continua a ser o que mais interessa-se pelo serviço de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS), representando 72% do total dos testados no período em análise. As actividades da Consulta de Criança em Risco (CCR) são realizadas no âmbito do programa de Saúde Materno Infantil (SMI) com o objectivo de fazer a Prevenção da Transmissão Vertical, ou seja, prevenção da transmissão do HIV e SIDA da mãe para o filho e diagnóstico precoce nas crianças filhos de pais seropositivos (HIV+) (CALA, 2010).

Segundo CALA (2010) as principais actividades de prevenção ao HIV e SIDA realizadas no Distrito de Massingã são:

- Disseminação de informação sobre HIV e SIDA, Infecções de Transmissão Sexual (ITS).
- Promoção e criação de mais associações capazes de operar na área do HIV e SIDA.
- Prevenção de Transmissão Vertical (PTV).
- Formação de activistas seleccionados nas próprias comunidades.
- Promoção do uso correcto do preservativo.
- Sensibilização para uma maior aderência ao teste voluntário do HIV e SIDA.

Ainda de acordo com CALA (2010) as principais actividades de Cuidados e Tratamento ao HIV e SIDA realizadas no Distrito de Massingã são:

- Apesar de não ter cura, consciencialização às pessoas que vivem com HIV e SIDA (PVHIV) de que é uma doença comum como outras.
- Promoção da credibilidade dos Anti-retrovirais (ARV) com vista à maior aderência das PVHIV.
- Expansão da Terapia Anti-retroviral (TARV) para maior número de pacientes.
- Tratamento de Infecções Oportunistas (IO).
- Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS).

## CAPÍTULO V

### 5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

#### 5.1. Descrição

A pesquisa abrangiu 15 instituições públicas (IP), das quais 40% serviços distritais, 40% empresas, 13% postos administrativos e os restantes 7% constituídos por 1 hospital distrital, como ilustra a tabela 10.

Tabela 10: Instituições que preencheram os questionários fornecendo dados sobre despesas em HIV e SIDA no período 2005 – 2009.

Fonte de dados			Fontes Financeiras (MTn)			Despesa Total	
	Nº	%	Públicas	Privadas	Externas	Valor	%
Serviços Distritais	6	40	383,008.76	-	-	383,008.76	10.7
Empresas	6	40	-	134,052.24	-	134,052.24	3.7
Postos Administrativos	2	13	30,532.00	-	-	30,532.00	0.8
Hospital Distrital	1	7	-	-	3,046,500.00	3,046,500.00	84.8
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>413,540.76</b>	<b>134,052.24</b>	<b>3,046,500.00</b>	<b>3,594,093.00</b>	<b>100</b>

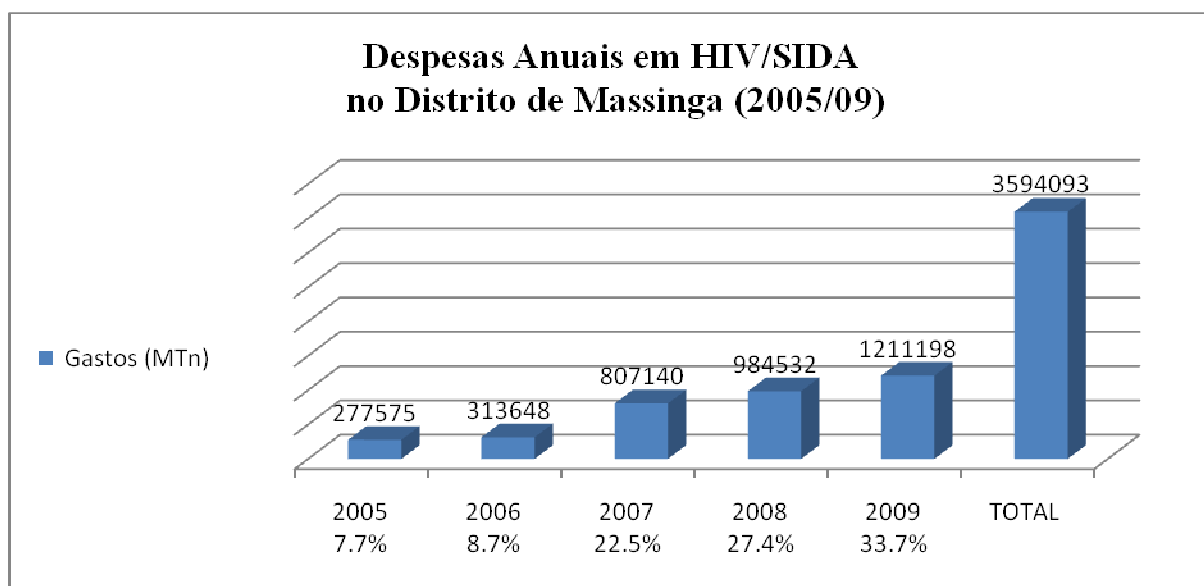
Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

A recolha de dados baseou se nas despesas públicas institucionais do Distrito de Massinga, referentes ao período 2005 - 2009.

## 5.2. Análise de Resultados

Durante o quinquénio 2005 – 2009, em Massinga foram gastos 3,594,093.00 Mtn no combate ao HIV e SIDA, correspondentes aos 0,035% dos cerca de 10,181,932,500.00 MTn gastos em Moçambique em igual período. Os resultados da avaliação demonstram que as despesas no combate ao HIV e SIDA em Massinga tiveram uma tendência ascendente durante todo período em referência. Contudo, as despesas no combate ao HIV e SIDA reportadas foram mais expressivas em 2009 (33,7 % sobre a despesa total do quinquénio) e depois foram sempre decrescendo até ao primeiro ano com gastos de cerca de 7,7%, como ilustra o Gráfico 1.

Gráfico 1:



Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

Como é possível observar no gráfico 1 acima, as despesas anuais reportadas atingiram um crescimento exponencial de 157,3% em 2007. Entre 2005 e 2006, cresceram menos comparativamente a todo o período, alcançando uma taxa de 13%. As despesas no combate ao HIV e SIDA em 2009 correspondem a pouco mais de cinco vezes das despesas no início do período em referência, (vide a Tabela 11).

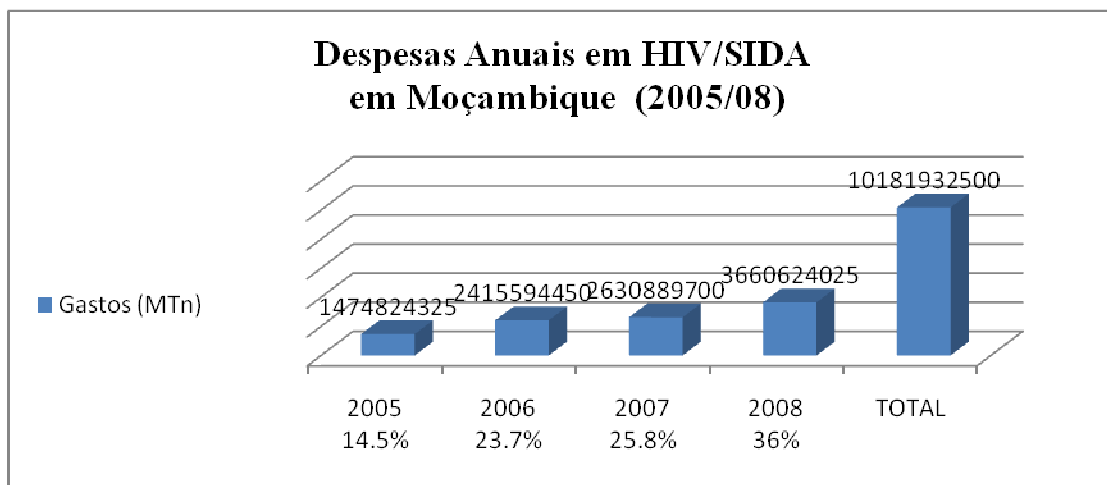
Tabela 11: Gastos Totais Anuais em HIV e SIDA em Massinga

Ano	Montante Gasto (MTn)	Peso (%)	Taxa de Crescimento (%)
2005	277,575.00	7,7	-
2006	313,648.00	8,7	13
2007	807,140.00	22,5	157,3
2008	984,532.00	27,4	22
2009	1,211,198.00	33,7	23
<b>TOTAL</b>	<b>3,594,093.00</b>		

Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

Já as despesas no combate ao HIV e SIDA em Moçambique tiveram uma menor variabilidade ao longo dos anos em referência. Verifica-se um crescimento dos gastos com maior expressão para o ano de 2006 em que atingem 63,8% e em 2007 a taxa reduziu, não obstante ter continuado positiva. Em 2008, a despesa voltou a subir significativamente e justificou o facto de ser o ano com maior peso dos gastos sobre a despesa total do período, com cerca de 36%, como está ilustrado no Gráfico 2 e se pode observar na Tabela 12, abaixo.

Gráfico 2:



Fonte: CNCS, 2008 e 2009.

Tabela 12: Gastos Totais Anuais em HIV e SIDA em Moçambique

Ano	Montante Gasto (MTn)	Peso (%)	Taxa de Crescimento (%)
2005	1,474,824,325.00	14,5	-
2006	2,415,594,450.00	23,7	63,8
2007	2,630,889,700.0	25,8	8,9
2008	3,660,624,025.00	36	39,1
<b>TOTAL</b>	<b>10,181,932,500.00</b>		

Fonte: CNCS, 2008 e 2009

Massinga, apesar de ser considerado o distrito mais crítico a nível da Província de Inhambane na questão do HIV e SIDA, não tem merecido atenção especial. Em termos de peso das despesas totais anuais com HIV e SIDA, para o quinquénio 2005-2009 coube ao distrito uma porção de 0,02%, em relação ao país. Anualmente, durante o período em análise, a despesa com HIV e SIDA comportou-se de forma semelhante, conforme se pode observar na Tabela 13.

Tabela 13: Relação entre Gastos anuais em HIV e SIDA em Massinga e Gastos em Moçambique

Anos	Peso dos Gastos em HIV e SIDA em Massinga/Moçambique (%)
2005	0,02
2006	0,01
2007	0,03
2008	0,03
<b>Total</b>	<b>0,02</b>

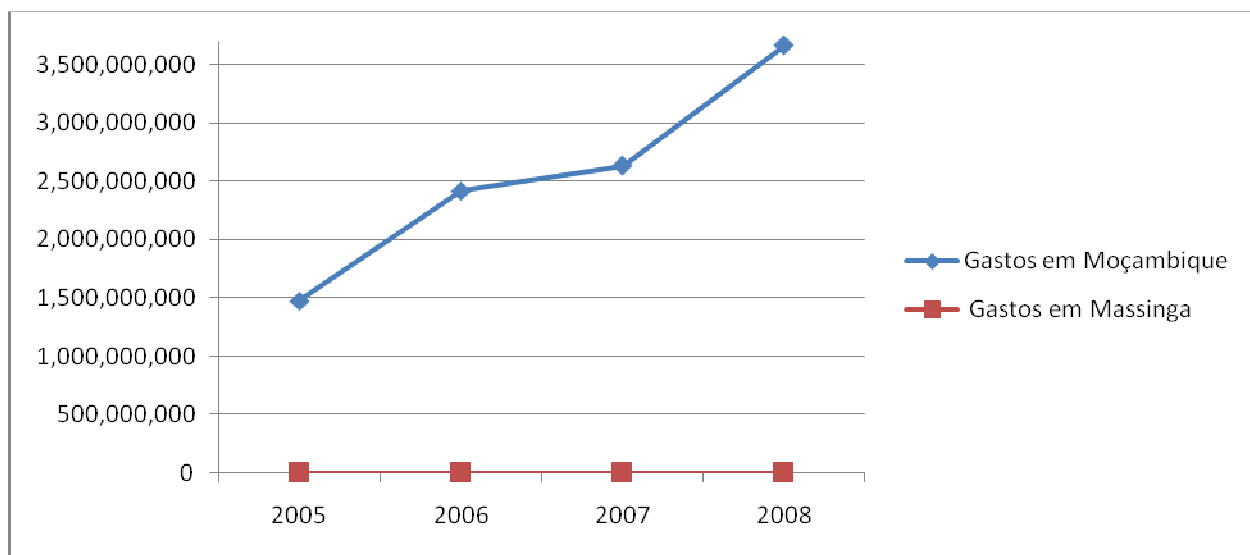
Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

Neste sentido, é reduzido o peso dos gastos da luta contra o HIV e SIDA a nível do Distrito de Massinga comparativamente ao País, pois, durante quase todo o período em análise, o peso dos gastos manteve-se irrelevante chegando mesmo a alcançar 0,01%.

A situação, pode ser explicada pelo facto de as alocações de fundos ao Distrito de Massinga para o combate ao HIV e SIDA, pelo menos as originárias de fontes públicas, como por exemplo do Núcleo Provincial de Combate ao HIV e SIDA (NPCS), não estarem ainda a serem geridas e distribuídas proporcionalmente e serem em função de apresentação de projectos pela Comissão Distrital de Combate ao HIV e SIDA (CDCS). E essa atribuição de fundos, nem sempre obedece às necessidades do distrito, recebidas em prestações, verificando-se muitas vezes atrasos nos desembolsos.

Durante o período em análise, os gastos realizados em actividades no âmbito da luta contra o HIV e SIDA no país, tiveram, de uma forma geral, uma tendência ascendente, enquanto ao nível do Distrito de Massinga os gastos mantiveram-se baixos, apesar das variações anuais positivas, (vide o Gráfico 3).

Gráfico 3: Tendência dos Gastos com HIV e SIDA de Massinga em relação ao nível nacional



Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

A Tabela 14 mostra que os gastos com o HIV e SIDA totalizaram 547,593.00 MTn e 3,046,500.00 MTn nas categorias de Prevenção, e, Cuidados e Tratamento respectivamente, no período entre 2005 e 2009.

Tabela 14: Despesa Total por Categoria de Despesa do SIDA (ASC) e por anos (MTn)

ASC	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Prevenção	41,325.00	61,648.00	109,640.00	228,532.00	106,448.00	547,593.00
Cuidados e Tratamento	236,250.00	252,000.00	697,500.00	756,000.00	1,104,750.00	3,046,500.00
Total	277,575.00	313,648.00	807,140.00	984,532.00	1,211,198.00	3,594,093.00

Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

Estes dados mostram também que do volume total gasto no combate ao HIV e SIDA no Distrito de Massinga, durante o período em análise, 85% representam a despesa em Cuidados e Tratamento e os remanescentes 15% dizem respeito a categoria de despesa de Prevenção, (vide o Gráfico 4).

Gráfico 4:



Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)



Durante o período em referência (2005-2009), o crescimento verificou-se exclusivamente em duas principais Categorias de Despesa do SIDA (ASC), sendo de notar que o maior crescimento registou-se em Cuidados e Tratamento com HIV e SIDA (367,6%).

Esta taxa de crescimento para Cuidados e Tratamento é superior à taxa registada pela despesa total incorrida no âmbito da luta contra o HIV e SIDA no Distrito de Massinga que atingiu 336,3%. Este cenário pode ser explicado pelo facto da categoria de despesa de Prevenção ter registado um crescimento de 157,6%, durante o período em análise, fortemente implicado pelo decréscimo da despesa observado no último ano.

No entanto, não obstante os cuidados e tratamento terem sido a categoria de despesa que absorveu mais recursos (85%), nos anos em análise registou-se um crescimento muito variável, que atingiu um crescimento máximo de 176,8%, em 2007, quando no ano anterior verificou se uma taxa de apenas 6,7%.

A despesa no combate ao HIV e SIDA em Prevenção teve uma tendência ascendente durante quase todo período em referência, visto que apenas no último ano os gastos reduziram em cerca de 53%, em relação ao ano anterior, como se pode observar na Tabela 15.

Tabela 15: Variação e Peso anuais da despesa no combate ao HIV e SIDA no Distrito de Massinga

ASC	2005	2006		2007		2008		2009		2005 - 2009	
	Peso %	Peso %	Var%	Peso %	Var%	Peso %	Var%	Peso %	Var%	Peso %	Var%
Prevenção	14,9	19,7	49,2	13,6	77,8	23,2	108,4	8,8	-53,4		
Cuidados e Tratamento	85,1	80,3	6,7	86,4	176,8	76,8	8,4	91,2	46,1		
Total	-	-	13,0	-	157,3	-	22,0	-	23,0		

Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

Em relação ao quinquénio, o peso das despesas incorridas em Cuidados e Tratamento tiveram um comportamento sempre crescente, com destaque para ano de 2009, que é o mais expressivo em termos de volume de gastos incorridos no combate ao HIV e SIDA.

Contudo, as despesas reportadas com Prevenção, no âmbito do combate ao HIV e SIDA, foram mais expressivas em 2008 (41,7 % referentes aos gastos em actividades de prevenção sobre a despesa total do quinquénio), contra o peso de cerca de 20% em 2007. A seguir, 19,4% em 2009, e por fim, 11,3% e 7,5% em 2006 e 2005 respectivamente, (vide a Tabela 16).

Tabela 16: Peso Relativo da Despesa anual por Categoria (%)

ASC	2005	2006	2007	2008	2009
Prevenção	7,5	11,3	20,0	41,7	19,4
Cuidados e Tratamento	7,8	8,3	22,9	24,8	36,3

Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

### 5.3. Fontes de Financiamento ao HIV e SIDA

O financiamento à resposta ao HIV e SIDA no Distrito de Massinga vêm de três fontes: Pública, Privada e Externa (Internacional).

Segundo MATANGANHETE (2010), as fontes canalizaram o financiamento ao HIV e SIDA usando dois mecanismos principais: por via do Orçamento de Estado (OE) que financia o sector de saúde e através de projectos de financiamento vertical.

De uma forma geral, o peso relativo do financiamento para o HIV e SIDA em Massinga tem se mostrado pouco volátil alternativamente por cada fonte, com pequenas mudanças de um ano para o outro. Quanto ao peso relativo do financiamento público, registou-se uma variabilidade ao longo dos anos em referência, atingindo o nível mais baixo de 6,8% em 2009.

Sobre as outras duas fontes financeiras, importa referir que a fonte privada foi a que menos contribuiu com financiamentos para realização de actividades no âmbito de luta contra esta epidemia. E a fonte externa fez a alocação da maior parte dos financiamentos durante todo o período de 2005-2009, tendo disponibilizado sempre mais de metade dos recursos reportados como gastos a nível do Distrito de Massinga, como se pode observar na Tabela 17.

Tabela 17: Peso das Fontes Financeiras por ano (MTN)

FF	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Pública	31,407	11,3	49,010.16	15,6	86,615.6	10,7	164,543.04	16,7	81,964.96	6,8
Privada	9,918	3,6	12,637.84	4,0	23,024.4	2,9	63,988.96	6,5	24,483.04	2,0
Internacional	236,250	85,1	252,000	80,3	697,500	86,4	756,000	76,8	1,104,750	91,2
Total	277,575		313,648		807,140		984,532		1,211,198	

Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

A distribuição das diferentes fontes de financiamento pelas categorias de despesa, está ilustrada na Tabela 18 abaixo, que mostra que os fundos públicos e privados concentraram-se numa única Categoria de Despesa do SIDA (ASC), a de Prevenção. A categoria de Cuidados e Tratamento mereceu atenção especial dos fundos externos que tem desempenhado um papel preponderante através da alocação destes financiamentos. Os fundos públicos mais que duplicaram, entre 2005 e 2009, pese embora continuem apenas a financiar actividades ligadas ao combate ao HIV e SIDA no âmbito da Prevenção.

Assim sendo, pode-se afirmar que a resposta distrital ao HIV e SIDA no Distrito de Massinga é essencialmente assegurada por financiamentos externos, pois ao longo dos anos em todo o período em análise, seus fundos tiveram um peso relativo superior a 75%.

Tabela 18: Despesas anuais por tipo de FF e por ASC

Ano	FF	Prevenção	Cuidados e Tratamento	Total
2005	Pública	31407		31407
	Privada	9918		9918
	Internacional		236250	236250
	Subtotal			277575
2006	Pública	49010.16		49010.16
	Privada	12637.84		12637.84
	Internacional		252000	252000
	Subtotal			313648
2007	Pública	86615.6		86615.6
	Privada	23024.4		23024.4
	Internacional		697500	697500
	Subtotal			807140
2008	Pública	164543		164543
	Privada	63988.96		63988.96
	Internacional		756000	756000
	Subtotal			984532
2009	Pública	81964.96		81964.96
	Privada	24483.04		24483.04
	Internacional		1104750	1104750
	Subtotal			1211198
<b>TOTAL</b>		<b>547593</b>	<b>3046500</b>	<b>3594093</b>

Fonte: Questionário efectuado nas instituições no Distrito de Massinga (Fevereiro de 2010)

## CAPÍTULO VI

### 6. CONCLUSÕES E RECOMENDACÕES

#### 6.1 Conclusões

Esta pesquisa busca fazer uma análise das contas de HIV e SIDA no Distrito de Massinga, através dos registos oficiais dos gastos efectivamente realizados em actividades na resposta à epidemia entre 2005 e 2009. Ela propicia uma visão quantitativa dos gastos em HIV e SIDA por categoria de despesa, visando melhorar a análise de como é feita a alocação e distribuição dos recursos para o combate ao HIV e SIDA.

O trabalho conclui que os gastos em HIV e SIDA no Distrito de Massinga não fazem face ao desafio de minimização dos efeitos negativos do HIV e SIDA, devido ao facto de os financiamentos, ao longo dos anos em análise, não satisfazerem as necessidades das populações beneficiárias.

O estudo mostra ainda que, grande parte da população do distrito não tem acesso fácil aos mecanismos de prevenção da doença, o que contribui sobremaneira para a expansão da ocorrência de mais casos de infecções do HIV e SIDA.

A análise revela que há muitas pessoas vivendo com HIV e SIDA (PVHIV) para serem integrados na Terapia Anti-retroviral (TARV) e que os gastos realizados na luta contra a epidemia no Distrito de Massinga não são sustentáveis, pois, grande parte foi financiada por fontes externas durante o período em análise, o que torna o distrito fortemente vulnerável e dependente.

O que foi possível verificar, com base nos dados, é que a maior parte da população do Distrito de Massinga não está infectada pelo vírus HIV e tem uma taxa de prevalência abaixo da média nacional, de cerca de 12%.

A pesquisa demonstra que o sector público em Massinga têm um papel predominante, principalmente na categoria dos cuidados e tratamento do HIV e SIDA, visto que por lei, é obrigado a prover medicação integral aos portadores do HIV e doentes da SIDA, ou seja, faz a provisão da Terapia Anti-retroviral (TARV) e a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV).

Contudo, os fundos que vem entrando na economia do Distrito de Massinga ainda não estão afectar significativamente a conjuntura local, mesmo aumentando os gastos públicos anualmente, devido o facto dos limitados recursos não serem alocados a investimentos que geram retornos em termos de aumentos de consumo, rendimentos e empregos.

A análise mostra que em termos de gastos, o combate ao HIV e SIDA intensificou se ao longo dos anos em referência, mas salvou menos vidas do que era suposto, pois em Massinga esbarra em programas de HIV e SIDA que apenas privilegiam a prevenção e os cuidados e tratamento, negligenciando as outras categorias de despesa do HIV E SIDA que são Órfãos e Crianças vulneráveis, Gestão de Programas e Administração, Recursos Humanos, Protecção Social, Ambiente legal, Pesquisa.

Os dados colectados mostram que muitas vezes os financiamentos para combate ao HIV e SIDA não são efectivamente gastos na totalidade, havendo quase sempre execução incompleta da despesa. Não obstante, os dados reportados revelam claramente que um volume crescente de recursos tem sido alocado anualmente à resposta distrital ao HIV e SIDA no Distrito de Massinga.

Por fim, a inexistência de um plano estratégico valorizado da resposta distrital, não possibilita também avaliar em que medida as despesas realizadas correspondem às prioridades definidas em termos financeiros.

## **6.2. Recomendações**

Baseadas na análise acima apresentada, sugerem-se as seguintes e importantes recomendações específicas de política:

**Institucionalização do HIV e SIDA:** sugere-se a introdução da rubrica do HIV e SIDA nos orçamentos das diferentes instituições públicas, em que são disponibilizados fundos para a realização de actividades ligadas a luta contra esta epidemia, visto que algumas instituições não realizam actividades devido ao inexistente cabimento orçamental.

**Estratégia de Pesquisa:** sugere-se a criação de incentivos a realização de estudos sobre a epidemia do HIV e SIDA, dado que existe escassez de informações relativas aos impactos económicos gerados pela doença, bem como dos próprios gastos incorridos na realização de actividades no âmbito da luta contra o HIV e SIDA.

**Parcerias:** recomenda-se a consolidação de parcerias de cooperação entre os vários intervenientes que actuam na luta contra o HIV e SIDA (fontes financeiras, agentes financeiros, provedores de serviços, bem como a própria população beneficiária), visto que nalguns casos os financiamentos de fundos são esporádicos porque não existe uma ligação contratual entre eles. Também, será de esperar que conjuntamente, os actores realizem intervenções mais consistentes que poderão minimizar os efeitos negativos do HIV e SIDA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARDT, C Van. *The economic cost of AIDS (Part I)*. University of South Africa, Pretória. 2003.
- AARDT, C Van. *The economic cost of AIDS (Part II)*. University of South Africa, Pretória. 2003.
- BANK, The World. *Confronting AIDS, Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford University Press. September 1999.
- BANK, The World. *Mozambique HIV and AIDS and Nutrition Status Report*. May 2008.
- BOLLINGER, Lory e STOVER, John. *The Economic Impact of AIDS*. Futures Group International, Glastonbury, CT. 1999.
- CNCS. *Medição de Gastos com HIV e SIDA (MEGAS) Moçambique (2004 – 2006)*. Janeiro de 2008.
- CNCS. *Medição de Gastos com HIV e SIDA (MEGAS) Moçambique (2007 – 2008)*. 2009.
- CNCS. *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA (2005-2009). Componente Estratégica – I Parte: Análise da Situação*. Novembro de 2004.
- GIL, António Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. *Perfil do Distrito de Massingao*. 2005.
- GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. *Programa Quinquenal do Governo (2005 – 2009)*. Resolução nº 16/2005 do Boletim da República. Maio de 2005.



- GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. *Acelerando a resposta ao HIV E SIDA no sector da Educação em Moçambique*. 2004.
- GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA. *Plano Económico e Social e Orçamento do Distrito (PESOD) de Massinga (2008 – 2010)*. 2008.
- GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA. *Plano Estratégico de Desenvolvimento do Distrito (PEDD) de Massinga (2008 – 2012)*. 2008.
- GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA. *Relatório Balanço Quinquenal do Governo Distrital de Massinga (2005 – 2009)*. 2009.
- GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA. *Relatório das Actividades Desenvolvidas pelo Governo do Distrito de Massinga (2008)*. Março de 2009.
- HAACKER, Markus. *The economic Consequences of HIV e SIDA in Southern Africa*. February 2002.
- HELVETAS. *Politica de HIV e SIDA da Helvetas Moçambique*. 2008.
- INE. *Impacto demográfico do HIV e SIDA em Moçambique. Actualização – Ronda de Vigilância Epidemiológica*. 2007.
- LOUVEIRA, Álvaro Vicente. *Custos e Consequências do tratamento e prevenção do HIV E SIDA em Moçambique*. 2006.
- MISAU. *Relatório sobre a revisão dos dados de Vigilância Epidemiológica do HIV e SIDA, Ronda 2007*. 2008.

- NETO, Vicente Amato e PASTERNAK, Jacyr. *A validade do custeio do tratamento da infecção pelo HIV*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1998.
- ONUSIDA. *Análise de custo-eficácia e HIV e SIDA: Actualização Técnica da ONUSIDA*. Genebra: ONUSIDA, Agosto 1998.
- SILVA, Edna Lúcia e MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 3ª edição revista e actualizada. Florianópolis. 2001.
- UDJO, E. *The demographic impact of AIDS*. University of South Africa, Pretória. 2003.
- UNAIDS. *National AIDS Spending Assessment (NASA) Classification and Definitions*. 2009.
- UNAIDS. *National AIDS Spending Assessment (NASA) Conceptual Overview*. NASA (MEGAS) Training. Maputo. 2009.
- UNAIDS. *Financial and Expenditure Flows: Reconstruction of Transactions*. NASA (MEGAS). 2009.

## **Entrevistas**

- Dr. Horácio Cala – Médico Generalista e Director dos Serviços de Saúde, Mulher e Acção Social do Distrito de Massinga.
- Dr. Francisco Feijão Matanganhete – Secretário Permanente do Governo do Distrito de Massinga.

## ANEXOS

### Anexo 1

Tabela 1: Principais indicadores de Impacto Demográfico do HIV e SIDA em Moçambique

<b>Taxa de Prevalência do HIV</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
População geral 15 – 49 anos	14%	14%
Mulheres grávidas 15 - 49 anos	16%	16%
<b>Numero de Pessoas vivendo com HIV</b>		
Homens 15+	598,1 mil	615,3 mil
Mulheres 15+	861,3 mil	887,3 mil
Crianças 0-14	141,8 mil	147,4 mil
Total	1,6 milhões	1,7 milhões
<b>Numero de Mulheres grávidas seropositivas</b>		
	145,8 mil	149,0 mil
<b>Numero de novas infecções diárias</b>		
Adultos (via sexual)	355	355
Crianças (via transmissão vertical)	85	85
Total	440	440
<b>Numero de pessoas que precisam de TARV</b>		
Adultos (15+)	385,2 mil	425,1 mil
Crianças (0 - 14)	44,7 mil	47,0 mil
<b>Numero de Óbitos devido ao SIDA</b>		
Homens 15+	31,4 mi	33,2 mil
Mulheres 15+	38,9 mil	41,7 mil
Crianças 0-14	21,8 mil	21,4 mil
Total	92,1 mil	96,3 mil
<b>Numero de órfãos devido ao SIDA (0 – 17 anos)</b>		
Maternos	381,6 mil	418,6 mil
Paternos	351,3 mil	382,0 mil
Ambos pais	324,2 mil	347,7 mil
Total	462,9 mil	510,5 mil

Fonte: INE, 2007.

**Tabela 2:** Política Estratégica de Moçambique em HIV e SIDA e Nutrição

Política e Instituições	Período	Relevância em HIV e SIDA e Nutrição
PARPA II Todos sectores	2006 à 2009	<p>A importância do impacto do HIV e SIDA na segurança alimentar e nutricional está reflectida na redução da pobreza das famílias e alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM/MDG).</p> <p>Os indicadores da nutrição no PARPA são:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Redução da mal nutrição infantil (crónica e abaixo do peso).</li><li>• Percentagem da população com acesso a dieta de qualidade.</li></ul>
PEN II CNCS	2005 à 2009	<p>PEN II reflecte a importância da nutrição nas áreas de tratamento, cuidados e mitigação. Não existe uma ligação explícita para nutrição nas estratégias de prevenção. O objectivo é prolongar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e SIDA. Para alcançar o objectivo, a estratégia visa garantir que a componente nutricional provida é adequada para existência da continuidade e sustentabilidade do tratamento.</p>

Fonte: World Bank, 2008

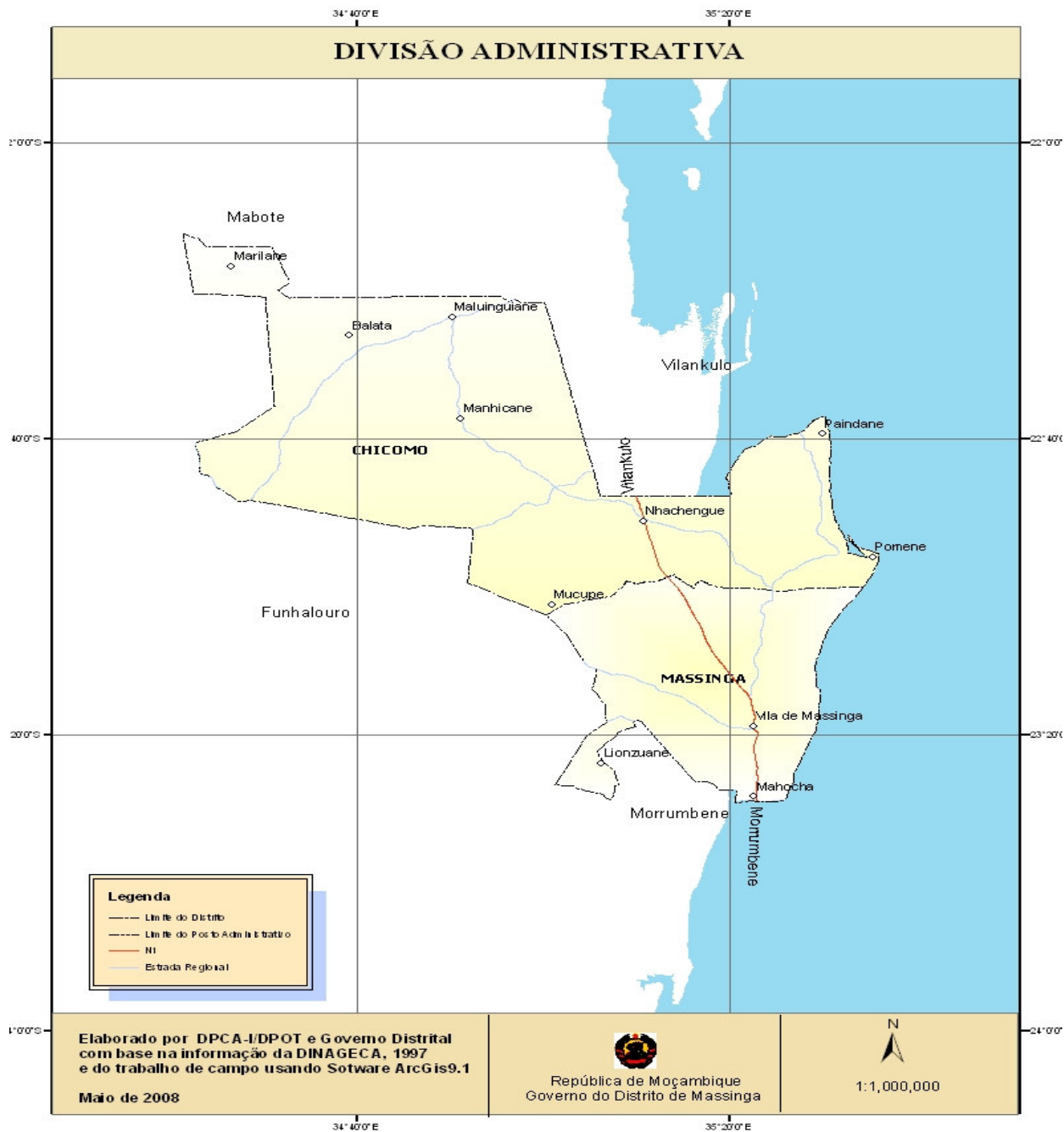
**Tabela 3:** Taxas estimadas de Prevalência do HIV por província, região e a nível nacional.

Província	Estimativa Provincial	Região	Taxa de Prevalência (LP)
Maputo Cidade	23% (18% - 29%)	Sul	21% (16% - 23%)
Maputo Província	26% (18% - 34%)		
Gaza	27% (18% - 35%)		
Inhambane	12% (7% - 16%)		
Zambézia	19% (12% - 29%)	Centro	18% (17% - 21%)
Sofala	23% (17% - 33%)		
Manica	16% (10% - 23%)		
Tete	13% (11% - 21%)		
Niassa	8% (4% - 14%)	Norte	9% (7% - 10%)
Nampula	8% (6% - 12%)		
Cabo Delgado	10% (6% - 14%)		
Nacional			16% (14% - 17%)

Fonte: MISAU, 2008.

## Anexo 2

**Figura 4:** Divisão Administrativa e a Situação Geográfica do Distrito de Massinga



Fonte: GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA, 2008.

**Tabela 4:** Divisão dos Postos Administrativos e Localidades em Massinga

Posto Administrativo	Localidades
Massinga Sede	Rovene
	Lionzuane
	Guma
Chicomo	Chicomo
	Malamba

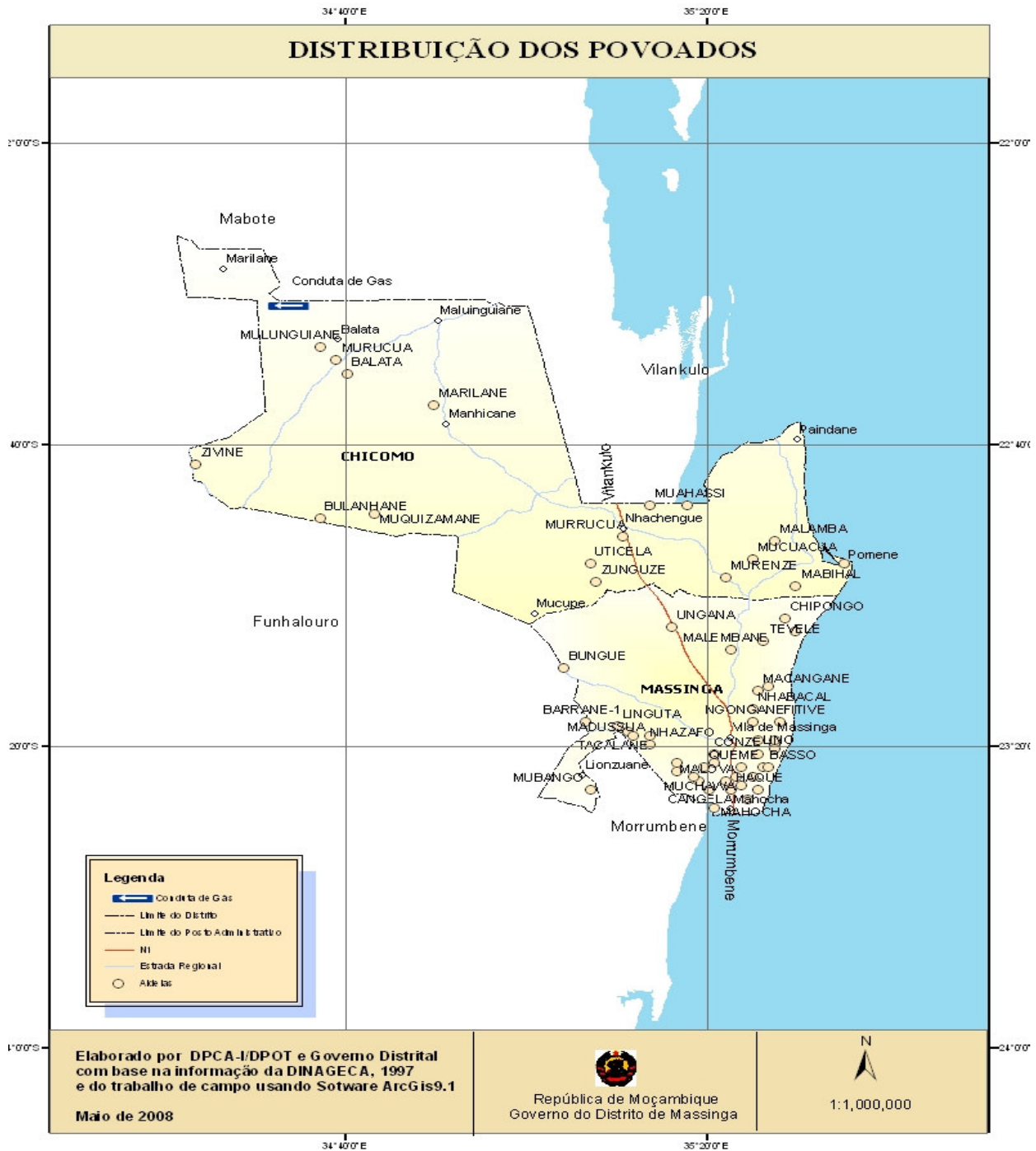
Fonte: GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2005.

**Tabela 5:** População do Distrito de Massinga por Posto Administrativo

	TOTAL	Grupos Etários				
		0 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 e +
P.A. Massinga	169.723	25.665	47.334	67.358	21.762	7.603
Homens	72.737	12.770	23.621	24.473	8.448	3.426
Mulheres	96.986	12.895	23.714	42.886	13.314	4.177
P.A. Chicomo	58.394	8.769	15.496	23.055	8.324	2.750
Homens	24.839	4.297	7.797	8.290	3.279	1.176
Mulheres	33.555	4.472	7.698	14.765	5.045	1.574
<b>Distrito de Massinga</b>	<b>288.117</b>	<b>34.434</b>	<b>62.830</b>	<b>90.413</b>	<b>30.086</b>	<b>10.353</b>
Homens	97.576	17.068	31.418	32.763	11.727	4.601
Mulheres	130.541	17.367	31.412	57.651	18.359	5.752

Fonte: GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2005.

**Figura 5: Zonas de Aglomerados Populacionais no Distrito de Massinga**



Fonte: GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA, 2008.



**Tabela 6:** Distribuição das Unidades Sanitárias no Distrito de Massinga

NÍVEIS	2005	2006	2007	2008	2009
HOSPITAL DISTRITAL	-	-	1	1	1
CENTROS DE SAÚDE	10	11	11	11	12
POSTO DE SAÚDE COMUNITÁRIO	9	11	13	14	14
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA, 2009.

**Tabela 7:** Quadro Epidemiológico do Distrito de Massinga

Doenças	2005		2006		2007		2008		2009		TOTAL	
	Casos	óbito	caso	óbito	casos	óbito	casos	óbito	casos	óbito	Casos	óbito
<b>Malária</b>	61.415	19	52.618	18	44.517	14	19.894	4	13511	4	13689.444	59
<b>Diarreia</b>	4.048	0	2.006	0	4.66	0	1.569	0	1616	0	1628.283	0
<b>HIV+</b>	105	9	473	4	1387	17	1445	25	1470	51	4880	106
<b>Disenteria</b>	455	0	138	0	607	0	208	0	527	0	1935	0
<b>T. Pulmonar</b>	211	4	137	9	207	3	218	10	232	2	1005	28
<b>Lepra Mb</b>	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	8	0
<b>ITS's</b>	5.933	0	4.836	0	7.058	0	2.33	0	2412	0	2432.157	0
<b>TOTAL</b>	843.396	32	807.46	31	2264.235	34	1894.793	39	19768	57	25577.88	193

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA, 2009.

**Tabela 8:** Evolução dos casos de HIV e SIDA no Distrito de Massinga

	2006	2007	2008	2009	Total
Casos	473	1387	1445	1470	4775
TARV	112	310	336	491	1249
Grávidas	35	168	66	94	363
Abandonos	5	4	3	307	266
Óbitos	4	17	25	51	97
Transferidos	0	3	8	15	33
HIV+ c/ TB	6	23	25	92	146

Fonte: Base de Dados do Hospital Distrital Massinga, 2010

**Tabela 9:** Desagregação por sexo e idades dos casos de HIV e SIDA em Massinga

Ano	Menor de 15 anos			De 15 a 24 anos			De 25 anos e mais			Total		TOTAL
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	
2006	3	10	13	60	5	65	312	83	395	375	98	473
2007	34	22	56	261	24	285	734	312	1046	1029	358	1387
2008	46	47	93	220	14	234	775	343	1118	1041	404	1445
2009	44	55	99	205	15	220	795	356	1151	1044	426	1470

Fonte: Base de Dados do Hospital Distrital Massinga, 2010

### Anexo 3

#### FORMULÁRIO [1]

#### ACTORES NA LUTA CONTRA O HIV/SIDA

Esta informação é confidencial

Ano da estimativa:

Data:

1.- Identificação da Instituição

[ ]

<b>Nome da Instituição:</b>	
<b>Contacto (Nome e Título):</b>	
<b>Endereço:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Fax:</b>

Indique com um x o estatuto legal

<b>Estatuto legal</b>	<b>Nacional</b>	<b>Internacional</b>
Público		
Privado		
Sem fins lucrativos (ONG)		

A instituição <u>recebe</u> fundos de outras instituições para financiar ou realizar actividades relacionadas com a luta contra o HIV-SIDA?	Sim (preencher a parte 2)
A instituição <b>utilizou fundos próprios</b> para financiar ou realizar actividades relacionadas com a luta contra o HIV-SIDA?	Sim (preencher a linha 10, na parte 2)
A instituição <u>transfere</u> fundos para outras instituições que financiam ou realizam actividades relacionadas com a luta contra o HIV-SIDA?	Sim (preencher a parte 3)

Indique com um x se os valores estão em **Milhares de Meticais**:


Outra moeda, especifique:

## 2. Origem dos fundos recebidos

Indique:

- O nome da entidade da qual recebeu fundos no ano da estimativa.
- O montante gasto no ano, desagregado por cada fonte financeira.

Nome das instituições	Valor recebido	Valor gasto pela organização	Valor transferido a outras organizações
OF [1]			
OF [2]			
OF [3]			
OF [4]			
OF [10] Fundos Próprios			
<b>TOTAL</b>			

Se indicou ter a organização utilizado recursos, preencha as Parte 4 e 5 para cada um dos fundos utilizados.

### 3. Aplicação / Destino dos Fundos:

Indique:

- O nome das entidades para as quais enviou fundos no ano da estimativa e
- O montante reportado como gasto no ano por cada entidade.

<b>Nome da Instituição que recebeu fundos</b>	<b>Valor transferido</b>	<b><i>Valor reportado como gasto</i></b>
DF [1]		
DF [2]		
DF [3]		
DF [4]		
DF [5]		
DF [6]		
DF [7]		
DF [8]		
DF [9]		
DF [10]		
<b>TOTAL</b>		

a) Se preencheu ambas as partes 2 e 3, a soma do Valor Transferido calculado na parte 3, deverá em princípio igualar a soma do Valor Transferido a Outras Organizações calculado na parte 2. Se assim não for indique as causas da diferença.

b) Para cada uma das instituições que utilizaram recursos, Valor reportado como gasto pelas Organizações, referidas na Parte 3, preencha as Parte 4 e 5.

Nome do Inquiridor:

---

*FORMULÁRIO [2]*

**Esta informação é confidencial**

**Tipo de Actividades**

---

	<b>Actividades</b>	<b>Montante</b>
<b>A1</b>		
<b>A2</b>		
<b>A3</b>		
<b>A4</b>		
<b>A5</b>		
<b>Total</b>		

**4. População Beneficiária**

Pretende-se saber quem é a população alvo, ou seja, para quem se pensou realizar cada actividade?

---

<b>P.B.</b>	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>	<b>A4</b>	<b>A5</b>	<b>A6</b>	<b>A7</b>	<b>A8</b>	<b>A9</b>	<b>A10</b>
<b>Total</b>										

---

### 5. Factores de Produção (F.P.)

Pretende-se saber como foi gasto o valor, ou melhor, o montante que é reportado como gasto foi utilizado na aquisição de quê, por cada actividade?

---

<b>F.P.</b>	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>	<b>A4</b>	<b>A5</b>	<b>A6</b>	<b>A7</b>	<b>A8</b>	<b>A9</b>	<b>A10</b>
<b>Total</b>										

Nome do Inquiridor:

---