



SOLIDARIEDADES SOCIAIS E NOVOS DESAFIOS: uma alternativa viável para as estratégias de mitigação aos impactos do HIV/SIDA nas zonas rurais em Moçambique?

(versão draft)

Teresa Cruz e Silva

Centro de Estudos Africanos/Universidade Eduardo Mondlane
Maputo-Moçambique
tcsilva@zebra.uem.mz

Sumário

Depois do fracasso do sistema socialista introduzido com a independência do país (1975), em meados da década de 80 Moçambique iniciou um processo de transição para uma economia de mercado capitalista. A subordinação do Estado aos programas de reajustamento estrutural e o conseqüente programa de reformas introduzido no país tiveram efeitos directos no peso das políticas sociais no orçamento do Estado e erodiram a sua capacidade de contrariar os impactos das políticas neoliberais. Sensivelmente a partir do mesmo período mas com um recrudescimento na década de 90 verificou-se uma subida alarmante das taxas de infecção por HIV/SIDA, nos países da região Austral de África. Em Moçambique, a situação conjuntural e as conseqüentes estratégias adoptadas pelo governo condicionaram a parcial 'invisibilidade' do HIV/SIDA durante os anos 80 e parte dos anos 90. Os níveis de infecção atingidos na década seguinte levaram ao estabelecimento de novas políticas, viradas para uma tentativa de coordenação entre diversos sectores do governo e Organizações não Governamentais (ONG's) na luta contra a propagação desta endemia e direccionadas sobretudo para acções de prevenção. Depois dos anos 90, o alastramento do HIV/SIDA no país, seguindo as tendências regionais e pelos níveis atingidos, passou a ser considerado um problema de segurança nacional e

regional, estando hoje no centro das preocupações e desenho de estratégias comuns para o seu combate e mitigação.

Tomando como ponto de partida: i) o facto das famílias rurais moçambicanas gerarem 80% dos seus rendimentos directamente a partir da agricultura; ii) a maioria da produção agrícola familiar ser garantida por mulheres; iii) os níveis crescentes de propagação do HIV/SIDA no país, e iv) porque os vários estudos realizados provaram uma maior vulnerabilidade da mulher à contaminação por doenças de transmissão sexual e HIV/SIDA, este artigo procura questionar até que ponto os sistemas 'tradicionais' de assistência mútua e as estratégias de sobrevivência accionadas em situações de crise económica e social poderão ser utilizadas de forma sustentável e como alternativa viável, nas iniciativas para mitigar os impactos do HIV/SIDA entre as populações rurais.

Depois de uma introdução o artigo faz um breve balanço sobre as políticas sociais públicas e as experiências existentes em Moçambique sobre solidariedades sociais, para depois as confrontar com os desafios presentes, incluindo a ameaça provocada pelo HIV/SIDA e as doenças endémicas, e em jeito de conclusão tenta problematizar a realidade estudada em função dos desafios sociais, políticos e simbólicos em jogo.

INTRODUÇÃO

Depois de um processo de colonização marcado por diversas formas de resistência, com destaque para a luta armada de libertação nacional, em 1975 Moçambique tornou-se independente. Durante o período de transição e implantação de um sistema socialista, o Estado tentou orientar as políticas sociais públicas, visando diminuir as desigualdades criadas pelo sistema colonial e abrir a possibilidade de acesso a oportunidades a todo o cidadão, com o alargamento dos seus direitos sociais (Francisco, 2003; Hanlon, 1991). As estratégias económicas introduzidas pelo governo entre 1974-75 e 1983-84 demonstraram no entanto, ser as menos adequadas para a solução dos problemas económicos e sociais existentes. O avolumar dos conflitos nos planos económico, político, social e cultural no período pós-independência levou à eclosão de uma guerra que atingiu as suas maiores proporções nos anos 80.

Ao fracasso do sistema socialista, seguiu-se a adesão de Moçambique às instituições de Bretton Woods, com a conseqüente abertura do mercado. O processo de paz que pôs fim à guerra civil (1992) foi seguido pela adesão a um sistema formal de democracia, bem como de reformas políticas e administrativas. O desenvolvimento de uma 'cultura de paz' e a primazia dada ao diálogo, pese embora a existência de um ambiente marcado por um clima de instabilidade política e institucional, vão marcar o panorama das duas últimas décadas do século XX e os primeiros anos deste século. A adopção de uma democracia formal num contexto pluralista não evitou contudo: i) o acentuar de uma bipolarização na

vida política do país entre a FRELIMO – Frente de Libertação de Moçambique, partido no poder, e a RENAMO- Resistência Nacional de Moçambique, maior partido na oposição, ii) um elevado potencial de conflitualidade e violência nos períodos que precederam e durante as eleições, e iii) não significou necessariamente a garantia de que os direitos de cada cidadão fossem protegidos e assegurados pelo Estado e outras instituições ligadas à governação, de acordo com os princípios de uma democracia universal.

Quer na escala universal quer regional, a partir da década de 80 registaram-se níveis alarmantes do crescimento do HIV/SIDA. Em Moçambique, depois de oficialmente notificado o primeiro caso de SIDA (1986), o número de pessoas infectadas tem vindo a sofrer um crescimento notável (CNCSIDA, 2000; INE et al, 2004). As estimativas sobre a situação do HIV/SIDA em Moçambique e a publicação dos seus resultados começaram a ser realizadas de uma forma sistemática a partir da informação recolhida nos Postos Sentinela (PS) criados em 1998¹. As taxas de prevalência de HIV mostraram assim uma tendência de crescimento de 12% em 98, para 14% em 2002 (Arnaldo, & Francisco, 2004). Na base destes dados estima-se ainda que em 2002 tenha havido cerca de 1,2 milhões de pessoas infectadas no país. Uma análise comparativa entre as taxas de prevalência da doença entre os anos 2000 e 2002, na base da informação recentemente publicada (INE et al, 2004), é ilustrativa quer dos níveis do alastramento do SIDA, quer da regionalização das maiores taxas de prevalência em zonas de migração acentuada e de grande mobilidade populacional, como são as regiões Sul, com uma prevalência de 14.8, e a região centro com 16.7 (INE et al, 2004).

1- POLÍTICAS SOCIAIS PÚBLICAS E REDES DE SOLIDARIEDADE: QUE PAPEL A DESEMPENHAR NA PROTECÇÃO SOCIAL?

¹ “ O Programa Nacional de Controlo das DTS/HIV/SIDA estabeleceu em 1988 um sistema de Vigilância Epidemiológica em unidades sanitárias seleccionadas, designadas como Postos Sentinela (PS) que tem como objectivo medir a prevalência do HIV”. Os dados são recolhidos numa amostra por Posto Sentinela, num determinado período entre as mulheres grávidas que se apresentam consecutivamente na sua primeira consulta pré-natal e servem de base para estimar as prevalências provinciais, regionais e nacionais do HIV, e o impacto demográfico do HIV no país (MISAU, Programa Nacional de Controle das DTS/HIV/SIDA (2004). In: INDE et al, 2004). Tendo começado com 4 postos sentinela, este número cresceu para 36 entre 2001-2004 (INE et al, 2004).

A degradação do nível de desenvolvimento sócio-económico no país, particularmente a partir da década de 80 e com um declínio acelerado depois da década de 90 foi agravada pelo aumento da vulnerabilidade criada pelas reformas económicas que ocorreram nestes mesmos períodos sobre as famílias já empobrecidas, piorando a sua já fraca capacidade de sobrevivência. Neste contexto, uma breve avaliação aos programas de segurança social que formam a Rede Formal de Protecção Social introduzida pelo governo a partir de finais de 1980, levar-nos-ia a concluir que mais do que ‘proteger’ os mais pobres e vulneráveis, ela visava sobretudo ‘limitar’ a pobreza em alguns grupos como: idosos, viúvas chefes de agregados familiares e/ou agregados familiares com baixos rendimentos, portadores de deficiência física e algumas crianças em idade escolar (Cruz e Silva, 2002). Esta situação é uma das ilustrações de que as pressões das agências multilaterais condicionaram a existência de políticas sociais públicas a uma relação de custo-benefício, ‘que marginaliza e subalterniza a justiça social’ (PNUD, 2001).

As condições económicas políticas e sociais que marcaram Moçambique nas duas últimas décadas do século XX, criaram um ambiente propício para a revalorização e em muitos casos a reactivação ou criação de redes de solidariedade, diferentes formas de associativismo e práticas cooperativas, em busca de alternativas para assegurar o acesso de determinados grupos sociais a ‘bens essenciais’ e à mitigação de carências sociais.

Uma revisão da literatura e os resultados de alguns dos nossos trabalhos de pesquisa permitiram-nos constatar que as redes de solidariedade podem desempenhar um papel importante na resolução quer de problemas imediatos, como a mais longo termo (Cruz e Silva, 2003). Tal como em outros países do continente, em Moçambique são conhecidas nas suas mais variadas formas, estratégias de sobrevivência, redes de assistência mútua, grupos de poupança e crédito informal, bem como movimentos de carácter associativista nas áreas rurais e urbanas. Funcionando na base de uma empatia e confiança mútua entre os seus membros, de acordo com as suas características, estes grupos podem ser organizados sob formas mais, ou menos formalizadas, com uma duração mais efémera ou mais permanente. As relações de parentesco, vizinhança, a identidade étnica ou religiosa, entre outras, são frequentemente os catalizadores para a formação e o accionamento destas redes.

Entre os vários registos existentes nas zonas rurais do país como estratégias de sobrevivência em períodos de crise alimentar, cujas denominações variam de região para região, poderemos referir como exemplos: i) ‘mendigar’; fabrico de bebidas alcoólicas; venda de produtos artesanais, lenha e animais, para complementar os rendimentos familiares ou simplesmente assegurar a provisão de alimentos para a família (Lisboa, 2000; Manghezi, 1983; Eliseu & Medeiros, 1991), ou aguardar pelas remessas de comida e dinheiro dos familiares com emprego em outras partes do país ou nos países vizinhos. Não podemos deixar aqui de sublinhar, que em zonas cuja economia é caracteristicamente marcada pelo trabalho migratório, este tem um significado importante no peso da economia familiar. Ainda nas zonas rurais, as formas mais comuns de cooperação e ajuda mútua têm como práticas: i) trabalho contra trabalho (envolvendo familiares, amigos e vizinhos em determinados períodos agrícolas); ii) trabalho em troca de bebida (compensação, e que se faz de forma rotativa, em moldes semelhantes ao anterior), e iii) trabalho em troca de comida, que apesar de ser considerado como uma forma de ajuda mútua, assume hoje em alguns locais as características de uma troca comercial (Eliseu & Medeiros, 1991).

Os grupos de poupança e crédito, onde se destacam quer o ‘xitique’ quer o ‘sistema móvel’ (Cruz e Silva, 2002), são neste momento característicos quer das zonas rurais quer das urbanas, e são fundados na base da confiança mútua e empatia entre os indivíduos. Estes sistemas de poupança e crédito assumem as mais diversas formas, e são cada vez mais comuns entre pequenos comerciantes informais de ambos os sexos, em áreas rurais e urbanas, e entre diversas camadas sociais, em todo o país.

Nas zonas urbanas, existe também um acumular de experiências de movimentos associativistas, redes de ajuda mútua, sociedades funerárias, e muitos outros, unidos pelos mais diversos laços identitários (parentesco, vizinhança, profissionais, étnicos, religiosos), cujo fim último é tentar responder a problemas de interesse comum dos seus membros, garantir a manutenção de alguns aspectos inerentes às identidades culturais, étnicas e de carácter religioso, entre muitos outros aspectos que poderíamos aqui mencionar (Cruz e Silva, 2003).

Muitas das redes que acabámos de mencionar, procuram uma alternativa viável à não previdência social, e no geral, à falta de resposta do Estado à produção do bem-estar

social. Constrangidas pela redução da operacionalidade dos mecanismos de solidariedade numa situação de elevados níveis de pobreza, desemprego e exclusão, longe de funcionarem como uma alternativa viável para a protecção social, estas redes acabam muitas vezes por se reduzir a formas de afrouxamento de níveis de exclusão, através da garantia de geração de formas e estratégias de sobrevivência. Assim, embora sejam um capital social importante, ao interagirem com o meio social em que estão inseridas, sofrem os impactos deste, sendo ao mesmo tempo sujeito e objecto de mutações permanentes.

1.1- Políticas Sociais Públicas, Solidariedades Sociais e novos desafios: uma alternativa viável na mitigação ao HIV/SIDA?

O fraco desenvolvimento humano que caracteriza Moçambique é agravado pelos fracos investimentos na cobertura nacional de serviços como a saúde, educação, água e saneamento, acima referidos, que interagem com o nível de desenvolvimento crescente de doenças endémicas como a malária e o HIV/SIDA. A pobreza, o desemprego, o analfabetismo e uma elevada mobilidade populacional constituem assim marcas indeléveis da caracterização sócio-económica do país, que passam a fazer parte de algumas determinantes que se relacionam com o agravamento da expansão de doenças endémicas, que em casos como a malária e o HIV/SIDA atingiram características epidémicas. A conjugação de factores de ordem sócio-económica com sistemas culturais e determinantes de ordem pessoal que condicionam atitudes, dificultam o acesso à informação, e desenham as práticas e o comportamento social, e agravam a situação de expansão dessas mesmas endemias (Loforte, 2004; Arnaldo & Barradas, 2004; CNCSIDA, 2002).

Estudos sobre Moçambique estimam a existência de um número de 500 novas infecções diárias, que atingem sobretudo os grupos de jovens (15-24 anos). Uma avaliação da informação existente mostra que a velocidade de aquisição da infecção do HIV, neste grupo de idade, atinge principalmente as mulheres (CNCSIDA, 2004). Devido à sua particular sensibilidade à infecção, por razões biológicas e sócio-comportamentais elas são assim consideradas um grupo mais vulnerável. A fraqueza da qualidade e cobertura dos serviços de saúde a nível nacional e o baixo número de partos assistidos institucionalmente, quando aliados aos casos de violência sexual e doméstica contra a mulher e à sua posição subalterna nas relações de género (Casimiro et al, 2002; Osório & Arthur, 2002), aumentam não só a sua própria vulnerabilidade como a das crianças, com a possibilidade do crescimento do número de órfãos maternos filhos de pessoas portadoras de SIDA, e de crianças que já nascem portadoras do HIV/SIDA (INE et al, 2004; Osório, 2003).

Apesar dos inúmeros constrangimentos, as políticas de saúde nos últimos dois anos caminharam para uma maior abertura na administração dos anti-retrovirais e existem já, alguns serviços visando diminuir os índices de transmissão vertical. A situação de

pobreza das populações, a fraqueza da cobertura da rede sanitária nacional e problemas estruturais levam a que o número de pessoas com acesso ao tratamento de doenças oportunistas ou ao tratamento com anti-retrovirais, esteja muitíssimo longe de cobrir as necessidades existentes. Sem querer apresentar uma visão apocalíptica da situação, não podemos no entanto ignorar que mesmo que somemos aos esforços do sector de saúde as acções realizadas por ONG's, associações e outras organizações para providenciar e ministrar assistência médica e complementar nos campos psico-social e alimentar aos pacientes e às famílias afectadas, estima-se que o crescimento do número de pessoas infectadas terá impactos sócio-económicos incalculáveis, aumentando o défice de esperança de vida. Moçambique está hoje situado entre os 7 países do mundo mais afectados pelo HIV/SIDA, situação agravada pelo seu posicionamento entre os países mais pobres do mundo.

1.2- No prato da balança

Nos pontos anteriores, tivemos oportunidade de abordar a fraqueza das políticas sociais públicas, ao mesmo tempo que constatámos a inoperacionalidade das redes de solidariedade social como alternativa viável à gestão social de alguns problemas que afectam determinados grupos populacionais em Moçambique.

A resposta do governo no combate ao HIV/SIDA, numa primeira fase, pode ser resumida ao conjunto de políticas e de acções estratégicas com vista a prevenir a disseminação da contaminação, através de esforços de coordenação de acções e políticas com os órgãos do governo e organizações nacionais e internacionais, e no geral, com a chamada sociedade civil. Estas acções referem-se particularmente ao período que decorre entre meados dos anos 80 e durante a década de 90. É no entanto importante ressaltar que uma fraca coordenação entre os diversos intervenientes que participaram no combate ao HIV/SIDA acabou por se mostrar como um dos nós de estrangulamento para o sucesso e avanço deste programa (Monjane et al, 2003). Os estudos realizados sobre o SIDA (Casimiro et al, 2002, Monjane et al, 2003) são elucidativos da fraqueza dos impactos dos programas do governo para combater a doença quer por problemas de ordem estrutural, quer ainda por razões de ordem política. Um esforço mais visível para estancar a expansão da epidemia e para minimizar os seus impactos, torna-se mais evidente a partir de 2000, com

incidência para os dois últimos anos, quer pela parte do governo Moçambicano, quer pela parte dos governos dos países vizinhos, com a abertura das suas políticas de saúde no combate ao HIV/SIDA, particularmente no que diz respeito à necessidade de uma cooperação regional, e adopção de políticas de utilização de genéricos para combater as doenças oportunistas. O nível de novas infecções diárias e o facto do grupo etário mais atingido pelas mesmas ser formado por jovens, mostra contudo que se está ainda muito longe de poder controlar a situação prevaiente e as consequências para o futuro em termos de produção, capital humano e questões de ordem demográfica.

Tivemos já oportunidade de apresentar a fraqueza do sistema de segurança social pública para responder a problemas ligados a populações vulneráveis, no quadro de uma situação que engloba crianças, viúvas, famílias com baixos rendimentos ou portadores de deficiência.

Tivemos também oportunidade de avaliar, mesmo que rapidamente, o comportamento das redes de solidariedade social numa situação de carência e pobreza generalizadas, e de referir a dificuldade da sua operacionalidade neste ambiente, se as quisermos considerar como uma alternativa viável. Contudo, para melhor avaliar a possibilidade de utilizar as redes de solidariedade social como alternativas viáveis para as estratégias de mitigação dos impactos do HIV/SIDA nas zonas rurais em Moçambique, teremos que colocar no prato da balança as seguintes questões:

1- No decorrer dos anos de guerra e de crise generalizada no campo económico, político e social que afectou o país nos últimos vinte anos do século XX, a sociedade sofreu os impactos da ruptura do tecido social, com a perda de valores morais, o que contribuiu para a erosão acelerada da família alargada e das suas redes.

2- A maior parte das famílias moçambicanas são economicamente debilitadas e estão desestruturadas. A composição de muitas famílias afectadas pelas guerras e pela pandemia do HIV/SIDA sofreu alterações importantes, havendo um número cada vez maior de agregados chefiados por crianças, pessoas idosas (normalmente os avós), ou famílias monoparentais, mas cuja característica é marcada pela perda do 'ganha pão', vítima do SIDA.

Nestas circunstâncias, nas famílias com elementos portadores de HIV/SIDA, ou que faleceram vitimados pela doença, há também que considerar os seguintes aspectos: i)

aumento de despesas por causa dos cuidados a prestar aos doentes; ii) diminuição de rendimentos, por diminuição da força de trabalho disponível para a produção, iii) crianças que deixam de frequentar a escola porque têm que ajudar nos trabalhos domésticos, a cuidar dos doentes, na produção ou procura de alimentos para a sobrevivência da família, ou simplesmente porque a família não tem capacidade financeira para a sua manutenção na escola; iv) crianças órfãs sem garantias de que não serão exploradas pelas famílias substitutas (deixando de ir à escola para realizar trabalhos domésticos ou assumindo a sobrecarga dos mesmos), e sem um equilíbrio emocional; v) idosos sem capacidade para produzir para o sustento da família e assumir a responsabilidade por netos pequenos, vi) uma maior sobrecarga para a mulher normalmente responsabilizada por cuidar dos doentes de SIDA, afectando assim as suas tarefas domésticas já por si pesadas, e que incluem o garante da produção de alimentos e abastecimento de água, e vii) uma situação geral de insegurança familiar, estigma social, problemas financeiros e debilidade moral.

3- Historicamente, a família alargada representa a segurança de um sistema social tradicional, onde os seus membros devem assumir a responsabilidade pela protecção e cuidado dos mais velhos, doentes, pobres e crianças da família, a quem transmitem valores e conhecimentos. Ela não deve no entanto ser vista de forma estática porque inserida num ambiente social que sofre também mutações. Num país onde o sistema de segurança social não funciona, e está marcado pela erosão da ‘família tradicional’, a tendência é verificar-se uma incapacidade cada vez maior das famílias alargadas poderem assumir tais responsabilidades.

Quando questionados sobre a possibilidade de uma recuperação dos valores tradicionais ligados à assistência mútua no seio das famílias para minimizar os impactos do HIV/SIDA, em termos de produção para sobrevivência e particularmente na adopção e educação dos órfãos e no apoio aos doentes, a resposta dos camponeses de Gaza ou de Inhambane, era invariavelmente a mesma: Como posso dar de comer aos meus sobrinhos se não tenho para alimentar os meus filhos? Ou ainda, como posso ficar a cuidar dos meus familiares doentes se tenho que produzir para garantir o sustento da família?

Mesmo quando se verifica a existência de algumas experiências positivas, em que alguns membros de uma comunidade ou de uma família se organizaram para minimizar os problemas relativos aos cuidados aos doentes, ou para garantir a alimentação de uma

família e realizar os trabalhos domésticos, se quisermos utilizar esta experiência como uma alternativa, é necessário verificar a sua sustentabilidade e em que termos. Precisamos de nos interrogar, sobre qual deverá ser o papel do Estado no apoio às ‘famílias substitutas’, e como é que o Estado e as ONG’s poderão incentivar as comunidades a organizar-se para assumir essas responsabilidades.

Os camponeses de Gaza e Inhambane, referiram amiudadas vezes, que embora considerem que deveria caber à família em primeiro lugar, e depois às instituições religiosas o cuidado dos órfãos de SIDA, garantindo deste modo a transmissão de valores e conhecimentos de geração para geração, lhes parecia todavia um caminho inviável, face à situação de pobreza em que vivem.

4- As estratégias de sobrevivência, utilizadas no campo, tal como as descrevemos, independentemente de serem organizadas em redor de laços de tipo diferente, muito dificilmente poderão ser uma alternativa para garantir a segurança alimentar, já que elas apenas respondem a uma situação de emergência. Acresce-se a isso o aspecto já referido por nós, relativo à fragilidade das redes de solidariedade em funcionar como alternativa de gestão social, primeiro, porque elas próprias são sujeito e objecto de mudanças, segundo, face ao contexto social em que se inserem, e ao estado generalizado de pobreza que afecta a maior parte da população Moçambicana.

5- Finalmente, qualquer balanço ou estudo sobre a possibilidade de fazer recurso a redes de ajuda mútua ou assistencialistas existentes, não pode perder de vista que perante a concepção social sobre esta doença, nova para a maioria das pessoas², não há ainda respostas da parte das comunidades. Como nos diz Ana Loforte, ‘a coexistência de várias ordens sociais e sistemas culturais influenciam tanto as representações de saúde e doença como os conhecimentos atitudes e práticas para tratamento das endemias’ (Loforte, 2004)

² O conceito doença envolve para a maioria das pessoas entrevistadas uma manifestação física, como a dor, uma ulceração, febres, entre outros aspectos. O facto de um seropositivo poder permanecer muito tempo sem apresentar qualquer manifestação física exterior, implica que seja necessário reconsiderar o conceito de doença. A estes aspectos, é importante somar que a maior via de transmissão da doença se faz por via sexual, o que traz novos problemas, uma vez que a sexualidade é um assunto tratado no campo pessoal e privado.

3- CONCLUSÃO

Estamos perante uma situação em que o fraco desenvolvimento humano é agravado pelos fracos investimentos na cobertura nacional de serviços como a saúde, educação, água e saneamento, que interagem com o nível de desenvolvimento crescente de doenças endémicas que assumem características epidémicas, como a malária e o HIV/SIDA. A sua expansão põe assim em risco a segurança humana no país, a curto e médio prazos. Na sequência desta situação, ficará também afectado o desenvolvimento futuro, devido ao peso específico que estas endemias representam na produtividade quer das famílias quer a nível nacional, com impactos imediatos nas áreas de educação e saúde, entre outras implicações daí resultantes. (Francisco, 2003; Agenda 2025; Nattrass, 2002). O maior nível de dependência de muitos indivíduos e famílias doentes e/ou incapazes de prover o seu sustento passa a aumentar a pressão sobre programas de assistência social já por si frágeis e inoperantes, aumentando também o peso dos serviços sociais no orçamento do Estado.

O alastramento do HIV/SIDA em Moçambique e na região Austral de África, ao afectar a produtividade da força de trabalho, particularmente em áreas como saúde, educação, e no geral a mão-de-obra qualificada, passou a ser considerado um problema de segurança regional, cujos efeitos terão um impacto financeiro mais profundo, estando por isso no centro das preocupações e desenho de estratégias comuns para o seu combate e mitigação.

Mediante este panorama, o que não se pode perder de vista são as especificidades das formas mais comuns de transmissão da doença que criam uma barreira ao recurso a sistemas tradicionais para a mitigação dos impactos do HIV/SIDA, e os desafios criados pela interacção com o meio social, que enfraqueceram as redes de protecção social tradicionais.

Referências Bibliográficas

- Agenda 2025 (2003) *Agenda 2025: Visão e Estratégias da Nação*. Documento preliminar, versão para debate público. Maputo, 25 de Junho de 2003.
- Arnaldo, Carlos & Francisco, António 2004 ‘ As Características Sócio-Económicas dos Distritos com Postos de Vigilância Epidemiológica do

- HIV/SIDA e sua influência na taxa de prevalência do HIV em Moçambique’. In: INE et al, *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: actualização da ronda de VE 2002* Maputo (suporte informático em CD R).
- Arnaldo, Carlos & Barradas, Ricardo (2004) ‘The HIV/AIDS and Social Sciences in Mozambique’. In: INE, et al (2004) *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: actualização da ronda de VE 2002* Maputo (suporte informático em CD R).
 - Casimiro I. et al (2002) *Estudo de Base: KHULUVUKA- Corredor de Esperança* (Relatório Final), C.E.A./ FDC, Maputo, III vols.
 - CNCSIDA (2000) *Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA, 2000-2002*. Maputo
 - CNCSIDA (2004) ‘Objectivos, Estratégias e Mecanismos de Avaliação’. In: *Componente Estratégica do Plano Nacional Multi- sectorial de Combate ao HIV/SIDA* (Proposta). Segunda Parte. Maputo.
 - Cruz e Silva, Teresa (2002) ‘Determinantes globais e locais na emergência de solidariedades sociais: o caso do sector informal nas áreas periurbanas da cidade de Maputo’. *Revista Crítica de Ciências Sociais* (63), Outubro: 75-89.
 - Cruz e Silva, Teresa (2003) ‘As redes de solidariedade como intervenientes na resolução de litígios: o caso da Mafalala’ In: Santos e Trindade (org.) *Conflito e Transformação Social: uma paisagem das justiças em Moçambique*. Porto, Afrontamento: 427-450.
 - Eliseu, Albano B. & Medeiros, Eduardo (1991) ‘Formas de Cooperação e Ajuda Mútua nas Comunidades Nyúngwe de Tete’. *Arquivo* (10): 169-184.
 - Francisco, António (2003) ‘ Reestruturação Económica e Desenvolvimento de Moçambique’. In: Santos e Trindade (org.) *Conflito e Transformação Social: uma paisagem das justiças em Moçambique*. Porto, Afrontamento: 141-194
 - Hanlon, Joseph (1991), *Mozambique: who calls the shots?* London, James Currey.
 - INE, et al (2004) *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: actualização da ronda de VE 2002* Maputo (suporte informático em CD R).
 - Lisboa, Francisco António (2002) *Estratégias de Segurança Alimentar e Nutricionais, sua relação com o parentesco: o caso do distrito de Massangena*

- (1975-1999). Maputo, projecto apresentado em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciatura em Antropologia pela Universidade Eduardo Mondlane.
- Loforte, Ana (2004) 'Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações sobre Saúde e Doença'. In: INE et al, *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: actualização da ronda de VE 2002* Maputo (suporte informático em CD R).
 - Manghezi, Alpheus (1983) 'Kuthekela: estratégias de sobrevivência contra a fome no Sul de Moçambique'. *Estudos Moçambicanos* (4): 19-40.
 - Monjane, Paula (coord) [2003] *Uma Abordagem Cultural na Prevenção e Mitigação do HIV/SIDA, A Experiência de Moçambique, os estudos de caso na região Sul do país: Massinga, Maxixe, Chokwe, Xai-Xai, Matola, Moamba e cidade de Maputo (DU1 e DU2)*. Maputo: FDC (relatório final).
 - Nattrass, Nicoli (2002) 'Aids and Human Security in Southern Africa'. *Social Dynamics*, 28(1):1-19.
 - Osório, Conceição (2002) *Através das desigualdades*. Maputo (Mimeo).
 - Osório, C.& Arthur M. J. (2002) *Direitos Sexuais e Reprodutivos. Revisão da Literatura*, Maputo, FNUAP
 - PNUD (2001), *Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano de Moçambique*. Maputo, PNUD

Anexo 1

Taxas Comparativas de Prevalência do HIV: Provinciais e Regionais (2000 e 2002)

Taxas de Prevalência Provinciais, Regionais e Nacional Ajustadas Posteriormente Atribuição 2002 *					
	2000	2002		2000	2002
Maputo Cidade	13.5%	17.3%	Região Sul	12.0%	14,8%
Maputo Província	14.4%	17.4%			
Gaza	12.6%	16.4%			
Inhambane	7.8%	8.6%			
Zambézia	10.0%	12.5%	Região Centro	14.4%	16.7%
Sofala	20.6%	26.5%			
Manica	17.3%	19.0%			
Tete	16.3%	14.2%			
Niassa	6.2%	11.1%	Região Norte	5.7%	8.4%
Nampula	4.8%	8.1%			
Cabo Delgado	7.5%	7.5%			
Nota: As cifras para o ano 2000 baseiam-se num posterior ajustamento das cifras publicadas na ronda 2000.					

Fonte: INE, et al (2004) *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: actualização da ronda de VE 2002* Maputo (suporte informático em CD R).