

# A resposta dos agregados familiares e das comunidades à epidemia do HIV/SIDA nas zonas rurais da África Sub-sahariana



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS  
**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • UNDCP  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Colecção Boas Práticas da ONUSIDA  
**MATERIAL ESSENCIAL**

# Agradecimentos

*Este relatório foi compilado por Gladys Mutangadura,  
Duduzile Mukurazila e Helen Jackson.*

---

UNAIDS/99.43E - (Original em inglês: Agosto 1999)

---

© Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) 2001.

Reservados todos os direitos de reprodução. Este documento, que não é uma publicação oficial da ONUSIDA, pode ser livremente comentado, citado, reproduzido ou traduzido, parcial ou integralmente, desde que se mencione a sua origem. Não poderá ser vendido nem utilizado com fins comerciais sem autorização prévia por escrito da ONUSIDA (contacto: Centro de Informação da ONUSIDA).

As opiniões expressas cujo autor é citado pelo nome são da exclusiva responsabilidade deste.

As denominações empregues nesta publicação e a forma sob a qual são apresentados os dados que nela figuram não implicam, por parte da ONUSIDA, qualquer juízo sobre o estatuto jurídico de países, territórios, cidades ou zonas, ou sobre as suas autoridades, nem sobre o traçado das suas fronteiras ou limites.

A referência a empresas ou a produtos comerciais não implica que a ONUSIDA os aprove ou recomende de preferência a outros da mesma natureza que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, uma letra inicial maiúscula nos nomes dos produtos indica que são de marca registada.

**A resposta dos agregados  
familiares e das comunidades  
à epidemia do HIV/SIDA  
nas zonas rurais  
da África Sub-sahariana**



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • UNDCP  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

**ONUSIDA**  
Genebra, Suíça  
1999

## SUMÁRIO

<b>Prefácio</b> .....	5
<b>Siglas</b> .....	7
<b>Resumo</b> .....	9
<b>1. Introdução</b> .....	13
<b>2. Objectivos, métodos e definição de termos</b> .....	15
2.1 Objectivos .....	15
2.2 Metodologia, alcance e limites do estudo .....	16
2.3 Definição de termos .....	16
<b>3. As acções de resposta dos agregados familiares perante o HIV/SIDA nas zonas rurais</b> .....	17
3.1 Tipos de estratégias adoptadas pelos agregados familiares .....	17
3.2 As estratégias de resposta mais comuns .....	24
<b>4. As implicações políticas no reforço das acções de resposta dos agregados familiares</b> .....	24
4.1 Melhorar a produção agrícola .....	24
4.2 Gerar rendimentos e diversificar as fontes de rendimentos .....	26
4.3 Reduzir o peso do trabalho das mulheres .....	27
4.4 Melhorar o bem-estar das crianças necessitadas .....	27
4.5 Estratégias de longo prazo .....	28
4.6 Áreas de investigação para aprofundar .....	28
4.7 Quem é responsável pela opções ao nível dos programas e das políticas? .....	28
<b>5. Respostas comunitárias ao HIV/SIDA</b> .....	29
5.1 As organizações comunitárias locais informais .....	31
5.2 As organizações formais de base comunitária .....	35
5.3 Programas de tratamento e de cuidados ao domicílio .....	42
5.4 Mudanças ao nível das regras e dos valores culturais .....	44
<b>6. As implicações das políticas nas acções de resposta comunitárias</b> .....	45
6.1 Reforçar e mobilizar as capacidades comunitárias .....	46
6.2 Reforçar as respostas da comunidade .....	47
6.3 Medidas de atenuação .....	47
6.4 Actividades geradoras de receitas .....	48
6.5 Trabalho em parceria .....	49
6.6 Avaliar a eficácia das respostas da comunidade .....	49
<b>7. Conclusões</b> .....	50
<b>Referências e fontes de documentação</b> .....	52
Anexo 1 Exemplos de grupos de entreaajuda do Uganda .....	61
Anexo 2 Organizações de ajuda aos sobreviventes em Kagera, Tanzania .....	62
Anexo 3 Exemplos de organizações de base comunitária nas zonas rurais do Zimbabwé .....	63
Anexo 4 Exemplos de organizações de base comunitária nas zonas rurais do Quénia .....	64

## Prefácio

*E*m 1997, os Co-patrocinadores da ONUSIDA propuseram-se planejar um projecto relativo ao impacto e às consequências da epidemia do HIV/SIDA e levá-lo a cabo em 1998-99. Os sectores a estudar incluíam a agricultura, as crianças e as famílias. O presente relatório foi preparado pela ONUSIDA com a cooperação do PNUD e da FAO, na sequência de uma conferência regional que se realizou em Harare, em Junho de 1998, e cujo tema era o impacto do HIV/SIDA nos agregados familiares rurais de pequena dimensão. Esta iniciativa, sob a forma de um documento de referência, faz parte do Apelo Colectivo dos Co-patrocinadores da ONUSIDA e concentra-se nas zonas rurais. Ela consiste numa análise da documentação que foi produzida até agora acerca das respostas que dão os agregados familiares rurais e as comunidades para atenuar a epidemia do HIV/SIDA e incide na África Sub-sahariana. O conhecimento destes dados é imperativo para se melhorar a planificação das futuras respostas nas zonas rurais. É fundamental saber quais são as soluções que dão bons resultados e avaliar a dimensão dos custos da implementação dessas soluções.

O presente relatório baseia-se no trabalho de Gladys Mutangadura, Duduzile Mukurazita e Helen Jackson que compilaram e analisaram a documentação referente às respostas dadas pelos agregados familiares e pelas comunidades à epidemia do HIV/SIDA.

Em numerosos países e zonas de elevada prevalência, o HIV/SIDA não só representa uma ameaça para a saúde dos indivíduos e uma ameaça, social e económica para as famílias e para as comunidades, como também mina o lento avanço das últimas décadas em matéria de desenvolvimento. O seu efeito global na sociedade mede-se amiúde em termos de atrasos no crescimento do PIB ou de recuo ao nível do desenvolvimento (pontos) no índice de desenvolvimento humano utilizado pelo PNUD. Esses valores (pontos) são muitas vezes números abstractos para os estrategas, mas cada vez que decrescem isso traduz-se em perdas concretas ao nível dos agregados familiares. O efeito do HIV/SIDA nos agregados familiares é devastador: estudos efectuados entre agregados familiares de África e da Ásia (Costa do Marfim, Tanzania, Tailândia) mostram que as famílias vivendo com o HIV/SIDA estão sujeitas a substanciais reduções nos seus rendimentos, que vão de 40 a 60 %. Esta perda é compensada pelo recurso a empréstimos, pela utilização das poupanças das pessoas e pela redução do consumo. Estes aspectos são os que relevam da economia; no que se refere às estratégias de resposta aos problemas sociais, verifica-se a dissolução total ou parcial das famílias: as crianças vão viver com outros membros da família, o cônjuge ou o filho emigram para ganhar dinheiro e, por vezes, quando o marido morre, a esposa tem de ir viver para casa de um irmão.

A fim de melhorar as condições de vida das famílias rurais vivendo com o HIV/SIDA e de as ajudar a manter o seu rendimento de base, nós, na nossa qualidade de decisores de nível nacional e internacional, juntamente com as ONG que trabalham nesta área, temos de alargar os nossos conhecimentos das estratégias de resposta que já são utilizadas pelas famílias e pelas comunidades. Neste processo, precisamos de pôr em evidência as estratégias que funcionam de maneira sustentável assim como os custos necessários para se garantir o sucesso destas iniciativas.

Esperemos que o presente relatório sirva de inspiração às comunidades, às ONG e aos doadores das zonas rurais, principalmente em África, onde a epidemia não só não se limita às cidades ou a subgrupos de populações específicas, como a doença tem também um efeito devastador nas aldeias e nas comunidades. Este relatório dá exemplos de estratégias que deram resultados

positivos e de outras que fracassaram. Todavia, não responde à pergunta sobre a relação custo-eficácia das acções de resposta, como estava previsto inicialmente. São muito poucas as iniciativas de resposta das comunidades e dos agregados familiares rurais ao impacto da epidemia do HIV/SIDA que foram avaliadas no que respeita à sua eficácia e, na prática, nenhuma o foi no que respeita ao seu custo para a sociedade. Esta descoberta, que já é importante por si só, serve para lembrar a quem implementa projectos que só raramente é possível adoptar métodos utilizados por outros quando se dispõe apenas da descrição do processo em si. A avaliação do processo é importante mas não é suficiente para se decidir a implementação de um projecto. Se quisermos participar no estabelecimento de políticas nesta área, temos que saber quais são as medidas que dão resultados e porquê.

Aquando da planificação de acções de resposta, devem ser efectuadas avaliações sistemáticas - incluindo análises de rentabilidade - para que se garanta que as escolhas feitas tomem em consideração a eficácia, a capacidade de financiamento, a sustentabilidade e as questões relativas à equidade. O presente estudo mostra claramente que os critérios de impacto e de eficácia são raramente definidos. Para se garantir uma planificação adequada são necessárias unidades de medida do impacto e dos resultados (a curto e a longo prazos), bem como avaliações dos custos das iniciativas. Estas avaliações podiam incluir indicadores sobre o grau de sucesso do projecto, como o número de famílias que ele abrange, a escolaridade, a segurança alimentar e a quantidade de dinheiro disponível, em conformidade com os objectivos do programa. É de esperar que este documento alimente debates sobre o que poderá ser feito nas zonas rurais para atenuar o impacto do HIV/SIDA, tanto ao nível dos agregados familiares como das comunidades. Esperamos igualmente que encoraje os estrategas políticos e as comunidades a monitorar e a medir a eficácia e os custos incorridos com essas iniciativas, criando-se assim uma memória colectiva neste domínio.

## *Siglas*

<b>ABEKA</b>	<i>Abemahamo ba Karagwe (organização de base comunitária da Tanzania)</i>
<b>ACDI</b>	<i>Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional</i>
<b>AusAID</b>	<i>Australian Agency for International Development (Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional)</i>
<b>DANIDA</b>	<i>Danish International Development Agency (Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional)</i>
<b>DFID</b>	<i>Department for International Development, UK (Agência Britânica para o Desenvolvimento Internacional)</i>
<b>DTS</b>	<i>Doenças de transmissão sexual</i>
<b>ELCT</b>	<i>Evangelical Lutheran Church of Tanzania, Huyawa (Igreja Evangélica Luterana da Tanzania)</i>
<b>FACT</b>	<i>Family AIDS Caring Trust (Associação de Ajuda às Famílias Afectadas pelo SIDA)</i>
<b>FAO</b>	<i>Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura</i>
<b>FOCUS</b>	<i>Families, Orphans and Children Under Stress Programme (Programa de Ajuda às Famílias, aos Órfãos e às Crianças em Dificuldade)</i>
<b>GASCO</b>	<i>Gomba AIDS Care Organization (Organização de Cuidados aos Doentes do SIDA, Uganda)</i>
<b>GTZ</b>	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agência de Cooperação Técnica Alemã)</i>
<b>HIV</b>	<i>Vírus da Imuno-deficiência Humana</i>
<b>HIVOS</b>	<i>Humanistic Institute for Cooperation with Developing Countries (Netherlands), (Instituto Humanista para a Cooperação com os Países em vias de Desenvolvimento – Países Baixos)</i>
<b>KAKAU</b>	<i>Kanisa Katoloki na UKIMWI, (Organização de base comunitária da Tanzania)</i>
<b>KARADEA</b>	<i>Karagwe Development Association (Associação de Desenvolvimento de Karagwe)</i>
<b>KISA</b>	<i>Kisa Farm Women’s Group (Grupo de mulheres – Uganda)</i>
<b>KOCC</b>	<i>Kemondo Orphan Care Center (Centro de Ajuda aos órfãos –Tanzania)</i>
<b>KOTF</b>	<i>Kagera Orphans Trust Fund (Tanzania)</i>
<b>MACOP</b>	<i>Missenyi AIDS Control Orphans Project (Tanzania)</i>
<b>NACWOLA</b>	<i>National Community of Women Living with HIV/AIDS (Comunidade nacional de mulheres vivendo com o HIV/SIDA)</i>
<b>NORAD</b>	<i>Norwegian Agency for International Development (Agência Norueguesa para o Desenvolvimento Internacional)</i>
<b>OMS</b>	<i>Organização Mundial de Saúde</i>

<b>ONG</b>	<i>Organização não-governamental</i>
<b>ONUSIDA</b>	<i>Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA</i>
<b>PNUD</b>	<i>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento</i>
<b>PVHS</b>	<i>Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA</i>
<b>SAfAIDS</b>	<i>Southern Africa AIDS Information Dissemination Service (Serviço de Difusão de Informação sobre o SIDA da África Austral)</i>
<b>SAFO</b>	<i>Society for AIDS Families and Orphans, África do Sul (Agrupamento de Famílias e Órfãos Atingidos pelo SIDA)</i>
<b>SARDC</b>	<i>Southern Africa Regional Documentation Centre (Centro de Documentação Regional da África Austral)</i>
<b>SIDA</b>	<i>Síndrome de Imuno-deficiência Adquirida</i>
<b>SIDA</b>	<i>Swedish International Development Agency (Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional)</i>
<b>STOGA</b>	<i>St Theresa's Old Girls Association</i>
<b>TASO</b>	<i>The AIDS Support Organization, Uganda (Organização Ugandesa de Ajuda aos Doentes do SIDA)</i>
<b>UNICEF</b>	<i>Fundo das Nações Unidas para a Infância</i>
<b>USAID</b>	<i>United States Agency for International Development (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)</i>
<b>WAMATA</b>	<i>Walio Katika Mapambano na Ukimwi, Rubya Branch (Os que estão em guerra contra o SIDA na Tanzania)</i>
<b>ZAN</b>	<i>Zimbabwe AIDS Network (Rede SIDA do Zimbabwe)</i>

## Resumo

### Introdução

A finalidade do presente estudo é examinar a documentação que existe sobre as acções de resposta ao HIV/SIDA ao nível dos agregados familiares e das comunidades e de formular recomendações em matéria de políticas. O presente documento constitui a base de um outro muito mais curto e mais orientado para a sensibilização e que servirá para estimular debates entre os grupos temáticos das Nações Unidas e os principais agentes interessados naquilo que pode ser feito na África Sub-sahariana. Este estudo consiste numa análise das publicações existentes e numa reflexão baseada nelas. A documentação estudada tem algumas limitações: por um lado, dado que os documentos se concentram na África Sub-sahariana, os resultados não são necessariamente aplicáveis a outras regiões do mundo; por outro, dado que se trata de uma análise de documentos, foi difícil obter testemunhos «informais», pelo que a cobertura do assunto fica inevitavelmente incompleta.

### Resultados

A documentação respeitante às acções de resposta dos agregados familiares revelou que são várias as acções que estes empreendem e que elas podem ser classificadas em três categorias:

1. Estratégias destinadas a melhorar a segurança alimentar.
2. Estratégias destinadas a procurar rendimentos ou a aumentá-los por forma a que o agregado familiar possa manter o seu padrão de despesas.
3. Estratégias destinadas a atenuar a perda de mão-de-obra.

As estratégias de resposta que não requerem o uso de dinheiro são as que são mais frequentemente adoptadas. Entre os exemplos destas estratégias encontra-se a redistribuição do trabalho no seio do lar, a retirada das crianças da escola, a diversificação da produção agrícola do agregado familiar e a diminuição das áreas cultivadas. Embora certas estratégias de resposta não sejam irreversíveis, outras, como a retirada das crianças da escola, são-no muitas vezes. A estas podemos considerá-las estratégias de curto prazo com consequências de longo prazo para a sobrevivência.

A rentabilidade das estratégias de resposta local dos agregados familiares não foi objecto de investigação. Este ponto representa inegavelmente uma lacuna no conhecimento e deve ser alvo de pesquisa no futuro.

As políticas que podem ser adoptadas para se reforçar a capacidade de resposta dos agregados familiares em relação ao impacto do HIV/SIDA incluem:

- a melhoria do acesso dos agregados familiares aos recursos que são limitados tais como a mão-de-obra, a terra, o capital, os animais de tiro e as competências em matéria de gestão;
- a promoção de uma utilização otimizada dos recursos disponíveis através de tecnologias melhoradas; a prestação de um apoio económico destinado a melhorar os rendimentos dos agregados familiares afectados por meio de actividades geradoras de receitas;
- a instauração da entajuda (responsabilização) entre os grupos que estão afectados, tais como os agregados familiares chefiados por crianças, as viúvas, os avós, os jovens, os órfãos, as trabalhadoras do sexo, etc., a fim de se reduzir a vulnerabilidade e de se reforçar a capacidade de resposta.

Existem diferentes iniciativas comunitárias destinadas a atenuar o impacto do HIV/SIDA. Elas são levadas a cabo por ONG, grupos religiosos, curandeiros tradicionais, pessoas vivendo com o HIV/SIDA, mulheres, jovens e outros. Eis algumas delas:

- organização comunitária de acolhimento de crianças;
- sistemas cooperativos de guarda de crianças e de centros de nutrição para ajudar as mulheres a enfrentar o peso do seu trabalho;
- apoio aos órfãos na forma de ajuda em matéria de nutrição e educação;
- reparação de casas em vias de deterioração;
- prestação de cuidados domiciliários e visitas aos órfãos ou aos doentes de SIDA;
- confecção e distribuição de uniformes escolares;
- aprendizado e formação profissional de órfãos adolescentes;
- projectos agrícolas de diferentes níveis a fim de se aumentar a produção;
- partilha do trabalho; projectos geradores de receitas com o fim de obter dinheiro e comida;
- associações de poupança e sistemas de crédito para despesas com funerais.

As respostas da comunidade assumem a forma de organizações locais, tais como grupos de apoio social, associações de poupança e grupos informais de entreatajuda, ou de organizações de base comunitária que, até certo ponto, se apoiam numa ajuda exterior proveniente de ONG ou doutros organismos.

Os grupos tradicionais autóctones constituem uma fonte essencial de apoio nas comunidades sujeitas ao impacto da epidemia de SIDA. A documentação da Tanzânia, da Zâmbia e do Zimbábue indica que, em numerosas comunidades, existem grupos tradicionais autóctones tais como associações de poupança e de financiamento de funerais, sistemas de organização da partilha do trabalho e de economias de colheitas. Estas estruturas desempenham um papel fundamental na luta dos agregados familiares contra a epidemia do HIV/SIDA.

Nas regiões mais atingidas de Kagera, na Tanzânia, um estudo demográfico junto dos agregados familiares mostrou que novas associações de urgência tinham sido formadas especificamente para enfrentar as necessidades em dinheiro e em mão-de-obra originadas pela epidemia de SIDA. As principais actividades destas associações de urgência incluem a ajuda às cerimónias fúnebres, a agricultura comunal, o apoio a doentes, a reconstrução de habitações e a reabilitação de machambas, o apoio aos sobreviventes e a actividades geradoras de receitas. Estes grupos informais não só prestam ajuda material como apoio psicológico. Porém, à medida que aumenta o número de falecimentos ligados ao SIDA, estas estratégias locais são cada vez mais solicitadas e torna-se necessário instaurar programas e políticas capazes de prestar apoio quando as estratégias existentes se tornam insuficientes.

As iniciativas comunitárias formais incluem as organizações de base comunitária e as organizações de luta contra o impacto do SIDA que se apoiam de uma forma ou doutra na ajuda exterior de ONG, de governos ou doutras instituições de desenvolvimento. As suas actividades de atenuação variam de um país para outro mas incluem a agricultura e actividades geradoras de receitas que são alheias à agricultura, tais como o artesanato, a apicultura, a carpintaria, o corte e a costura, a criação de porcos, a criação de aves, a cultura de bananas e de legumes e o sector da construção.

A documentação mostra igualmente que quando as comunidades tentam enfrentar o HIV/SIDA verificam-se certas mudanças ao nível dos valores e normas culturais comunitários. Hoje, há numerosas comunidades que não têm os recursos materiais e humanos necessários para manter os ritos requeridos pela tradição e que, por isso, tiveram de adoptar rápidas modificações. Vários estudos mostram que os períodos de luto foram consideravelmente encurtados.

Alguns estudos referem igualmente mudanças em certas práticas culturais tradicionais que são susceptíveis de acelerar a propagação da transmissão do HIV. Por exemplo, num estudo efectuado na Zâmbia, verificou-se que os ritos funerários que incluem práticas sexuais são cada vez menos praticados, particularmente quando se suspeita que o SIDA tenha sido a causa do falecimento.

Os programas de base comunitária dependentes de ajudas exteriores responderam melhor às necessidades das pessoas afectadas pelo SIDA, tomando uma série de medidas mais vasta e mais holística em benefício dos membros afectados e infectados.

No entanto, estes programas têm limitações como sejam: pouca aptidão em matéria de gestão e de organização, falta de fundos e de apoio técnico para manter o projecto quando o doador se retira; prestação de apoio mal orientada; problemas entre fundadores e, quando o programa é financiado por uma igreja, discriminação em relação aos que dela não são membros. A adopção de medidas para resolver estes problemas pode ajudar a reforçar a capacidade das comunidades de lutar contra o impacto do HIV/SIDA.

## Recomendações

As principais recomendações que resultam da análise da documentação existente incluem as seguintes necessidades:

- Reforçar a capacidade que os agregados familiares rurais têm para enfrentar o HIV/SIDA melhorando-se o seu acesso aos recursos que são limitados: trabalho, terra, capital, animais de tiro e aptidões em matéria de gestão. Tal pode ser realizado através de serviços de extensionismo que promovam tecnologias que permitam a utilização óptima dos recursos disponíveis, através de sistemas de pesquisa que desenvolvam tecnologias susceptíveis de melhorar a produtividade tendo em conta os constrangimentos relativos ao trabalho e ao capital, através de uma melhoria dos rendimentos dos agregados familiares afectados por meio de actividades geradoras de receitas e através de um apoio mais orientado para os agregados familiares mais vulneráveis.
- Conseguir que os programas de assistência social se dirijam especialmente a um grupo mais alargado de agregados familiares, em função de indicadores respeitantes à pobreza e ao SIDA. Para melhor o conseguir, é necessário trabalhar por intermédio das próprias comunidades para se identificar as pessoas mais necessitadas.
- Os estrategas políticos e as agências de desenvolvimento deverão contribuir para a atenuação do impacto do HIV/SIDA trabalhando por meio dos mecanismos comunitários tradicionais já existentes e não removendo-os. Os programas e as políticas deverão orientar-se para o reforço das acções de resposta locais tais como as associações de poupanças e os sistemas de economia de mão-de-obra e de tracção animal. Além disso é necessário monitorar de perto a situação nas comunidades, de modo que se possa elaborar políticas e programas para se responder aos novos desafios que vão surgindo à medida que a epidemia progride.
- Promover a eficácia das organizações de base comunitária e das ONG. As estratégias de resposta comunitárias podem ser consolidadas por meio do reforço das competências em matéria de gestão das organizações de base comunitária e da formação em termos de elaboração projectos, de planificação, de administração, de monitorização e de avaliação.
- Estabelecer uma parceria real entre as comunidades, os governos, as agências doadoras, as ONG internacionais, as ONG locais, o sector privado e outros, com o fim de se atenuar os impactos do HIV/SIDA.

- Intensificar os programas de atenuação. Os doadores multinacionais devem ser mais flexíveis e dirigir os seus donativos para as iniciativas locais, de preferência repartindo as quantias em várias fracções modestas em vez de atribuir a totalidade a um só projecto. O realce que se dá actualmente às subvenções e aos projectos com grandes orçamentos prejudica as iniciativas locais as quais poderão ser muito mais eficazes e apropriadas e também duradoiras. Os doadores são contudo avessos a gerir vários pequenos projectos. É necessário um mecanismo para resolver este problema, talvez através de um organismo intermédio cujo papel seria gerir os fundos, que atribuiria em pequenas fracções, e prestar contas da sua utilização aos doadores.
- Conseguir que as estratégias governamentais de longo prazo se ocupem dos problemas subjacentes que tornam os pequenos agregados familiares rurais vulneráveis ao impacto do HIV/SIDA. As estratégias devem visar a eliminação da pobreza por meio da reabilitação e da expansão de serviços essenciais tais como a educação de base, os cuidados de saúde preventivos, a água potável, saneamento, melhoria do acesso à terra, ao crédito e aos mercados, assim como uma protecção maior contra a seca por meio da introdução da irrigação. Seria igualmente necessário criar mais empregos remunerados para os pobres e para as pessoas que não possuem terra.
- Desenvolver uma abordagem mais global no que respeita à avaliação dos programas de atenuação e assegurar uma boa qualidade em matéria de planificação. Para isso, é necessário dispor de instrumentos de medição do impacto e dos resultados (de curto e de longo prazos), bem como do custo das iniciativas.
- Evitar que as organizações de base comunitária e as ONG efectuem um trabalho igual àquele que já existe nas comunidades, antes fazendo com que se integrem, reforçando ou complementando as respostas comunitárias. O apoio exterior deve ser arquitectado a partir das estruturas comunitárias existentes: igrejas, grupos de mulheres, escolas e famílias de acolhimento.
- Os governos devem desempenhar um papel de liderança mais activo e rever o seu empenho em relação ao desenvolvimento rural. Devem tomar este caminho após uma análise clara do impacto do SIDA no desenvolvimento e do impacto do desenvolvimento na própria epidemia do SIDA.

## 1. Introdução

Ao longo dos últimos vinte anos, o HIV/SIDA tornou-se um fenómeno cada vez mais mundial. Nos países mais gravemente atingidos pela pandemia, a morbilidade e a mortalidade cresceram e prevê-se que vão continuar a subir. O facto de a morbilidade e a mortalidade aumentarem não só significa que o HIV/SIDA está a modificar a estrutura demográfica dos agregados familiares como também que ele atinge gravemente o bem-estar socio-económico dos agregados familiares e das comunidades. Investigações efectuadas sobretudo nos anos noventa, mostraram que o HIV/SIDA tem um efeito negativo nas pequenas explorações agrícolas e por conseguinte na vida dos agregados familiares rurais. Só por este motivo já é necessário prestar atenção ao nível das políticas. Os efeitos socio-económicos são duramente sentidos pelos indivíduos, pelos agregados familiares e pelas comunidades, os quais recebem pouco apoio - ou mesmo nenhum - da comunidade encarregada das mudanças tecnológicas e dos estratagemas políticos. Segundo o relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) para 1998, mais de 33 milhões de pessoas vivem com o HIV/SIDA no mundo. Cerca de 60 % das pessoas infectadas vivem na África Sub-sahariana onde a pobreza, a desigualdade entre os sexos e a vulnerabilidade às catástrofes naturais geram um meio ambiente que exacerba o impacto do HIV/SIDA.

O principal modo de transmissão do HIV na África Sub-sahariana é a relação heterossexual, que se estima que represente 93 % dos casos entre os adultos, seguida da transmissão vertical e das transfusões de sangue. As investigações sobre os impactos socio-económicos do HIV/SIDA nos agregados familiares dos países em vias de desenvolvimento mostraram que os principais impactos são sociais, psicológicos e económicos (ver no quadro 1 uma recapitulação pormenorizada dos impactos). Os agregados familiares que praticam a agricultura de subsistência são muitas vezes atingidos de forma mais violenta do que as famílias urbanas. Eles têm que suportar o desaparecimento de membros activos na produção, a descida de rendimentos, a diminuição das suas reservas alimentares e dos seus bens, a redução das suas economias, pois estas são consagradas aos cuidados de saúde e às despesas com funerais. Além disso, as oportunidades de educação ficam reduzidas pois as crianças são tiradas da escola para se ocuparem das pessoas doentes ou para realizarem pequenos trabalhos que proporcionem um rendimento suplementar. A diminuição do nível de nutrição foi igualmente observada em agregados familiares pobres (Loewenson et al., 1997).

Ao nível comunitário, quanto mais se acentua a epidemia do HIV/SIDA, mais os impactos socio-económicos afectam a comunidade no seu conjunto. A longo prazo, provocam efeitos negativos na própria função e estrutura comunitárias. As perdas em termos de recursos humanos afectam todas as instituições (ONG, organizações de base comunitária) assim como as estruturas comunitárias e é necessário planificar estas perdas. Os problemas comunitários inerentes a esta nova situação compreendem: a necessidade de apoio a um número cada vez maior de órfãos, a redução da participação da comunidade nas estruturas comunitárias e de bairro, o aumento do número das pessoas sem lar e o aumento da criminalidade. Por outras palavras, a coesão social está ameaçada e a situação que de aí advém faz aumentar o risco de transmissão do HIV.

Os agregados familiares e as comunidades já tomaram algumas medidas para enfrentar os impactos do HIV/SIDA, tal como já o tinham feito em relação a outras calamidades como a seca. Se assim não tivessem feito, teriam simplesmente deixado de existir. Os agregados familiares mais afectados são as famílias pobres para as quais o impacto do SIDA acentua os problemas, reforça a pobreza e prolonga o tempo necessário para se recompor. A rede de segu-

rança comunitária tradicional ficou fragilizada devido à acentuação do declínio económico da África Sub-sahariana e ao aumento do número dos agregados familiares necessitados (Tibaijuka, 1997).

Foram efectuadas muito poucas investigações destinadas a identificar e analisar a rentabilidade dos mecanismos de resposta utilizados pelas comunidades e pelos agregados familiares. O objectivo deste estudo é observar as respostas dadas pelas comunidades e pelos agregados familiares rurais na luta contra o HIV/SIDA, e analisar o seu impacto e sustentabilidade. Ele sugere igualmente as áreas sobre as quais os estrategas políticos poderiam debruçar-se e apresentar eventualmente melhorias. O presente documento constituiria deste modo a base a partir da qual se desenvolveriam instrumentos de sensibilização. Esta análise da documentação existente concentrar-se-á em algumas das seguintes interrogações:

- Quais são as acções de resposta que os agregados familiares e as comunidades utilizam actualmente para atenuar os impactos do HIV nas zonas rurais ?
- Qual é a frequência de uma acção de resposta, nos diferentes agregados familiares e nas diferentes localidades?
- Quais são os custos associados a cada tipo de resposta ?
- Quais são os impactos (sociais e económicos) associados a cada tipo de resposta ?
- Qual é a sustentabilidade de cada tipo de resposta ?
- Quais são as novas implicações políticas a considerar na formulação de políticas futuras ?

As respostas a estas perguntas são essenciais para os estrategas políticos e para as organizações de desenvolvimento interessadas na elaboração de estratégias de curto e de longo prazo destinadas a ultrapassar os impactos do HIV/SIDA. É difícil chegar a conclusões específicas sobre o impacto de políticas e de projectos alternativos sem se dispor de informações sobre as acções de resposta levadas a cabo pelos agregados familiares e pelas comunidades mais afectados pela morbilidade e mortalidade.

Este relatório está dividido em seis secções. A secção 2 descreve os métodos e os objectivos do estudo e define os principais termos utilizados. A secção 3 enumera as respostas actualmente utilizadas pelos agregados familiares para minorarem o impacto do HIV/SIDA nas zonas rurais e analisa as estratégias de resposta actualmente utilizadas pelos agregados familiares. A secção 4 identifica as implicações políticas do reforço das estratégias de resposta dos agregados familiares. A secção 5 descreve as acções de resposta da comunidade que existem actualmente para diminuir o impacto do HIV/SIDA nas zonas rurais e compara os seus efeitos. A secção 6 apresenta opções que permitem reforçar estas estratégias e a secção 7 apresenta conclusões.

**Quadro 1: Impactos potenciais do SIDA nos agregados familiares**

<b>Impactos potenciais do SIDA nas famílias</b>	<b>Impacto do SIDA nas crianças</b>	<b>Problemas ao nível comunitário</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda de membros, luto</li> <li>- Empobrecimento</li> <li>- Alteração da composição da família e dos papéis dos adultos e das crianças</li> <li>- Perda de membros activos na produção</li> <li>- Migração forçada</li> <li>- Dissolução da família</li> <li>- Stress</li> <li>- Incapacidade de cuidar e educar as crianças</li> <li>- Perda de rendimentos para os cuidados médicos e a educação</li> <li>- Desânimo</li> <li>- Patologias de longo prazo (crescimento do comportamento depressivo entre as crianças)</li> <li>- O número de agregados familiares multi-geracionais que não terão pessoas de meia idade vai aumentar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda da família e da identidade</li> <li>- Depressão</li> <li>- Diminuição do bem-estar</li> <li>- Crescimento da malnutrição, da fome</li> <li>- Incapacidade de vacinar ou prestar cuidados de saúde</li> <li>- Degradação do estado de saúde</li> <li>- Aumento das exigências ao nível do trabalho</li> <li>- Perda de oportunidades ao nível educativo/escolar</li> <li>- Perda da herança</li> <li>- Migração forçada</li> <li>- Crianças sem tecto, vagabundagem, criminalidade</li> <li>- Aumento do número de crianças de rua</li> <li>- Exposição à infecção pelo HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição de mão-de-obra</li> <li>- Crescimento da pobreza</li> <li>- Incapacidade de manter as infra-estruturas</li> <li>- Perda de mão-de-obra qualificada incluindo trabalhadores de saúde e professores</li> <li>- Na agricultura, perda de insumos e de mão-de-obra</li> <li>- Redução do acesso aos cuidados de saúde</li> <li>- Morbilidade e mortalidade elevadas</li> <li>- Stress e depressão</li> <li>- Incapacidade de mobilizar recursos necessários à satisfação das necessidades globais da comunidade em matéria de seguros ou de financiamento</li> </ul>

Fonte: Hunter e Williamson (1997)

## **2 . Objectivos, métodos e definição de termos**

### *2.1 Objectivos*

O objectivo geral deste estudo é compreender melhor as acções de resposta das comunidades e dos agregados familiares, principalmente rurais, na luta contra o impacto do HIV/SIDA e estudar a relação entre o custo e a eficácia destas respostas. Mais especificamente, estes objectivos incluem:

- Identificar as respostas dos agregados familiares e das comunidades;
- Avaliar as respostas e a sua sustentabilidade perante o impacto.

## 2.2 Metodologia, alcance e limites do estudo

*E*ste estudo é baseado na análise da documentação existente. Esta foi consultada no Centro de Documentação da SAfAIDS e noutros centros de compilação de informações. Efectuaram-se visitas aos seguintes locais: Universidade do Zimbabué, Institute of Development Studies, Project Support Group, UNICEF, SADC - Departamento de Segurança Alimentar, SARDC, escritórios locais do PNUD e do Banco Mundial. Este relatório limita-se geograficamente à África Sub-sahariana. As pesquisas de dados electrónicos foram efectuadas através da AIDSline e da Africa Health Anthology. No fim do presente documento encontra-se uma lista completa das obras consultadas para este estudo.

O estudo concentra-se nas publicações em língua inglesa respeitantes à África Sub-sahariana. A diversidade das situações agro-ecológicas gera diferenças entre os mecanismos de resposta que são adoptados. Não se conseguiu encontrar qualquer estudo acerca dos custos das respostas dos agregados familiares ou das comunidades. O essencial da documentação sobre custos diz respeito às acções ao nível dos cuidados e da prevenção. É difícil obter dados de confiança respeitantes à economia doméstica (Banco Mundial, 1997). Embora a documentação utilizada devesse concentrar-se apenas nas zonas rurais e a secção respeitante às respostas ao nível dos agregados familiares não se debruce senão sobre documentos referentes às zonas rurais, a secção sobre as respostas da comunidade, essa, baseia-se em publicações tanto sobre zonas rurais como zonas urbanas. Fez-se esta escolha porque existe um vínculo entre as zonas urbanas e rurais: com efeito, as populações deslocam-se frequentemente entre o campo e a cidade e as respostas da comunidade têm tendência a ser semelhantes. Acontece mesmo que certos tipos de respostas da comunidade começam nas zonas urbanas, como as que são apoiadas pelas ONG. Uma das principais limitações da análise das publicações existentes sobre determinado assunto é que os documentos «informais» podem não estar disponíveis nos centros de documentação.

## 2.3 Definição de termos

**Comunidade:** grupo específico de pessoas vivendo geralmente numa zona geográfica comum, que partilham uma cultura comum, que estão organizados numa estrutura social e que possuem uma certa consciência da sua identidade como grupo (Allman et al., 1997).

**Agregado familiar:** grupo de pessoas que vivem sob o mesmo tecto e que tomam as suas refeições em conjunto.

**Custo-eficácia:** a relação custo-eficácia é um instrumento de medição. Ela compara o custo de um programa com a sua eficácia. Uma das medidas da eficácia da atenuação do impacto da epidemia do HIV/SIDA poderá ser o nível da segurança alimentar e da frequência escolar. Neste estudo fizeram-se esforços para indicar os custos e a eficácia das diferentes estratégias das comunidades e dos agregados familiares. Contudo, verificou-se que as informações sobre cada uma das estratégias são difíceis de obter: não foi efectuado qualquer estudo do custo-eficácia de iniciativas, particularmente daquelas que são levadas a cabo no âmbito tradicional ou local. Além disso, as informações respeitantes aos custos destas iniciativas não foram registadas de maneira formal.

### 3 . As acções de resposta dos agregados familiares perante o HIV/SIDA nas zonas rurais

Os agregados familiares adoptaram uma vasta gama de estratégias para atenuar os efeitos do HIV/SIDA. Esta secção apresenta os tipos de estratégias adoptadas pelos agregados familiares, a ordem pela qual foram adoptadas assim como o seu custo e eficácia.

#### 3.1 Tipos de estratégias adoptadas pelos agregados familiares

Existem muitas maneiras de classificar as estratégias de resposta. No quadro 2, dividimo-las em três categorias principais:

- estratégias destinadas a melhorar a segurança alimentar,
- estratégias destinadas a gerar e aumentar os rendimentos de forma a manter-se os padrões de despesas do lar,
- estratégias destinadas a aliviar a perda de mão-de-obra.

**Quadro 2: Estratégias de resposta dos agregados familiares**

<b>Estratégias destinadas a melhorar a segurança alimentar</b>	<b>Estratégias destinadas a gerar e aumentar os rendimentos de modo a manter os padrões de despesa do agregado familiar</b>	<b>Estratégias destinadas a atenuar a perda de mão-de obra</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recorrer a alimentos menos caros (Por exemplo, substituindo o pão pela papa de farinha)</li> <li>• Reduzir o consumo de um dos alimentos</li> <li>• Enviar as crianças para ficarem a viver com outros membros da família</li> <li>• Substituir um dos alimentos por vegetais locais/selvagens</li> <li>• Mendigar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversificar os rendimentos</li> <li>• Migrar em busca de novos empregos</li> <li>• Contrair empréstimos</li> <li>• Vender bens</li> <li>• Utilização das economias ou investimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redistribuir o trabalho no seio do lar e tirar as crianças da escola</li> <li>• Fazer horas extraordinárias</li> <li>• Contratar mão-de-obra e utilizar animais de tiro</li> <li>• Diminuir a área de cultivo</li> <li>• Pedir ajuda à família</li> <li>• Diversificar as fontes de rendimento</li> </ul>

A documentação existente sobre o impacto da doença e do falecimento de adultos e sobre as respostas dos agregados familiares sugere que os indivíduos e os agregados familiares se envolvem em processos de experimentação e de adaptação quando tentam enfrentar mudanças demográficas imediatas e de longo prazo. O impacto do HIV/SIDA, na Zâmbia em particular e em África em geral, é descrito como um verdadeiro maremoto (Barnett e Blaikie, 1992); Drinkwater, 1994; Bond, 1993). Ao longo de um período de cinco anos, a uma das fases da doença podem seguir-se outras que, gradualmente, diminuem os recursos e a disponibilidade de mão-de-obra de um ou de vários agregados familiares interdependentes. O estudo de Kagera (Tanzania) mostrou que o agregado familiar afectado fica sujeito, ao longo dos seis meses

antes de um falecimento e no período que se segue ao óbito, a movimentos de entrada e de saída de membros da família ou do agregado familiar. Verificou-se que estes movimentos desempenham um papel importante na estratégia de resposta do agregado familiar (Over, 1995). A partir destes estudos (Sauerborn et al., 1996; Donahue, 1998; Hunter et al., 1997), ficou demonstrado que os mecanismos de resposta são adoptados de maneira sequencial ou por etapas (ver Quadro 3).

**Quadro 3: As três etapas da gestão do luto**

<b>Etapas</b>	<b>Estratégias de gestão do luto</b>
<b>I. Mecanismos reversíveis e recurso a bens cautelares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar um emprego remunerado ou migrar temporariamente para arranjar trabalho remunerado</li> <li>• Dedicar-se a produzir produtos agrícolas de subsistência que não exijam muitos cuidados (que são geralmente menos nutritivos)</li> <li>• Esgotar as contas de poupança ou vender bens como jóias ou gado (excepto os animais de tiro)</li> <li>• Recorrer à família alargada ou a membros da comunidade</li> <li>• Solicitar dinheiro à família própria ou à do cônjuge</li> <li>• Contrair empréstimos junto de fontes de crédito formais ou informais</li> <li>• Reduzir o consumo</li> <li>• Diminuir as despesas consagradas à educação, aos cuidados de saúde não urgentes ou a outros investimentos essenciais para o ser humano</li> </ul>
<b>II. Recurso a bens de produção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vender terra, equipamentos, instrumentos</li> <li>• Contrair empréstimos com juros exorbitantes</li> <li>• Reduzir ainda mais o consumo, a educação ou as despesas com a saúde</li> <li>• Reduzir a quantidade das terras cultivadas e os tipos de culturas produzidas</li> </ul>
<b>III. Indigência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependere da caridade</li> <li>• Dissolução do agregado familiar</li> <li>• Migração em desespero de causa</li> </ul>

Fonte: Donahue (1998).

Após o seu estudo sobre as estratégias de resposta (Sauerborn et al., 1996) referente aos custos relacionados com a doença nas zonas rurais do Burkina Faso, foi definida uma estratégia de resposta sequencial. Ela corresponde perfeitamente às etapas identificadas por Donahue. A sequência é a seguinte:

1. Utilização das economias
2. Venda de bens (gado, equipamento, etc.)
3. Contracção de empréstimos
4. Trabalho remunerado
5. Assistência da comunidade
6. Inacção total (à beira da catástrofe)

Com base nestes estudos, é importante notar quais são os factores que determinam a capacidade de resposta de um agregado familiar. Estes incluem: o acesso aos recursos, o tamanho do agregado familiar e a sua composição, o acesso aos recursos das famílias alargadas e a capacidade da comunidade para fornecer apoio.

Os agregados familiares que dispõem de rendimentos mais elevados ou de recursos alternativos estão mais aptos a enfrentar o impacto do HIV/SIDA. Os agregados familiares que beneficiam de apoio são mais propensos a recuperar da situação no decurso das etapas 1 e 2. Os agregados familiares pobres e de pequena dimensão, que não têm qualquer margem de manobra para absorver os custos suplementares gerados pela infecção do HIV, são os mais vulneráveis à epidemia. Eles não possuem bens materiais, particularmente no que se refere a gado, que permitem certas escolhas de estratégias, como por exemplo pedir empréstimos ou contratar mão-de-obra.

Estes agregados familiares foram identificados como sendo de alto risco (à beira da catástrofe) e devem beneficiar de ajuda especial para se reforçar a sua capacidade de resposta.

### *3.1.1 Estratégias de resposta utilizadas pelos agregados familiares para melhorar a sua segurança alimentar*

#### **Redução do consumo de alimentos, sua substituição por produtos menos caros e recurso a plantas selvagens**

Quando a pessoa que sustenta a família morre, os agregados familiares confrontam-se com uma diminuição da quantidade de alimentos. Rugalema (1998) na Tanzania, Sauerborn et al. (1996) no Burkina Faso e Barnett et al. (1995) em meio rural do Uganda descobriram que certos agregados familiares diminuem o número de refeições quando são confrontados com restrições alimentares. Esta atitude parece ser uma estratégia frequentemente utilizada pelos agregados familiares na Etiópia, a fim de enfrentarem uma descida dos seus rendimentos, em consequência de uma crise inesperada, quer se trate de um problema sectorial quer individual (Webb et al., 1992). As investigações da SAfAIDS na Zâmbia sobre este assunto, em 1998, mostraram que os agregados familiares compravam alimentos menos caros ou então substituíam certos pratos de acompanhamento (como uma entrada constituída por hidratos de carbono de base tais como o milho ou a mandioca) por vegetais locais ou selvagens.

#### **A mendicidade**

As investigações da SAfAIDS na Zâmbia (SAfAIDS, no prelo) identificaram a mendicidade como sendo uma estratégia de sobrevivência em épocas de necessidade. Sauerborn et al. (1996) indicaram que esta estratégia de sobrevivência se pratica quando os agregados familiares em situação de risco sentem que a catástrofe está iminente.

### *3.1.2 As estratégias de resposta com vista ao aumento dos rendimentos*

#### **Diversificação dos rendimentos**

Sauerborn et al. (1996) em meio rural do Burkina Faso, a SAfAIDS (no prelo) em meio rural na Zâmbia e Barnett et al. (1995) no Uganda mostraram que os agregados familiares rurais que não conseguem satisfazer as suas necessidades alimentares, ou obter dinheiro por meio da produção agrícola, dedicam-se a uma série de actividades geradoras de rendimentos: venda de lenha, fabrico de cerveja de mapira, venda de gado, construção de vedações, realização de trabalhos artesanais,

costura e pequeno comércio a fim de complementar os seus rendimentos. No Malawi, Munthali (1998) nota que os agregados familiares fazem frente através do «ganyu» (biscates). Na Zâmbia, em meio rural, os dados mostram que certos membros de agregados familiares rurais migraram para as zonas urbanas à procura de um emprego para poderem enviar uma parte do que ganham para a sua região rural. Outros trabalham nos campos dos vizinhos, em função das necessidades, de modo a ganharem algum dinheiro (SAfAIDS, no prelo). Existem casos confirmados de crianças de 10 anos apenas que têm de ir trabalhar para outrem a fim de participarem nos esforços destinados a responder às necessidades de um parente doente (PNUD, 1997). Os agregados familiares que não têm capacidade para diversificar as suas fontes de rendimentos são particularmente vulneráveis à epidemia. A prevalência da pobreza leva as mulheres a prostituir-se para ganhar dinheiro. No Malawi, meninas de 12 anos tiveram que se sujeitar a ter relações sexuais para atender à necessidade imediata de dinheiro (Little, 1996).

### ***Venda de produtos agrícolas e utilização das economias***

Num estudo efectuado no Zimbabwé por Kwaramba (1997), verificou-se que a venda de produtos agrícolas é uma estratégia de resposta dominante para a angariação de rendimentos destinados a atender às despesas suplementares com a saúde. Barnett et al. (1995) em meio rural do Uganda, Drinkwater (1993) nas zonas rurais de Mpongwe, na Zâmbia, Rugalema (1998) no distrito de Bukoba, na Tanzânia e Sauerborn et al. (1996) no Burkina Faso, relatam descobertas semelhantes. Eles indicam que esta estratégia, largamente utilizada, se encontra entre as primeiras que são empregues. Tibaijuka (1997) em Kagera, Tanzânia, relata que os agregados familiares vendem bananas (o seu alimento de base) num acto de desespero que lhes permitirá arranjar dinheiro para pagar despesas médicas. Os mesmos estudos indicam igualmente que os agregados familiares utilizam as suas economias quando precisam de dinheiro para enfrentar os custos dos cuidados e dos funerais.

### ***Empréstimos***

Sauerborn et al. (1996) indicam que o sector financeiro informal é uma fonte importante de rendimentos que é utilizada em épocas de necessidade. Aryeetey e Hyuha (1990) indicam que os agregados familiares na Tanzânia, no Zimbabwé, no Gana, no Quênia, no Malawi e no Uganda recorrem a empréstimos provenientes do sector informal por causa de outras catástrofes, como a seca. Sauerborn et al. (1996) em meio rural do Burkina Faso, a SAfAIDS (em vias de publicação) em meio rural da Zâmbia e Rugalema (1998) no distrito de Bukoba, na Tanzânia, Tibaijuka (1997) em Kagera, na Tanzânia, identificam o sector financeiro informal como sendo constituído por:

1. família, amigos e vizinhos
2. cooperativas rurais
3. associações de poupança
4. comerciantes rurais
5. prestamistas rurais

Os empréstimos são concedidos sem grande burocracia e com muito poucas formalidades por escrito. As taxas de juro são inexistentes ou muito baixas quando se trata das fontes 1, 2 e 3 mas podem ser substanciais no caso das fontes 4 e 5 (observou-se taxas superiores a 100 %). Quando as taxas de juro são elevadas, certos agregados familiares não contraem empréstimos, tal como mostram os testemunhos seguintes que são extraídos de um estudo de impacto socio-económico efectuado na Zâmbia (SAfAIDS, 1997).

*“Quando estamos apertados e não temos nada para comer, pedimos dinheiro emprestado à Kaloba [organismo de crédito que pratica uma taxa de juro de 100 % e que é dirigido por particulares]” (SAfAIDS, no prelo, na Zâmbia).*

### **Venda de bens**

Tibaijuka (1997) em Kagera, Tanzania, e Rugalema (1998) no distrito de Bukoba, na Tanzania referem agregados familiares que, não tendo dinheiro suficiente para comprar comida ou para pagar cuidados de saúde, despesas com funerais ou com a educação, vendem alguns dos seus bens para enfrentar a crise. A quantidade e o tipo de bens assim utilizados variam segundo os agregados familiares. Há indícios de que uma vasta gama de bens, excepto terras, foram vendidos como forma de obter dinheiro destinado a pagar tratamentos. Num estudo levado a cabo por Rugalema na Tanzania e pela SAfAIDS na Zâmbia, entre os bens mais frequentemente vendidos encontra-se o gado, bicicletas, galinhas, mobiliário, ferramentas de marceneiro, rádios e carrinhos de mão. Certos agregados familiares dizem que empenharam colheitas futuras a fim de satisfazer necessidades urgentes de dinheiro (Rugalema, 1998; SAfAIDS, no prelo).

*“Depois da morte da mãe, deixámos de ter qualquer meio de subsistência. Era ela que se encarregava de nós. O meu irmão acabou agora o curso na escola mas não pode continuar a estudar porque não temos dinheiro para as propinas. Eu também não consigo encontrar trabalho, hoje não é fácil encontrar trabalho. Decidimos vender os blocos que estavam para ampliação da nossa casa. Havia 500 e vendemo-los por K150 000. Utilizámos o dinheiro para montar um negócio. Começámos a vender carvão à beira da estrada, perto da nossa casa. Assim, pelo menos, conseguimos comer uma refeição por dia.”*

*“Como sou o mais velho, comecei a fazer pequenos trabalhos para as pessoas e ganhei algum dinheiro (ele assumiu o papel de chefe de família). Mas as pessoas não me pagam a tempo, a vida é difícil. A minha tia, que tratou da minha mãe, agora paga as propinas escolares do nosso irmão mais novo. Eu gasto mais tempo a procurar dinheiro para conseguir aguentar.” (SAfAIDS, no prelo).*

### **O papel da família alargada**

Através da história, a família ou – para utilizar a terminologia dos economistas – o agregado familiar, constituiu a unidade económica e social essencial sobre a qual assentaram a maior parte das sociedades humanas. A família alargada é uma verdadeira rede de segurança e é ainda, de longe, a resposta comunitária mais eficaz à crise do SIDA (Mukoyogo e Williams, 1991). As publicações mostram que, quando há penúria de alimentos num agregado familiar afectado, as crianças vão viver com outros membros da família: Sauerborn et al. (1996) em meio rural do Burkina Faso, a SAfAIDS (1998) em meio rural da Zâmbia, Barnett et al. (1995) no Uganda, Lwihula (1998) na região de Kagera, na Tanzania, Rugalema (1998), Drinkwater (1993) na Zâmbia, Kwaramba (1997) no Zimbabué e SAfAIDS (no prelo) na Zâmbia. Os membros da família alargada passam a ser responsáveis pela subsistência alimentar das crianças. Contudo, estes estudos não pesquisaram de que tipo de parentes se trata nem a duração da estadia das crianças em casa deles. A família e os amigos podem prestar um grande apoio moral e material às pessoas doentes quando antevêm a possibilidade de uma atitude recíproca no futuro. A confecção de alimentos, o trabalho da terra ou a guarda do gado serão efectuados por um outro membro da família ou por um vizinho, por acréscimo às suas tarefas habituais. Com o andar do tempo, a capacidade que as famílias e as redes sociais têm para absorverem estas exigências vai diminuir, pois cada vez mais adultos vão morrer jovens devido ao HIV/SIDA.

### *3.1.3 Estratégias de resposta dos agregados familiares destinadas a atenuar a perda de força de trabalho*

#### ***Redistribuição do trabalho no seio do lar e retirada das crianças da escola***

Sauerborn et al. (1996) no Burkina Faso referiram que a redistribuição de tarefas entre os membros do lar constituía a estratégia mais frequentemente utilizada para enfrentar as baixas de produção previstas devido à morbilidade e mortalidade dos adultos. As crianças podem ser retiradas da escola para compensar as perdas de rendimentos e de mão-de-obra que acontecem quando os adultos produtivos adoecem, cuidam de doentes em fase terminal ou quando morrem. Na Tanzânia (Rugalema, 1998), a utilização intensiva de mão-de-obra infantil foi uma das principais estratégias utilizadas pelos agregados familiares em dificuldade quando têm de prestar cuidados.

Embora as crianças não estejam directamente envolvidas na prestação de cuidados, estão-no indirectamente, quando assumem o papel dos respectivos pais e mães nas actividades agrícolas e domésticas (tais como a busca de água e de lenha e a participação nas colheitas). Elas confeccionam igualmente refeições para o restante agregado familiar, arranjam comida, tratam do gado e fazem compras.

Retirar as crianças da escola é uma estratégia comum e foi referida pelos professores da escola primária como sendo um dos principais factores da fraca frequência escolar dos órfãos e das crianças cujo progenitor(es) estavam doentes (Rugalema, 1998; SAfAIDS, no prelo). As meninas estão mais sujeitas a ser retiradas da escola do que os meninos. O facto de se adiar a matrícula de crianças em idade escolar por motivo de doença dos pais é igualmente uma atitude frequente. Ninguém sabe se as crianças que são retiradas da escola poderão um dia voltar a mesma e são necessárias investigações sobre este assunto.

Em alguns dos agregados familiares mais atingidos, pode acontecer que os jovens órfãos herdem recursos consideráveis que não são capazes de gerir. Num estudo efectuado na região de Kagera, na Tanzânia, Tibaijuka (1997) mostrou que certos jovens órfãos herdaram vastas propriedades agrícolas que foram rapidamente invadidas pelo capim por falta de cuidados. Tradicionalmente, tais propriedades teriam sido cuidadas pelo clã, mas estas instituições estavam a desaparecer por falta de mão-de-obra.

#### ***Contratar mão-de-obra e utilizar animais de tiro***

Na Zâmbia, no Burkina Faso, na Tanzânia, no Malawi e no Zimbabwé, os agregados familiares afectados indicaram que tinham contratado pessoal e utilizado animais de tiro para enfrentar as suas necessidades de produção (SAfAIDS, no prelo, Sauerborn et al., 1996, Rugalema, 1998, Kwaramba, 1997). Esta mão-de-obra era contratada para realizar as actividades mais dependentes do trabalho humano, a saber a preparação da terra, a monda e a colheita. Todavia, a contratação de mão-de-obra só é possível quando existem recursos para pagar os trabalhadores. Só os agregados familiares que têm um rendimento estável ou fontes de receitas estão aptos a contratar pessoal. Alguns agregados familiares pagam os seus trabalhadores em espécie, por exemplo com milho ou outros bens. Os agregados familiares pobres contam com a ajuda gratuita de parentes e de membros da comunidade compassivos e solidários.

#### ***Alteração da produção agrícola e culturas de substituição***

Investigações efectuadas na África Oriental indicam que os agregados familiares que se dedicam à produção agrícola, seja ela qual for, podem cultivar uma mescla de produtos: uns destinados à sua subsistência, outros destinados à obtenção de rendimentos (Barnett et al., 1994;

FAO, 1995). A quantidade de trabalho necessária é variável, pois certos produtos estão mais dependentes do calendário do que outros. Por exemplo, o menor atraso na sementeira do milho, do feijão ou do amendoim provoca uma grande diminuição do rendimento da colheita e tem por isso repercussões na segurança alimentar. Em contrapartida, as bananas, a mandioca e o inhame não estão subordinados a intervenções em datas precisas e podem dispensar cuidados durante algum tempo sem que isso afecte a colheita.

A interrupção prolongada da intervenção humana pode igualmente afectar actividades importantes como a preparação da terra ou a conservação dos sistemas de irrigação, o que, por seu turno, afectará a futura colheita. Estudos da FAO na África Oriental (FAO, 1995) mostram que as famílias afectadas substituem as culturas de rendimento por culturas que requerem menos mão-de-obra e menos insumos caros como os fertilizantes e os pesticidas. O resultado é que culturas como a do café foram abandonadas pelos agregados familiares afectados nas regiões de Gwanda e Nakyerira, no Uganda, os quais passaram a depender de culturas como a mandioca e as bananas. Topouzis (1994), num outro estudo efectuado no Uganda, descobriu que as viúvas deixaram de semear tomate, que é uma das principais culturas de rendimento, por causa da carência de fungicidas. O mesmo acontece com o arroz e a mapira – culturas que requerem muita mão-de-obra – que são substituídos pelo milho e a mandioca, que exigem menos trabalho. No Zimbabwé, Kwaramba (1997) observa que os agregados familiares afectados deixaram de fazer culturas de rendimento, como o algodão e o amendoim, substituindo-as pela do milho.

### **Redução das áreas cultivadas**

Um estudo referente aos impactos socio-económicos (Black, 1997) no Burkina Faso e na Costa do Marfim mostra que há uma redução das áreas cultivadas, devido à carência de mão-de-obra provocada pela doença e pela morte nos dois países. Topouzis (1994) regista resultados idênticos nas zonas rurais do Uganda. Em função do cálculo de custos, os agregados familiares fazem a sua escolha entre a cultura de rendimento e a de subsistência para economizar mão-de-obra. Em alguns países, contudo, foram adoptadas estratégias inovadoras, tais como a partilha das colheitas que o exemplo seguinte ilustra.

*“Jane é uma viúva de 45 anos de idade que vive com os seus dois filhos: um rapaz de 22 anos e uma menina de 11 anos. Teve oito filhos. Quatro morreram de SIDA e os outros saíram de casa para se casar. Jane é dona de uma machamba de café, mas grande parte dela voltou a ser mato porque não havia mão-de-obra para a explorar. A principal contribuição em trabalho é a dela e a da filha de 11 anos. Mas ela também contrata ocasionalmente trabalhadores a quem entrega uma parte da colheita, o que lhe permite cultivar mais um pouco de café. O facto de possuir terra deu a esta mulher a possibilidade de organizar um sistema de partilha de culturas com pessoas que não têm terra ou que não têm que chegue. Este método é eficaz para a manutenção da produção agrícola desde que haja terra em abundância. Porém, esta mulher alterou o seu sistema de exploração e, em grande parte, abandonou a produção de café para se dedicar a culturas de subsistência. Ela tirou igualmente a filha da escola a fim de a pôr a ajudar na machamba e no lar.”*

(Barnett e Blaikie, 1992).

### **Prolongamento do dia de trabalho**

Topouzis (1994) no Uganda, e a SAfAIDS (no prelo) na Zâmbia indicam que numerosos agregados familiares afectados fazem horas extraordinárias a fim de compensar a falta de mão-de-obra e a perda de rendimentos. Por exemplo, um filho cuja mãe está doente, na Zâmbia, disse que gastava mais tempo a tentar ganhar dinheiro trabalhando no campo e fazendo biscates e que, além disso, tinha de reservar cerca de três horas por dia para prestar cuidados à mãe e ficar em pé durante

uma parte da noite para a atender. "O tempo que tenho de dedicar ao trabalho aumentou e sobra-me muito pouco tempo para dormir", diz ele (SAfAIDS, no prelo).

### *3.2 As estratégias de resposta mais comuns*

**A**s estratégias de resposta que não requerem o uso de dinheiro são as mais frequentemente adoptadas (Sauerborn et al., 1996). Entre os exemplos destas estratégias encontra-se a redistribuição do trabalho no seio do agregado familiar, o abandono da escola pelas crianças, a diversificação da produção agrícola do agregado familiar e a redução das áreas cultivadas. Noutros estudos (Rugalema, 1998; SAfAIDS, no prelo; Webb e Reardon, 1992; Barnett e Blaikie, 1992), as estratégias dominantes são, por ordem de importância: a diversificação dos rendimentos, a redução do consumo de alimentos, a utilização das economias e a venda de bens, particularmente gado e objectos como bicicletas e rádios.

Na documentação consultada, não se regista qualquer variação de monta, ao nível das acções de resposta, em função do tipo de comunidade. A documentação mostra no entanto que as ajudas de inspiração religiosa - isto é, de apoio a agregados familiares com as mesmas afinidades religiosas - tendem a ser discriminatórias. As condições climáticas constituem uma fonte importante de variação ao nível das acções de resposta. Kezaala (1998) indica que na África Austral, que está sujeita a períodos de seca, numerosos agregados familiares poderão ter necessidade de ajuda exterior devido à sua insegurança alimentar. Na África Oriental, pelo contrário, em virtude do seu potencial agro-ecológico, as comunidades são mais resistentes e mais capazes de suportar o encargo dos órfãos.

## **4 . As implicações políticas no reforço das acções de resposta ao nível dos agregados familiares**

---

**S**ão várias as opções políticas que surgem na documentação estudada e que são susceptíveis de ser utilizadas para reforçar a capacidade dos agregados familiares rurais enfrentarem o HIV/SIDA. As políticas e os programas devem procurar apoiar os agregados familiares a fim de se evitar acções de resposta negativas (como tirar as crianças da escola) e de reforçar as respostas positivas do agregado familiar. Globalmente, o objectivo das políticas e dos programas deverá ser, por um lado, melhorar o bem-estar do agregado familiar a curto e a longo prazos pela utilização de meios que não criem dependência e, por outro lado, minimizar os riscos de os membros do agregado familiar contraírem a infecção do HIV. Esta secção apresenta uma série de políticas e de programas que podem ser adoptados. Existe uma verdadeira necessidade de políticas e de programas específicos ao nível nacional e local. As ideias que se apresenta a seguir dão apenas uma indicação geral das estratégias que poderiam ser adoptadas para atenuar o impacto do SIDA.

### *4.1 Melhorar a produção agrícola*

**D**ado que a maioria dos agregados familiares rurais estão dependentes da produção agrícola para a sua sobrevivência (como fonte de rendimento e de alimentos), o reforço da capacida-

de de produção agrícola do agregado familiar permite que o impacto do SIDA seja atenuado. A capacidade de produção agrícola do agregado familiar pode ser reforçada através da melhoria do acesso ao trabalho, à terra, ao capital, aos animais de tiro e a competências em matéria de gestão, através da promoção da utilização das tecnologias existentes que requerem pouca mão-de-obra e capital, assim como através do desenvolvimento de tecnologias capazes de tirar o máximo proveito dos limitados recursos disponíveis.

#### ***4.1.1 Promoção das tecnologias existentes que exigem pouca mão-de-obra e capital***

Existem já tecnologias que permitem uma utilização óptima dos recursos disponíveis e que podem ser adoptadas pelos sistemas agrícolas com recursos escassos. Estas tecnologias podem ser promovidas por extensionistas agrícolas em benefício dos agregados familiares afectados pelo SIDA. Estas medidas compreendem:

- recorrer a culturas intercalares para se reduzir o tempo dedicado à monda
- promover a utilização de variedades de grande rendimento que não requeiram muita mão-de-obra
- pouco ou nenhum arado da terra a fim de se limitar despesas elevadas com charruas e bois
- promover a utilização de pesticidas naturais, o que diminui a compra de produtos dispendiosos, como por exemplo os pesticidas químicos.

#### ***4.1.2 Desenvolvimento de tecnologias destinadas aos agregados familiares sem recursos do sector dos pequenos agricultores***

Os institutos de investigação agronómica devem tomar em consideração as novas necessidades tecnológicas que os pequenos agricultores têm em consequência da epidemia de SIDA. Na planificação de uma tecnologia susceptível de diminuir o impacto do HIV/SIDA, é importante efectuar uma análise apropriada da situação local. As técnicas seguintes poderão ajudar os agregados familiares a manter e melhorar a produção:

- selecção da variedade apropriada de cultura (por exemplo: maturação precoce, resistência às doenças, facilidade de malhar ou de pilar o produto).
- melhoria das culturas intercalares existentes.
- concentração nos produtos agrícolas de alto rendimento que sejam resistentes à seca.
- introdução de alfaías agrícolas susceptíveis de ser utilizadas por pessoas debilitadas ou por burros (por exemplo, charruas e semeadores mais leves e uma enxada melhorada).
- tecnologias locais melhoradas no que respeita a palhagem, culturas intercalares e selecção de sementes.
- melhoria das tecnologias de criação de animais ao nível individual, como os banhos carricidas.

#### ***4.1.3 Reforço das associações de partilha do trabalho e de animais de tiro***

As associações organizadoras da partilha do trabalho e dos animais de tiro, assim como as de empréstimos, ajudam a atenuar os principais constrangimentos dos agregados familiares afectados pelo SIDA, isto é, mão-de-obra, capital e animais de tiro. As políticas e os programas que apoiarem essas actividades ajudarão os agregados familiares afectados a lutar contra o impacto do SIDA.

#### *4.1.4 Implicações das perdas em recursos humanos*

Para que reflitam as mudanças ocorridas no meio rural, todas as instituições de desenvolvimento formais e informais devem rever os seus programas e a sua política de recursos humanos. É importante que as instituições reajam à epidemia de SIDA planeando o impacto desta na mão-de-obra. As respostas fundamentais à epidemia de SIDA devem incluir a prevenção do HIV, o prolongamento da vida e a redução da morbilidade relacionada com o HIV. Isso pressupõe uma acção de sensibilização e a introdução de políticas de prevenção. É necessário planificar as perdas em termos de competências, de gestão e de pessoal. É preciso introduzir a todos os níveis a polivalência em termos de competências, de modo a limitar-se as dificuldades no terreno da produção agrícola rural.

### *4.2 Gerar rendimentos e diversificar as fontes de rendimentos*

Os programas que contribuem para a melhoria e diversificação das fontes de rendimentos dos agregados familiares afectados ajudam a atenuar o impacto do SIDA. Esses programas auxiliam a manter os padrões de despesas do agregado familiar e, por conseguinte, a evitar-lhe perdas maiores no futuro.

#### *4.2.1 Melhorar a capacidade dos agregados familiares gerarem rendimentos*

A primeira resposta de todas deveria ser a atenuação do impacto do SIDA nos agregados familiares através da melhoria da sua capacidade de gerar rendimentos (Donahue, 1998). O objectivo a atingir é manter os padrões de despesas do agregado familiar e encorajá-lo a fazer economias. Isto pode conseguir-se através de projectos de micro-crédito que são, por definição, pequenos empréstimos de curto prazo e de rápida rotação (tal como a produção artesanal). Uma outra resposta poderá ser o crescimento das economias em natura dos agregados familiares através da ampliação das suas oportunidades de possuir gado e da protecção dos rebanhos existentes por meio da prestação de bons cuidados veterinários (Sauerborn et al., 1996). Por exemplo, no Uganda, Addo (1998) refere que, graças a um projecto, micro-subsídios de 100 dólares americanos foram concedidos a 30 famílias ou a um grupo de PVHS para financiar actividades geradoras de receitas que requerem pequenos investimentos, tais como o tricô, a tecelagem, a jardinagem e a venda de peixe.

A autonomia económica pode melhorar o estado de espírito das PVHS que tenham perdido a esperança. As medidas de emancipação económica das comunidades devem dirigir-se especificamente às mulheres e aos jovens que efectuam o essencial do trabalho de prestação de cuidados. É preciso fomentar a auto-subsistência destes projectos através da formação dos seus participantes e da reciclagem dos fundos. Os fundos da assistência social devem fazer parte de uma política social global de escala nacional. Esta política deve definir claramente prioridades e assegurar uma coordenação entre as instituições de modo a garantir a feitura de projectos melhor elaborados e sustentáveis. As estratégias de curto prazo não respondem aos problemas mais críticos. É, portanto, necessária uma combinação entre as estratégias visando o alívio e aquelas vocacionadas para o investimento, para que se garanta que os projectos tenham continuidade quando os fundos se esgotarem.

Certos agregados familiares estão dependentes de pequenos trabalhos como principal fonte de rendimentos da família. Esta situação, por seu turno está dependente da criação de oportunidades de emprego na zona. Para os mais pobres e para as famílias que não possuem terra, o acesso a um trabalho remunerado é crucial.

#### *4.2.2 Promoção da diversificação dos rendimentos*

A promoção da diversificação dos rendimentos pode reforçar a capacidade de resposta das famílias. Proporcionar o acesso ao trabalho remunerado pode ser uma estratégia para se dar aos agregados familiares fontes suplementares de rendimentos (Sauerborn et al., 1996). Nas regiões agrícolas de clima muito incerto, os agregados familiares que dispõem de uma grande diversidade de rendimentos não agrícolas são menos vulneráveis à insegurança alimentar. Uma outra estratégia consiste em encorajar a diversificação das culturas e em promover a redução do uso de insumos exteriores. Os rendimentos não agrícolas, particularmente os que podem ser engendrados em casa, e o pequeno comércio constituem outras possibilidades (quando estas actividades tiverem sido solidamente ponderadas). Dado o fraco índice de êxito dos projectos geradores de receitas em numerosos países, essas actividades devem ser alvo de uma planificação realista e minuciosa, antes de serem promovidas.

#### *4.2.3 Modalidades de financiamento dos serviços de saúde*

A introdução de sistemas de pré-pagamento no âmbito dos quais as cotizações são pagas após a estação das colheitas e cobrem as despesas médicas de todo o ano (Sauerborn et al., 1996) poderá ser recomendada.

### *4.3 Reduzir o peso do trabalho das mulheres*

**É** necessário explorar formas de aliviar o peso do trabalho das mulheres, por meio do desenvolvimento de métodos de preparação de alimentos que poupem trabalho e da melhoria do acesso às fontes de aprovisionamento de água e de combustível doméstico. O desenvolvimento e a promoção de fogões eficazes pode levar a uma redução do tempo que as mulheres gastam a recolher lenha. O tempo ganho desta forma pode ser utilizado para a realização de actividades produtivas tais como a colheita, o transporte, a armazenagem, a transformação (particularmente a desfolhagem e o pilar) e o comércio dos produtos. Em certas zonas, a utilização de burros para transporte tem ajudado as mulheres a realizar outras actividades importantes. Instalar um maior número de pontos de aprovisionamento de água reduz a distância a percorrer pelas mulheres que vão buscar água e pode beneficiá-las. Certos programas que visam providenciar serviços de amas ou de guarda de crianças podem igualmente libertar as mulheres e permitir-lhes realizar outras actividades produtivas.

### *4.4 Melhorar o bem-estar das crianças necessitadas*

**A** eficácia da maior parte dos programas sociais poderia ser melhorada se estes fossem dirigidos às populações que têm necessidades específicas. Só através de uma ajuda dirigida é que os agregados familiares desesperados podem ser atingidos. Isto implica uma descentralização e uma reforma das técnicas de despistagem. A assistência sob a forma de educação, de cuidados de saúde e de nutrição pode facilitar o desenvolvimento humano a longo prazo. Um dos aspectos importantes da assistência social é o facto de que os agregados familiares pobres que não estão confrontados com o SIDA têm, a despeito disso, necessidade do mesmo tipo de assistência, dado que os seus filhos estão também mal alimentados e fora da escola. A equidade pode ser conseguida se o governo prestar assistência social às pessoas que dela mais precisam, independentemente da causa imediata da sua pobreza. Deste modo, como o indica a documentação consultada (Over, 1998; Donahue, 1998), o alvo da assistência deve basear-se nos dois indicadores directos da pobreza, e não só na presença do SIDA no agregado familiar.

#### *4.5 Estratégias de longo prazo*

As estratégias governamentais de longo prazo devem ter em conta os problemas subjacentes que tornam os agregados familiares rurais vulneráveis ao impacto do HIV/SIDA. As estratégias devem tomar em consideração os pontos seguintes:

- Problemas de saúde, por exemplo incorporando-lhes uma melhoria da qualidade da água e dos serviços de saúde.
- Constrangimentos ao nível da agricultura, tais como: dificuldades para se obter terras, créditos e mercados; atenuação dos problemas ligados à seca, por exemplo pela introdução de um sistema de irrigação.
- Pobreza.

#### *4.6 Áreas de investigação para aprofundar*

Numerosos aspectos das acções de resposta das famílias são pouco conhecidos em termos de custo e de eficácia. Ora, estas informações poderiam ajudar os programas a atenuar o impacto do SIDA nos agregados familiares. Uma das maneiras de se obter dados de confiança acerca dos agregados familiares no que respeita ao impacto do SIDA é incluir nos actuais inquéritos aos agregados familiares (inquéritos sobre a pobreza, inquéritos sobre a saúde demográfica ou recenseamentos) perguntas específicas acerca do impacto da morbilidade e da mortalidade nos rendimentos do agregado familiar, nas despesas e noutros indicadores de bem-estar. Os recenseamentos ou os questionários actualmente utilizados nos inquéritos sobre a pobreza não exploram a interdependência entre a prevalência da doença e o estatuto socio-económico do agregado familiar.

#### *4.7 Quem é responsável pelas opções ao nível dos programas e das políticas?*

A secção anterior pôs em evidência um conjunto de recomendações relativas aos programas ou às políticas mas não referiu a quem incumbia a responsabilidade de pôr em prática esta ou aquela recomendação. As instituições estatais (ministérios da agricultura, do desenvolvimento rural, da saúde, da investigação, da segurança social, etc.) não podem desempenhar esta tarefa sozinhos; devem colaborar com outras agências de desenvolvimento (tais como as organizações de base comunitária, as ONG e as organizações de ajuda aos doentes do SIDA) e com as comunidades a fim de que os esforços destinados a atenuar o impacto do HIV/SIDA sejam coroados de êxito.

## 5 . Respostas comunitárias ao HIV/SIDA

A maior parte das comunidades desenvolveram uma larga gama de estratégias complexas e inovadoras para sobreviver aos impactos negativos do HIV/SIDA. As publicações mostram que, em muitos lugares, as comunidades uniram-se espontaneamente para apoiar e assistir as famílias e as crianças afectadas pelo HIV/SIDA. O paradoxo é que, sendo as acções de resposta das comunidades aquelas que mais rentabilidade podem ter, elas são, ao mesmo tempo, as menos visíveis (Hunter e Williamson, 1997). Mesmo antes do advento do HIV/SIDA, a segurança alimentar na África Sub-sahariana já estava ameaçada (Kadonya, 1998). A seca e as inundações figuram entre as calamidades com que estas comunidades rurais tiveram que se confrontar. As famílias africanas deram provas de uma grande capacidade para enfrentar a doença e as dificuldades (Barnett e Blaikie, 1992; Sauerborn et al., 1996).

Alguns mecanismos de resposta da comunidade são desencadeados no seio da própria comunidade - poderíamos designar estas acções por acções locais ou autóctones - e outros são introduzidos nas comunidades e sustentados financeiramente por agências exteriores tais como ONG, agências internacionais de desenvolvimento, governo ou igrejas. Em conformidade com o grau de mobilização das comunidades e com o seu grau de receptividade às iniciativas, esses projectos podem ter sucesso e ter continuidade, mesmo depois da retirada dos doadores. A figura 1 classifica as respostas da comunidade em três grandes categorias que não se excluem mutuamente. As acções efectuadas em cada uma das categorias também não são incompatíveis entre elas. Por exemplo, uma organização de base comunitária pode estar envolvida em várias actividades de apoio e de atenuação que incluem a ajuda aos órfãos, a partilha do trabalho, projectos geradores de receitas, tratamentos e cuidados.

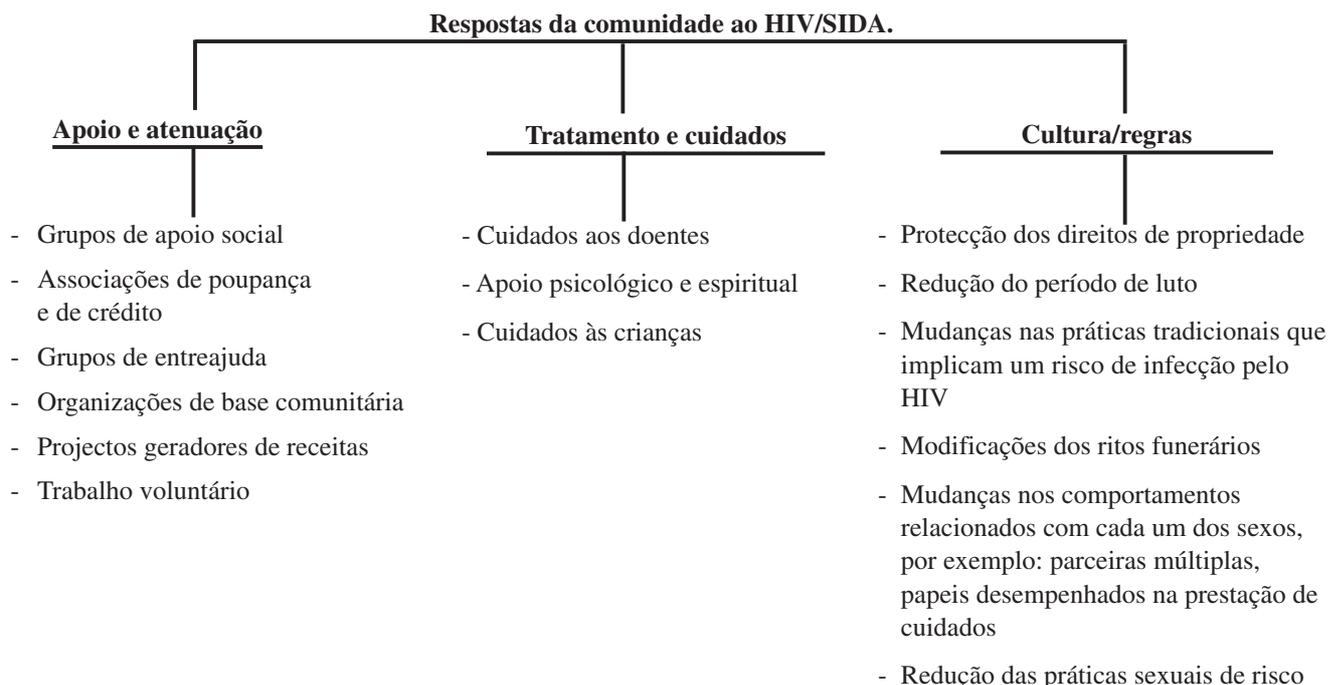
A documentação consultada (por exemplo, Hunter e Williamson, 1997; Barnett e Blaikie, 1992; Sauerborn et al., 1996; Donahue, 1998) indica que surgiram diferentes iniciativas comunitárias de atenuação do impacto do HIV/SIDA e de apoio. Os estudos mostram que as pessoas afectadas pelo HIV/SIDA encontram ajuda principalmente junto da família, dos vizinhos, das instituições comunitárias e das organizações informais locais. O estudo de Kagera promovido pelo Banco Mundial na Tanzania indica que, nas famílias nas quais a pessoa que provia ao sustento morreu de SIDA, 90 % da assistência - material ou outra - provém da família e de grupos comunitários como as associações de poupança e as sociedades funerárias; apenas 10 % da assistência é prestada pelas ONG e outros organismos.

Entre as formas principais de apoio comunitário e de actividades de atenuação do impacto encontram-se as seguintes:

- Sistema de guarda das crianças organizado pela comunidade: guarda durante o dia sob forma cooperativa e centros de nutrição, de modo a libertar as mulheres para que elas possam trabalhar dentro ou fora de casa.
- Apoio aos órfãos sob a forma de apoio nutricional e educacional.
- Reparação de casas em vias de deterioração.
- Cuidados ao domicílio e visitas a órfãos e a doentes do SIDA.
- Confeção e distribuição de uniformes escolares.
- Aprendizagem e formação profissional para adolescentes órfãos em matérias com procura no mercado do trabalho.
- Projectos agrícolas de diferentes níveis com vista ao crescimento da produção.

- Partilha do trabalho.
- Projectos geradores de receitas para a obtenção de dinheiro e de alimentos.
- Facilidades de crédito para as despesas funerárias.

**Figura 1. Acções de resposta da comunidade perante o HIV/SIDA**



As acções de resposta da comunidade assumem a forma de agrupamentos diversos, tais como grupos de apoio social, associações informais, grupos de entreatajuda, organizações de base comunitária apoiadas por agências de desenvolvimento exteriores e organizações de ajuda a doentes de SIDA. As diferenças entre estes agrupamentos nem sempre são claras, mas os três primeiros grupos têm tendência a propor acções locais ou autóctones organizadas pela comunidade. Os membros participam nestas acções por opção e não por obrigação, e estes grupos tentam resolver os problemas sociais por intermédio da participação local, da acção social, da mobilização de recursos e da construção de um espírito comunitário (Altman, 1994). As duas últimas categorias são constituídas mais por organizações locais formais que de uma forma ou de outra contam com ajudas externas provenientes de ONG e de outros organismos; elas actuam como intermediárias no processo de desenvolvimento ao longo do qual certas decisões são eventualmente tomadas no exterior.

“Organizações de apoio aos doentes do SIDA” é a expressão usada pelo Programa Mundial do SIDA, da OMS, para designar as organizações que fornecem serviços relacionados com o HIV/SIDA e que não são governamentais (Altman, 1994). Na secção seguinte expõe-se primeiro o papel desempenhado pelos grupos locais/autóctones que não dependem de fontes de financiamento exteriores, depois o dos grupos mais formais que dependem de fontes de financiamento exteriores.

## 5.1 As organizações comunitárias locais e informais

**H**á muito tempo que existem diferentes formas tradicionais e informais de sistemas de segurança social de natureza local, em numerosas sociedades dos países em vias de desenvolvimento. Os exemplos de organizações deste tipo incluem grupos de apoio social, tais como sociedades funerárias, sistemas de poupança de colheitas ou de partilha de trabalho, ou associações de poupança. O funcionamento dessas organizações não está regulamentado pela legislação. Elas actuam em conformidade com as regras estabelecidas pelos seus membros.

### 5.1.1 Grupos de apoio social

Lwihula (1998) em Kagera, na Tanzania, indica que existe em na maior parte das comunidades, grupos de apoio social organizados por homens ou mulheres - ou por ambos. Os membros destes grupos apoiam-se mutuamente na vida corrente; por exemplo, ajudando-se um aos outros a cultivar os campos, e contribuindo com o seu trabalho, com dinheiro e com alimentos para responder a necessidades especiais (tais como doença ou funerais) ou em ocasiões particulares (tais como cerimónias de casamento). Esses grupos só podem prestar um apoio muito limitado e, em caso de falecimento, a ajuda limita-se ao período de luto. Alguns grupos de apoio social formam-se tendo em vista actividades específicas tais como as sociedades funerárias, os sistemas de poupança de colheitas e de partilha do trabalho.

Madembo (1997) no Zimbabwé e Rugalema (1998) na Tanzania descobriram que as sociedades funerárias são organizações de apoio social autóctones e estabelecidas que fornecem assistência mútua aos seus membros nas zonas rurais em caso de falecimento ou de doença. Elas oferecem uma certa segurança financeira em caso de infelicidade e respondem igualmente a outras necessidades sociais dos seus membros. Estas sociedades funerárias estão igualmente vocacionadas para que os seus membros dediquem parte do seu tempo à assistência as pessoas enlutadas, cultivando os seus campos.

Os sistemas de poupança de colheitas existem há muito tempo nas zonas rurais de África. e há muitos anos que são utilizados para se atender às necessidades dos membros da comunidade. No Zimbabwé, Madembo (1997) e Ncube (1998) relatam que as formas tradicionais dos sistemas de poupança designados por "zunderamambo" (literalmente, o campo do rei) foram actualizadas e adaptadas às necessidades actuais. Nestes sistemas, os membros da comunidade participam no trabalho das terras do chefe ou do responsável da aldeia e guardam o produto do seu trabalho para as épocas de necessidade. No Zimbabwé, estes sistemas de poupança constituem uma fonte importante de apoio comunitário aos agregados familiares afectados.

Rugalema (1998) na Tanzania, a SAfAIDS (a publicar brevemente) e Ncube (1998) no Zimbabwé observaram que a partilha gratuita do trabalho no seio da comunidade é uma resposta comumente adoptada pelas comunidades para contribuírem para o apoio aos agregados familiares afectados. No Zimbabwé, estes sistemas de partilha do trabalho (nhimbe) existem há muito tempo e constituem uma fonte essencial de segurança social para os agregados familiares em épocas de calamidade.

### 5.1.2 As associações de poupança autóctones

Lwihula (1998) na região de Kagera, na Tanzania, Ncube (1998) no Zimbabwé e a SAfAIDS (no prelo) na Zâmbia mencionam que muitas comunidades possuem associações de poupança locais que desempenham um papel essencial ao contribuírem para as respostas dos agregados

familiares à epidemia do HIV/SIDA. A poupança comunitária local funciona geralmente de acordo com um sistema de economias e de crédito por rotação.

Madembo (1997) indica que estes sistemas de poupança por rotação já existem há muito tempo em numerosos países africanos. O princípio que os rege é o seguinte: um grupo de pessoas reúne um fundo que é alimentado pelas contribuições financeiras de cada um dos participantes. Este fundo é atribuído na totalidade ou parcialmente a cada um dos participantes, um após outro. Cada membro faz a mesma contribuição. Depois de cada participante ter recebido a sua parte, o grupo pode dissolver-se ou recomeçar um novo ciclo. Entre as populações rurais, as contribuições são feitas ou em dinheiro, ou em natura (por exemplo, alimentos, insumos agrícolas, utensílios de cozinha, etc.). Madembo indica que os sistemas de poupança por rotação são populares porque requerem poucos encargos aos seus membros, geram confiança mútua e proporcionam segurança e reciprocidade que podem ser utilizadas em períodos de urgência. Proporcionam também aos seus membros a possibilidade de acesso a uma soma relativamente importante de dinheiro que lhes seria difícil reunir sem este sistema. Nos Camarões, estes sistemas de poupança dispõem de um fundo social que proporciona um seguro de vida e um seguro de doença aos seus membros (Kaseke, 1997). Parte das contribuições é colocada nesse fundo social o qual atribui subvenções ou empréstimos em caso de falecimento ou de doença de um dos membros ou de uma das pessoas a seu cargo.

Tal como os sistemas de poupança por rotação, as associações de poupança são uma importante fonte informal de financiamento dos agregados familiares rurais em caso de urgência. Os fundos são geralmente utilizados para a compra de insumos agrícolas tais como sementes ou fertilizantes, para pagar propinas escolares, para a compra de vestuário, ou são reservados para eventualidades como tratamentos médicos, nascimentos e falecimentos. Os fundos podem igualmente ser utilizados como forma de participação no capital de pequenas empresas e para iniciar projectos geradores de rendimentos. A utilização da poupança como medida de segurança para quem tem rendimentos fracos e incertos é a primeira razão da participação numa associação de poupança. A maioria dos agricultores só recebe o seu rendimento uma vez por ano. As associações de poupança permitem-lhes dispor de dinheiro depois da venda da produção agrícola e têm, por isso, uma função de amortecedor nas épocas difíceis.

No Zimbabué, as associações de poupança têm tido grande êxito nas zonas rurais. Segundo Madembo (1997), os membros organizam reuniões preparatórias para decidir o fim a que se destinam as poupanças nos doze meses seguintes. Depois determinam as suas necessidades em sementes, fertilizantes e insecticidas - que encomendam em comum, a fim de beneficiarem de preços por atacado. O Zimbabué esteve sujeito a graves secas durante as campanhas de 1991/1992 e 1994/1995. Madembo (1997) observa que, graças à sua prudência e ao espírito de entreatajuda das suas associações, muitos dos membros das associações de poupança conseguiram manter os seus filhos na escola e tiveram a possibilidade de fazer novos investimentos mais rapidamente após a chegada das chuvas. Portanto, as associações de poupança desempenham, directa e indirectamente, um papel fundamental pelo facto de corresponderem às necessidades de segurança social dos agricultores da comunidade.

### *5.1.3 Associações autóctones de ajuda de urgência*

O estudo demográfico sobre agregados familiares da Tanzania patrocinado pelo Banco Mundial mostrou que, além das associações tradicionais de poupança e de ajuda mútua existentes, os habitantes de numerosas aldeias, particularmente nas regiões mais atingidas (distritos rural e urbano de Bukoba, e de Muleba), criaram novas organizações especificamente destinadas a enfrentar os custos da epidemia de SIDA (Lwihula, 1998). As descobertas fundamentais de

Lwihula (ver Quadro 4), baseadas em discussões de grupo dirigidas, mostram que:

- As associações tradicionais de ajuda mútua e de poupança já existiam mas surgiram organizações específicas nas aldeias gravemente atingidas pela epidemia de SIDA, particularmente entre os Haya e os Nyambo.
- Mesmo agregados familiares em que ainda não houve óbitos participam nestas organizações para se precaverem em relação a falecimentos futuros.
- As associações são dirigidas e organizadas principalmente por mulheres.
- Estas associações levam a cabo uma vasta gama de acções com objectivos específicos (exemplo: enfrentar crises, organizar cerimónias fúnebres, actividades agrícolas comunais).
- Entre os Haya e os Nyambo, as associações de ajuda instauraram regras de funcionamento (exemplo: reuniões mensais e contribuições que servem para cobrir despesas de falecimentos iminentes).

**Quadro 4: Associações autóctones da região de Kagera, na Tanzania**

Actividades	Contribuição mensal	Tamanho da associação	Beneficiários
Luto e funerais	dinheiro, alimentos, combustível, trabalho	10-40	Famílias enlutadas
Apoio a doentes	dinheiro, alimentos, visitas	10-40	Famílias com membro/s doente/s
Reconstrução de habitações e reabilitação de machambas	trabalho, dinheiro, materiais de construção	10-40	Famílias em crise
Trabalhos agrícolas comunais	trabalho, sementeiras	10-40	Famílias participantes
Apoio aos sobreviventes	dinheiro, visitas	10-20	Órfãos, viúvas
Actividades geradoras de rendimentos	dinheiro	10-40	Grupos de mulheres

Fonte: Lwihula, 1998.

Barnett e Blaikie (1992) observaram que surgiram grupos informais de mulheres que dão conselhos e que se realizam reuniões espontâneas. Estas mulheres entreadjudam-se nas plantações, tratam de doentes e suavizam as tarefas dos seus acompanhantes (ver o exemplo que se apresenta no Painel 1). Sem que seja preciso pedir-lhes, mulheres da vizinhança vêm em qualquer altura mondar ou desbastar as bananeiras de uma mulher que esteja doente. Elas persuadiram os Resistance Councils locais a solicitar ajuda exterior para os órfãos e algumas delas assumiram mesmo a responsabilidade de albergar crianças nos seus lares. As sessões informais de aconselhamento permitem que as mulheres partilhem as suas experiências e as suas preocupações e que “não enlouqueçam” (Barnett e Blaikie, 1992). Seria conveniente disponibilizar espaços públicos para as mulheres, pois aparentemente os espaços públicos existentes são território masculino.

**Painel 1: As Ligas de Mães no Zimbabwé**

*No Zimbabwé, numerosos credos religiosos têm comités de mulheres que são designados por “ligas de mães”. O princípio que as inspira é a prestação de apoio espiritual, económico e social a pessoas que se confrontam com dificuldades económicas. Os membros contribuem com um certo montante todos os meses e em compensação bene-*

*ficiam de assistência financeira para funerais e casamentos, visitas aos doentes, de orações e de aconselhamento. Estes grupos de mulheres são muito activos a tomar conta de crianças cujos pais estão a morrer em consequência de doenças relacionadas com o HIV/SIDA.*

*(Extraído de Gumbo, 1998).*

#### *5.1.4 Os grupos de entreaajuda de pessoas vivendo com o HIV/SIDA*

Num certo número de países africanos, as organizações de luta contra o SIDA que reúnem pessoas infectadas e afectadas desempenham um papel cada vez maior nas acções de resposta à epidemia, muito embora o número das PVHS implicadas seja ainda diminuto quando comparado com a amplitude da infecção. Na realidade, calcula-se que 90 % da população não sabe se está infectada e que entre as pessoas que o sabem, a maioria procura guardar segredo e não adere aos grupos de PVHS. Na Costa do Marfim, país que tem a mais elevada prevalência de SIDA na África Ocidental, foram criados em 1994 dois grupos de entreaajuda compostos por pessoas vivendo com o SIDA. Noutros sítios de África, entre as motivações que levam as pessoas a tornar-se membros de um grupo de entreaajuda de pessoas vivendo com o SIDA encontra-se: busca de apoio material, social e psicológico e o desejo de evitar a estigmatização. Os grupos de entreaajuda têm uma importante função social que compreende:

- A prestação de serviços a outras PVHS.
- Uma acção de intermediação entre as PVHS e os seus parentes
- A prevenção do HIV e a mobilização de pessoas não infectadas e não afectadas.
- A divisão do trabalho com profissionais de cuidados de saúde.
- A constituição de grupos de pressão e de sensibilização (interacções com as autoridades locais, as organizações internacionais e os doadores).

Na Costa do Marfim e noutros sítios, os grupos de entreaajuda de PVHS dão uma resposta colectiva às crises individuais, prestando apoio psicológico às pessoas que estão - ou se sentem - amiúde socialmente rejeitadas. Em geral, os grupos de entreaajuda enfrentam problemas culturais, organizacionais e dificuldades económicas, dado que por vezes não dispõem de grandes fundos. Uma outra fonte de tensão provém do facto de a maioria dos seus membros ser pobre e encarar os grupos de entreaajuda como fonte de rendimentos. Com efeito, a motivação da adesão a estes grupos é muitas vezes económica e não baseada na ideia de uma resposta colectiva às violações dos direitos do homem.

É evidente que, na maioria dos países, são poucas as pessoas da classe média, as pessoas abastadas ou com uma categoria profissional elevada que são membros activos de grupos de apoio à luta contra o HIV/SIDA. A África do Sul constitui uma excepção visto que a NAPWA (Associação Nacional de Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA) foi criada por homossexuais brancos relativamente abastados, embora a sua massa associativa esteja a mudar. Em 1998, uma organização destinada a mulheres vivend o com o HIV/SIDA foi criada por Mercy Makhramele. Esta organização – cujo nome é WANN (Rede Nacional de Mulheres em Vida) – procura responder às necessidades culturais, socio-económicas e psicológicas de mulheres vulneráveis, e muitas vezes pobres, e às das pessoas a seu cargo.

A um nível mais vasto, existe a ramificação africana da GNP+ (Rede Mundial de Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA) que está sedeadada em Nairobi. Com o nome de RAP+ (Rede Africana de Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA), este organismo procura reforçar o papel das redes nacionais de sensibilização no que respeita aos direitos das pessoas com o HIV.

No Zimbabwé, The Centre foi criado em 1994 por PVHS a fim de promover serviços de saúde e de aconselhamento e de apoiar uma rede acabada de nascer, a ZNNP+ (Rede de Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA no Zimbabwé). Hoje, a ZNNP+ agrega centenas de membros em grupos de apoio espalhados por todo o país e, tal como na África do Sul, uma rede independente, destinada às mulheres, está em vias de ser criada para responder às suas necessidades específicas.

Os grupos informais não dispõem geralmente de dados exactos sobre custos e eficácia mas têm tendência para ter custos operacionais inferiores porque são mais informais, baseiam-se na compreensão mútua e porque têm menos custos organizacionais e administrativos. Estes grupos podem constituir uma fonte essencial de apoio nas comunidades marcadas pela epidemia do SIDA. Com efeito, eles dão uma contribuição importante ao nível da produção agrícola, tanto no que respeita a mão-de-obra como em resposta às necessidades em capitais e alimentos. Além destas ajudas materiais, os grupos informais prestam um apoio psico-social fundamental.

Dado que o número de falecimentos ligados ao SIDA aumenta, as estratégias locais actualmente em vigor estão sujeitas a pressões cada vez mais fortes e torna-se necessário elaborar políticas e programas capazes de prestar apoio quando as estratégias existentes passarem a ser insuficientes. A documentação consultada não fornece muitas informações empíricas acerca da proporção de PVHS que são membros dos grupos de entajuda. Também não permite saber-se até que ponto estes conseguem enfrentar o impacto do HIV/SIDA antes de acabarem. Certos autores (Webb, 1995; Sabatier, 1997) indicam que há comunidades que já não conseguem enfrentá-lo, nomeadamente no que respeita a absorver os órfãos do SIDA. Isto é verdadeiro sobretudo nas comunidades onde o número de órfãos cresceu brutalmente e atingiu níveis que tendem a ultrapassar a capacidade de absorção da comunidade. A seca e o declínio económico são factores de enfraquecimento da capacidade de resposta da comunidade. Contudo, não é possível determinar o limiar exacto a partir do qual a comunidade começa a sentir-se ultrapassada, como não se pode determinar o tipo de acção de resposta que desaparece primeiro. Estas questões mereciam mais investigação.

## *5.2 As organizações formais de base comunitária*

Muitos dos programas de base comunitária que assistem pessoas afectadas pelo HIV/SIDA são desenvolvidos e geridos por organizações de base comunitária. Geralmente, estas organizações procuram ser democráticas; representam os interesses dos seus membros e prestam-lhes contas. Constituíram-se em consequência de experiências comuns. Em certos lugares onde a cooperação entre os diferentes agregados familiares não é habitual, houve ONG que facilitaram o desenvolvimento de grupos de entajuda, os quais são uma espécie de organizações de base comunitária. Estes grupos são geralmente locais mas podem expandir-se e tornar-se verdadeiras redes de organizações locais. Em 1993, o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) estimava que existiam pelo menos 100 000 organizações de base comunitária no mundo inteiro (Hunter e Williamson, 1997).

Os organismos que trabalham com organizações de base comunitária em certos países incluem: ActionAid, InterAid, PLAN, SIDA, HIVOS, GTZ, DANIDA, OXFAM, União Europeia, Catholic Relief Services, NORAD, UNICEF, USAID, Cruz Vermelha e World Vision. As actividades das organizações de base comunitária e das organizações de ajuda aos doentes do SIDA variam de um país para o outro, indo desde os cuidados ao domicílio ao apoio psicológico, passando pela assistência material. Na zonas rurais do sul do Uganda, a World Vision encorajou a formação de pequenos grupos de entajuda que trabalham em meio agrícola e em actividades não agrícolas geradoras de rendimentos tais como o artesanato, a apicultura, a marcenaria, a costura e a construção.

Em Kagera, Tanzania, a WAMATA (organização local de assistência aos sobreviventes composta de voluntários e sem fins lucrativos) está aberta a todos os doentes de HIV/SIDA e a todos os que ajudam um amigo ou parente doente. Os membros contribuem com pequenas somas em

dinheiro ou oferecem um pouco de comida às famílias afectadas pelo SIDA mais necessitadas. Repararam casas e levam produtos médicos do dispensário local às pessoas acamadas. No entanto, estes programas possuem recursos locais limitados para manter os serviços e precisam de apoio exterior, o qual assume a forma de participação nas despesas de propinas escolares, de alimentos, de uniformes, de vestuário, de lençóis e de mantas, bem como de fundos de maneio que permitam às famílias afectadas pelo SIDA iniciar projectos como a produção de legumes, a criação de aves e de gado, carpintaria e costura.

Na África do Sul, a SAFO (Sociedade de Ajuda às Famílias e aos Órfãos) foi formada no Soweto em 1992 com o objectivo de fornecer cuidados e apoio a famílias afectadas (Gilks et al., 1998). Muitas organizações de base comunitária funcionam graças a numerosos voluntários e a alguns empregados remunerados. O Anexo 1 apresenta uma selecção de grupos comunitários de entreajuda que são apoiados pela ActionAid do Uganda. Os Anexos 2, 3 e 4 apresentam algumas das actividades principais das organizações de base comunitária, da região de Kagera, na Tanzania, e das zonas rurais do Zimbabwé e do Quénia.

Certas organizações de base comunitária cresceram e tornaram-se ONG, como a TASO (Organização de Ajuda aos Doentes de SIDA), no Uganda. A TASO começou por ser uma pequena organização de base comunitária que nasceu em 1987 em Kampala. Hoje, está espalhada por seis locais cobrindo a região sudeste do Uganda e serve, simultaneamente, zonas rurais e urbanas. O seu pessoal é constituído por 150 empregados e 2 000 voluntários. A TASO presta uma gama de serviços que inclui aconselhamento, creches, tratamentos e cuidados, cuidados ao domicílio, apoio social, como o pagamento de propinas escolares de crianças necessitadas, e actividades geradoras de rendimentos tais como a costura, a criação de porcos, a cultura de bananas e de legumes. De acordo com uma avaliação da TASO efectuada em 1994, o tratamento e os cuidados (incluindo o aconselhamento e os cuidados de enfermagem) são mencionados por 86 % dos 619 utentes inquiridos como sendo os serviços da TASO mais úteis; 10 % mencionam o apoio social e 4 % diferentes outros serviços (TASO, 1994). Os seus principais patrocinadores incluem a ActionAid, DANIDA, USAID, DFID e AusAID.

Embora possa parecer mais fácil obter dados sobre os custos e a relação custo-eficácia das organizações de base comunitária que são apoiadas por agências de desenvolvimento exteriores - visto que são mais formais - a recolha de informação sobre este assunto revelou-se tarefa difícil. A avaliação de 1994 da TASO não dá qualquer informação sobre os custos ou a relação custo-eficácia das actividades da TASO. A avaliação dos programas de base comunitária efectuada em 1998 pela ActionAid's Strategies for Action no Uganda e no Malawi também não fornece informação sobre os custos ou a relação custo-eficácia das actividades de apoio de base comunitária.

### *5.2.1 O apoio às crianças e aos órfãos*

Duas das formas essenciais de apoio aos órfãos que se encontram em situação particularmente difícil são, por um lado, a ajuda institucional, como seja o internamento em orfanatos e, por outro lado, o acolhimento ou a adopção tradicionais pelos membros da família e da comunidade. A secção seguinte analisa, para começar, os programas que se destinam a reforçar o acolhimento tradicional e os cuidados por parte da família alargada e da comunidade e, em seguida, debruça-se sobre os programas de ajuda institucional.

Tradicionalmente, considera-se que a família alargada e a comunidade no seu todo apoiam o agregado familiar económica, psicológica e emocionalmente. Trata-se de uma prática comum na maior parte da África Oriental e Austral. No entanto, a documentação mostra que, à medida que aumenta

o número de agregados familiares afectados pela epidemia de SIDA, certas comunidades já não conseguem absorver todos os órfãos do SIDA. As causas disso são a falta de recursos, a urbanização e a migração (Webb, 1997). Estas carências são visíveis, por exemplo, no facto de existirem agregados familiares cujo chefe de família é uma criança e que não beneficiam de qualquer ajuda ou, como mostra o estudo de Kagera promovido pelo Banco Mundial, pelo desaparecimento de certos agregados familiares. Contudo, muitas organizações de base comunitária que se dedicam à ajuda a órfãos foram criadas à medida que o número de órfãos aumenta.

O estabelecimento de uma ajuda à prestação de cuidados a crianças e a órfãos na comunidade é ilustrado por estudos de caso provenientes do Zimbabwé, do Malawi e da Tanzânia que são relatados no Painel 2. Quando os órfãos não beneficiam da rede de segurança que a família alargada representa, as instituições de acolhimento ou os orfanatos constituem o último recurso para se responder às suas necessidades. Os orfanatos são, por vezes, geridos por igrejas, particularmente os que são destinados a crianças de menos de três anos, ou por ONG, governos ou privados. Dado que o número de crianças órfãs do SIDA aumenta, é provável que a necessidade de orfanatos venha a crescer.

A documentação revela que os orfanatos têm pouca probabilidade de ser financeiramente sustentáveis em virtude do peso enorme e prolongado no tempo que representam para a Assistência Social ou para outros organismos responsáveis pelo seu funcionamento. Segundo Ainsworth e Over (1997), o custo de uma criança acolhida num orfanato é cerca de oito vezes maior do que o de uma criança acolhida por uma família. As múltiplas exigências de que se reveste a guarda de crianças impõem uma ratio criança/encarregado de cuidar dela que é menor nas instituições (Powell et al., 1994). Este estudo nacional efectuado no Zimbabwé acerca de instituições de acolhimento de crianças mostrou que as crianças mais pequenas que se encontram nos orfanatos correm um risco superior de contrair infecções recorrentes. O relatório elaborado por Powell indica que um inquérito sobre dois orfanatos que acolhem 100 crianças no total mostrou que 42 delas tinham estado hospitalizadas uma vez e 26 delas duas ou mais vezes. É também claro que os orfanatos raramente vão ao encontro dos interesses da criança, quer no plano económico quer no social.

### Painel 2: Estudos de casos sobre apoio a órfãos

*No Zimbabwé, o programa de base comunitária FOCUS (Programa de Ajuda às Famílias, aos Órfãos e às Crianças em Dificuldade) foi lançado em 1993, numa zona rural, por uma igreja local, com o apoio técnico da FACT (Associação de Ajuda às Famílias Atingidas pelo SIDA), de Mutare. As actividades principais do projecto compreendem o recrutamento de voluntários no seio da comunidade para identificar órfãos, registá-los e fazer-lhes visitas, num raio de dois quilómetros em torno do seu domicílio. Os voluntários recebem uma formação básica e duas vezes por mês vão visitar os agregados familiares onde vivem órfãos. Os órfãos que vivem em condições mais difíceis, como os que se encontram em lares cujo chefe de família é uma criança, recebem visitas todas as semanas. Os órfãos são apoiados materialmente através de insumos agrícolas (sementes de milho e fertilizantes, por exem-*

*plo), pagamento de propinas da escola primária, alimentos e mantas.*

*Entre as outras actividades realizadas pela FOCUS encontra-se: apoio ao amanho da terra pertencente aos órfãos, reparação de casas, cuidados de saúde, guarda de crianças, subsídios e criação de actividades geradoras de receitas. Este último ponto compreende o fornecimento de bens materiais a projectos de base comunitária, tais como a criação de aves e a horticultura. O rendimento resultante dos projectos geradores de receitas reverte para a ajuda às famílias necessitadas. O apoio psico-social é prestado através de actividades culturais e desportivas que se realizam frequentemente. O programa FOCUS não faz distinção entre órfãos do SIDA e os outros órfãos. Tenta prestar ajuda a quem dela mais necessita. Pode também apoiar crianças que não são órfãs em casos excepcionais de aflição.*

*Em 1998, o programa FOCUS contava com 137 voluntários espalhados por cinco localidades rurais e uma zona residencial urbana densamente povoada, em Mutare. O programa cobre um total de 50 000 agregados familiares e presta ajuda a 1 200 órfãos. O custo total do programa FOCUS é de 1150 dólares americanos por mês, dos quais 44 % são destinados a despesas administrativas da FACT e 56 % às despesas directas do programa (78 % para assistência material aos órfãos, 13 % para reembolso das despesas dos voluntários e para uniformes, 9 % para formação e despesas com reuniões). (Foster e Makufa, 1998). Os voluntários só recebem incentivos mínimos: uniformes, 10 dólares americanos de presente de Natal e formação. O programa FOCUS é utilizado noutras províncias do país e outros programas foram lançados na Zâmbia, no Quênia e no Malawi, na sequência de visitas aos locais onde a FOCUS está presente, no âmbito do programa regional de formação da FACT.*

*No Malawi, o programa COPE da Save the Children Federation USA representa igualmente um bom exemplo de projecto elaborado com vista ao reforço da capacidade da comunidade. O objectivo da intervenção do COPE é mobilizar a acção comunitária para a atenuação do impacto do HIV/SIDA nas famílias e nas crianças. A primeira fase compreendia a elaboração de uma estratégia de programação; esta etapa consistiu nomeadamente na formação de agrupamentos vocacionados para os cuidados comunitários, que reuniam o governo, responsáveis religiosos, empresários, os anciãos da comunidade e outras pessoas chave, a fim de responder às necessidades das famílias em matéria de saúde e de problemas económicos e psicológicos. A segunda fase do programa incluía o reforço da capacidade destes agrupamentos identificarem e mobilizarem os recursos internos, de acederem a recursos externos e de coordenarem as organizações de base comunitária que levariam a iniciativa por diante.*

*Os comités de luta contra o impacto do SIDA ao nível da comunidade conseguiram identificar, monitorar e apoiar os órfãos e outras crianças vulneráveis ao ajudarem alguns deles a voltar para a escola e ao fornecerem-lhes assistência material sob a forma de uniformes escolares, vestuário, milho, arroz, sabão e material didáctico. Estas mesmas organizações comunitárias conseguiram reunir fundos graças a hortas comunitárias, efectuando trabalhos remunerados em pequenas*

*machambas pertencentes a agricultores e realizando cortejos humanitários. As pessoas encarregadas da guarda de crianças beneficiavam de ajuda sob a forma de insumos agrícolas e de conselhos técnicos por intermédio dos comités de luta contra o impacto do SIDA ao nível da aldeia. As outras realizações dos comités de luta contra o impacto do SIDA ao nível das aldeias incluem a formação de clubes de jovens implicados na promoção da prevenção do HIV e nos trabalhos de prestação de cuidados, em sistemas de base comunitária de guarda de crianças e em actividades recreativas estruturadas destinadas às crianças. As características mais notáveis deste programa são, por um lado, a criação de parcerias entre o sector público e privado e, por outro lado, o facto de a COPE ter agido como simples mediadora que facilitou o estabelecimento do projecto. No fim do ciclo previsto para o projecto, os trabalhadores agrícolas da COPE foram retirados das aldeias e das comunidades que foram consideradas auto-suficientes (Krift e Phriri, 1998).*

*No Malawi, certas organizações de base comunitária começam a oferecer uma educação informal aos órfãos. Por exemplo, a Chifundo Orphan Home, no distrito de Manase, foi criada por mulheres que queriam ajudar os órfãos a continuar a receber educação. Esta instituição pediu ao chefe da aldeia que lhe indicasse quais eram os órfãos que não iam à escola.*

*Na região de Kagera, na Tanzânia, 12 organizações de base comunitária e ONG internacionais prestam ajuda a cerca de 47 % dos órfãos. Parece que a ajuda exterior gera uma certa dependência: as pessoas ou as comunidades têm tendência para ficar à espera que ONG exteriores venham prestar-lhes ajuda. O Projecto de Ajuda aos Órfãos UKIMWI fornece uma assistência limitada às comunidades para as ajudar a resolver os seus próprios problemas de órfãos. Os recursos das famílias e das comunidades são mobilizados em primeiro lugar para aumentar a produção de alimentos, o que inclui o cultivo das terras e a criação de duas vacas, assim como culturas de rendimento como as de bananas ou café. As outras actividades consistem na organização de apoio comunitário com vista à reparação de casas de órfãos, ao pagamento de propinas escolares de um certo número de órfãos, a prestação de assistência médica aos órfãos e à implementação de actividades geradoras de rendimentos destinadas a grupos de mulheres ou a órfãos (costura, remendos, cestaria, etc.). (Ng'weshemi et al., 1997)*

Mukoyogo e Williams (1991) observaram que, na Tanzania, quando as crianças deixam a sua aldeia, perdem o direito de herdar a terra dos seus pais e deixam de ter o sentimento de pertença. Têm igualmente que enfrentar problemas de socialização e a perda das suas raízes culturais - e a experiência mostra que as consequências dessas situações a longo prazo são extremamente nefastas pois engendram adultos mal adaptados que vão perpetuar a epidemia. As crianças albergadas em orfanatos não estão completamente integradas na comunidade porque estas instituições estão estruturadas como comunidades isoladas onde a integração só se verifica no âmbito escolar (Powell et al., 1994). O facto de se levar a ajuda directamente à comunidade é mais eficaz, embora os governos tenham dificuldade em determinar quais as famílias de órfãos mais necessitadas. Como já dissemos, as organizações de base comunitária desempenham um papel fundamental.

### 5.2.2 Projectos geradores de receitas

As ONG locais e as que recebem fundos internacionais procuram melhorar os rendimentos dos membros da comunidade apoiando projectos geradores de rendimentos que sejam susceptíveis de atenuar os efeitos do HIV/SIDA. As ONG podem actuar por intermédio de organizações de base comunitária e oferecer ajuda a projectos geradores de receitas - quer individuais quer de grupo. No Uganda, as organizações de base comunitária apoiadas pela ActionAid tendem a ser constituídas por pessoas de características variadas (por exemplo, viúvas, pessoas vivendo com o SIDA e mulheres). Por outro lado, há indivíduos no seio das organizações de base comunitária que administram projectos geradores de receitas. Asingwire et al. (1998) avaliaram cinco organizações de base comunitária directamente apoiadas pela ActionAid Uganda. Tratava-se da NACWOLA, GASCO, TASO Kumi, STOGA e KISA. As actividades geradoras de rendimentos levadas a cabo por estas organizações de base comunitária estão expostas no Quadro 5.

**Quadro 5: Actividades levadas a cabo por organizações de base comunitária no âmbito de projectos geradores de receitas no Uganda**

<b>Projecto gerador de rendimentos visando grupos</b>	<b>Projecto gerador de rendimentos para indivíduos</b>
NACWOLA	TASO Kumi
Criação de coelhos - Costura	Criação de cabritos
TASO Kumi	STOGA
Agricultura, venda de produtos agrícolas, restaurante, criação de cabritos	Fundo de maneo
GASCO	KISA
Criação de porcos	Fundo de maneo

As avaliações efectuadas por Asingwire et al. mostram que a criação de coelhos não parece constituir um empreendimento muito lucrativo para pessoas vivendo com o HIV/SIDA. A NACWOLA é uma ONG nacional fundada em 1991 por mulheres que vivem com o SIDA. Na altura da avaliação de Asingwire et al., o projecto funcionava há cerca de 10 meses e nenhum dos seus membros tinha ainda tirado dele o menor proveito em termos de rendimento, embora eles tivessem consagrado tempo, dinheiro e trabalho à criação dos coelhos. Não obstante esta reserva, verificaram-se algumas vantagens na medida em que o grupo ofereceu um forte apoio psico-social às pessoas vivendo com o HIV/SIDA.

A criação de cabritos, projecto levado a cabo pela TASO Kumi, provou não ter interesse para as PVHS, por causa da sua própria natureza. São precisos dois anos até que a pessoa vivendo com o HIV/SIDA consiga tirar proveito da venda de cabritos e, como os beneficiários recebiam cabritos muito jovens, a criação destes representava um grande peso sobre os seus ombros. Grande número de PVHS adoeciam ou morriam antes de realizarem o mais pequeno lucro.

O fundo de maneio da KISA foi um fracasso porque os montantes dos empréstimos eram demasiado pequenos e repartidos por numerosos membros. Em contrapartida, o fundo da STOGA foi um verdadeiro sucesso e serviu de modelo para outras organizações de base comunitária. Os membros da STOGA decidiram não atribuir empréstimos muito pequenos adoptando uma fórmula que consiste em seleccionar apenas um número muito pequeno de beneficiários no início. Estes raros membros, mulheres unicamente, conseguiram devolver os créditos recebidos a tempo para que outros membros pudessem deles beneficiar por sua vez. Além disso o grupo desenvolve uma actividade de proximidade, isto é, dá espectáculos de teatro que rendem dinheiro, o qual é repartido por todos. Se um dos membros deixa de pagar de vez, recebe somas mais pequenas no momento da partilha, pois deduz-se-lhe uma parte para compensar as contribuições que ela não efectuou.

Ao longo dos seus trabalhos, Asingwire et al. indicam que os projectos de grupos se deparam por vezes com problemas quando não têm um responsável específico do projecto. Os projectos de grupos devem, no entanto, ser encorajados junto das pessoas vivendo com o HIV/SIDA, devido à satisfação que eles lhes dão e à importância que tem para elas o facto de se encontrarem umas com as outras e de partilharem as suas experiências. Asingwire et al. recomendam que os projectos geradores de rendimentos individuais sejam encorajados junto de pessoas que não vivem com o HIV/SIDA. Quando criam os seus "próprios" projectos, os indivíduos são mais propensos a empenhar-se completamente do que quando fazem parte de um grupo. As experiências referentes a projectos geradores de receitas no Malawi são semelhantes, como o Paine 3 ilustra.

No Uganda, no âmbito do projecto «Zero Grazing Heifer Project» as famílias receberam uma vaca prestes a parir, de maneira a poderem beneficiar da produção de leite. A família torna-se dona da vaca logo que esta dê à luz uma cria fêmea, a qual é levada para que o ciclo possa continuar. Enquanto que o projecto foi um êxito quando se tratou de empréstimos em dinheiro, quando está em jogo um bem indivisível como o é uma vaca, a vulnerabilidade da família pode tornar-se maior se esta se confrontar com uma situação de aflição na qual a venda do animal se transforma numa verdadeira catástrofe (Kezaala e Bataringaya, 1998).

### **Paine 3: A experiência da ActionAid com projectos geradores de receitas no Malawi**

*Em 1996, a ActionAid Malawi lançou um projecto-piloto dirigido a órfãos, doentes crónicos e pessoas vivendo com o SIDA. Graças a um financiamento da UNICEF, a ActionAid proporcionou o desenvolvimento do potencial de acção de organizações de base comunitária a fim de facilitar a formação de poupanças de rotação funcionais e de sistemas de crédito. As subvenções e os pequenos empréstimos podem ser utilizados para projectos como:*

- *Produção e fabricação em pequena escala na área da costura, panificação, tecelagem,*

*trabalho do couro, preparação de alimentos.*

- *Actividades agrícolas como a produção de aves, de ovos, de frangos, horticultura, etc.*
- *Prestação de serviços como sapataria, reparação de bicicletas, gestão de salões de chá.*
- *Pequeno comércio: compra e venda de diversos produtos como feijão e milho.*
- *Pesca.*

*Os membros de um grupo funcional podem obter empréstimos na qualidade de grupo ou a tí-*

tulo individual mas comprometem-se a reembolsar os seus empréstimos rapidamente, de maneira a manter-se o fundo de rotação. O montante emprestado inicialmente era de 400 MK (kwacha malawiana) mas, posteriormente, os membros podiam receber até 1500 MK por pessoa. O grupo de apoio determina o montante máximo que se pode pedir emprestado baseando-se na capacidade que os beneficiários têm de devolver o dinheiro. O dinheiro é emprestado sem que se tenha que apresentar garantias. As taxas de juro vão de 10 a 20 % por ano. Os prazos de reembolso variam de um grupo para outro. No seu conjunto, os reembolsos foram honrados. Uma mulher Zomba cuja actividade é a britagem de pedra reembolsou o seu empréstimo num mês e obteve um empréstimo maior que lhe permitiu aumentar a dimensão do negócio. Um certo número de organizações de base comunitária como a NASO, de Nkhotakota, obteve o reembolso de 85 % das somas emprestadas a indivíduos e estão em condições de conceder uma segunda série de empréstimos.

O projecto pretende alcançar os seguintes objectivos: abranger 3000 órfãos vivendo em 756 agregados familiares, ajudar 62 pessoas vivendo com o HIV/SIDA e que receberam fundos para levar a cabo projectos geradores de rendimentos, assegurar a formação e a gestão dos voluntários que animam os grupos de apoio. Os principais problemas que se encontrou foram queixas segundo as quais o montante dos empréstimos era demasiado pequeno para o tipo de activida-

des que os beneficiários queriam empreender e o facto de certos beneficiários não terem competências suficientes para levarem a cabo um projecto gerador de rendimentos, embora já tenham adquirido alguns conhecimentos e aptidões.

Os principais ensinamentos a tirar da experiência são:

- Os projectos individuais são melhor geridos do que os projectos de grupo pois são melhor acompanhados quando uma só pessoa é responsável pela gestão do projecto.
- As actividades geradoras de receitas que são administradas localmente pela comunidade e que se regem por regras próprias são mais benéficas e têm menos custos. É importante que as comunidades possuam os seus próprios sistemas de crédito pois isso garante a sua sustentabilidade.
- Um programa de crédito e de poupança que se apoia na participação comunitária e num espírito de voluntariado tem mais hipóteses de sustentabilidade do que um projecto cujo funcionamento diário depende de um funcionário.
- Um programa cujo alvo seja a unidade familiar estará mais apto a responder às necessidades dos beneficiários.

Adaptado de: Khonyongwa (ActionAid Malawi), 1998.

Nas regiões rurais da Zâmbia, as estratégias de resposta estão ligadas às actividades agrícolas e ao fabrico de cerveja. Sendo os mercados limitados, a compra e venda de bens é uma actividade menos importante. Os projectos agrícolas comunitários de pequena escala são geridos de maneira que os lucros vão para as pessoas que deles mais precisam, sendo estas definidas pelo comité de gestão do projecto (Webb, 1995).

O estudo efectuado no terreno, em Mpongwe, na Zâmbia, pela FAO, mostra que o empréstimo de gado é uma intervenção importante que reforça as acções de resposta dos agregados familiares e da comunidade, particularmente as das mulheres. O micro-crédito é deliberadamente apresentado de maneira a atrair as mulheres pois são elas quem apresenta a maior taxa de reembolso no mundo inteiro (Hunter e Williamson, 1998). A experiência mostrou igualmente que as mulheres utilizam mais os seus rendimentos para contribuir para as necessidades imediatas das crianças.

Na documentação consultada, os custos e a eficácia dos projectos geradores de rendimentos não são mencionados. A avaliação de projectos geradores de receitas efectuada por Asingwire et al. no Uganda, em 1998, não refere os custos e a eficácia desses projectos. Segundo Sabatier (1997), as ONG que se ocupam do SIDA têm economias de escala pequenas e os custos administrativos e despesas correntes absorvem a maior parte dos seus orçamentos. Em certos casos, acontece mesmo que o que chega efectivamente aos beneficiários visados seja menos de 20% do orçamento. Isto foi confirmado no que se refere às ajudas de natureza muito pessoal, como os cuidados ao domicílio (que são estudados na secção seguinte), o aconselhamento e o apoio em período de crise. O facto de os programas serem mais centrados na comunidade torna-os menos dispendiosos e mais eficazes. Semelhante falta de dados observa-se no que respeita a publicações sobre ONG envolvidas no trabalho de atenuação do impacto. Há indícios de que certos projectos geradores de rendimentos particularmente orientados para grupos oferecem mais vantagens psicológicas do que materiais. Verifica-se igualmente que a implementação de projectos geradores de rendimentos faz aumentar a auto-estima, pois os seus membros ficam demasiado ocupados para sentirem pena de si próprios (Julian et al., 1996).

Certos estudos salientam a necessidade de se avaliar cuidadosamente a relevância de qualquer projecto gerador de rendimentos antes de introduzi-lo na comunidade, para se saber se ele se coaduna com as competências e os recursos da comunidade. A avaliação de um projecto agrícola de cultura da baunilha no distrito de Mukono, no Uganda, revelou que o projecto não era viável por não existir mercado para este produto (Kezaala et al., 1998). A falta de competências e de conhecimentos adequados são identificados em vários estudos como a principal razão de fracasso. "As boas intenções, uma pequena injeção de capital e umas lições rápidas não conseguem fabricar alfaiates, criadores de aves e padeiros" (Jackson et al., 1993). As intervenções que são bem avaliadas, de baixo custo e que são elaboradas com base nos recursos, competências e necessidades da comunidade têm mais hipóteses de êxito. Todavia, Jackson et al. chamam a atenção para as dificuldades inerentes à criação de projectos baseados exclusivamente em critérios de rentabilidade e de geração de rendimentos. Se a rentabilidade não for o fim em vista, tal deve ficar perfeitamente claro desde o início, para que os participantes não acalentem esperanças vãs e ideias erradas.

### *5.3 Programas de tratamento e de cuidados ao domicílio*

Os programas de cuidados ao domicílio para pessoas vivendo com o HIV/SIDA ou com outras necessidades de saúde desenvolvem-se rapidamente na África Sub-sahariana em resposta ao impacto do HIV/SIDA. Isto acontece porque os hospitais e as outras unidades sanitárias oficiais não conseguem dar conta da procura crescente num momento em que os seus orçamentos reais estão a diminuir devido a medidas de ajustamento económico estrutural. Na pior das hipóteses, os cuidados ao domicílio são sinónimo de desleixo, mas quando são prestados correctamente, podem ajudar os pacientes a viver com a sua doença e a morrer com certa dignidade e aconchego, num ambiente familiar, rodeados dos seus próximos. Osborne et al. descrevem diferentes modelos de cuidados ao domicílio (desde a deslocação de serviços hospitalares ao domicílio até sistemas geridos por ONG e organizações de base comunitária geridas por PVHS) e comparam as suas vantagens. Estes autores (e ainda outros, como Woelk et al., 1997) notam que as principais dificuldades na prestação de cuidados ao domicílio referem-se aos custos e à sustentabilidade a longo prazo, à qualidade dos serviços e à cobertura das necessidades. Foster et al. (1993) calculam que, na melhor das hipóteses, são cobertas 10 % das necessidades, e, muitas vezes, menos do que isso. Os primeiros programas de cuidados ao domicílio no Uganda, na Zâmbia e no Zimbabué foram criados por hospitais mas verificou-se que 75 %

do tempo de trabalho do pessoal hospitalar era gasto nas deslocações ao domicílio dos pacientes das zonas rurais, o que era muito dispendioso para os hospitais.

O estudo patrocinado pela OMS em 1993 (OMS, 1994) na Zâmbia mostra que o custo médio de uma visita ao domicílio de uma equipa de três pessoas é de 26 dólares americanos e conclui que os cuidados ao domicílio são um serviço dispendioso em dinheiro e em horas de trabalho mas que pode ser eficaz se as comunidades nele tiverem uma maior participação. Num outro estudo, Gilks et al. (1998) concluem igualmente que as unidades de cuidados ao domicílio geridas por hospitais não são rentáveis pois são dispendiosas e não conseguem abranger todas as pessoas que delas precisam. No início dos anos noventa, os programas de cuidados ao domicílio, mantidos por hospitais começaram a funcionar em colaboração mais estreita com voluntários baseados nas comunidades e provenientes de igrejas e outros grupos sociais. Os programas de base comunitária em que participam voluntários locais que efectuem visitas ao domicílio são mais rentáveis e as equipas baseadas na comunidade têm a possibilidade de consagrar mais tempo aos pacientes do que o pessoal que vem dos hospitais.

O estudo dedicado aos cuidados ao domicílio na Zâmbia, efectuado por Woelk et al. (1997), embora se baseie numa amostra de pequena dimensão que não é forçosamente representativa, mostra que o custo dos cuidados ao domicílio geridos pela comunidade é claramente mais elevado nas zonas rurais do que nas zonas urbanas, principalmente por causa dos custos maiores de transporte (42 dólares americanos por visita nas zonas rurais contra 16 por visita nas zonas urbanas). Os salários e o transporte representam a maior parte dos custos (de 78 % a 90 %). Os autores concluem que é essencial que os programas aumentem a participação das comunidades e desenvolvam o sentimento de serem pertença da comunidade para que os custos sejam minimizados.

Numerosos programas comunitários de cuidados ao domicílio assumem a forma de cuidados médicos e de enfermagem, assistência material, bem como de apoio social, espiritual e emocional. No entanto, seria um erro supor que há recursos disponíveis para enfrentar as necessidades em materiais e medicamentos. Nem sempre assim é nas zonas rurais pobres e isso pode tornar-se um grande obstáculo ao funcionamento de programas comunitários de cuidados ao domicílio. Um outro grande obstáculo reside no facto de o aumento do número de pessoas que precisa de cuidados ao domicílio poder atingir um nível que ultrapasse a capacidade dos serviços de cuidados ao domicílio da comunidade.

Gilks et al. (1998) indicam que o custo do programa de cuidados ao domicílio Chikankata, em meio rural na Zâmbia, é de cerca de 1000 dólares americanos por beneficiário. Os custos mais elevados são os das despesas de transporte. O hospital de Chikankata é um hospital apoiado pelo Exército de Salvação que serve uma população rural de cerca de 100 000 pessoas. Por comparação, os custos dos programas de cuidados ao domicílio da Diocese católica do Copperbelt, na Zâmbia, são modestos em relação ao número de beneficiários que servem. Uma análise dos custos dos programas (com excepção dos de ajuda a órfãos) da localidade de Ipusukilo, ao longo de um período de 24 meses, de 1996 a 1998, mostra que as despesas médias mensais eram de 2216 dólares americanos por 400 doentes - ou 3600 pessoas se se levar em conta os membros do agregado familiar. A maior parcela destas despesas era a da ajuda social às famílias (vestuário, alimentação, mantas, lençóis), a qual representava 39 % do dinheiro gasto. Vinham a seguir os medicamentos e os equipamentos com 21 % (Blinkhoff et al., 1999). A avaliação dos programas de cuidados ao domicílio na Zâmbia está descrita no Painel 4; a conclusão do estudo referido é que os cuidados ao domicílio alicerçados na comunidade podem reduzir substancialmente o custo do programa. Eles proporcionam uma grande redução nas despesas de transporte e de pessoal e permitem que uma maior proporção dos fundos vá beneficiar directamente os doentes e suas famílias.

### 5.4 Mudanças ao nível das regras e dos valores culturais

No contexto africano, dado que cada vez mais pessoas morrem de SIDA, as comunidades têm de renunciar às práticas tradicionais do luto. Hoje, numerosas comunidades não têm recursos materiais e humanos para continuar a respeitar as práticas rituais e tiveram, por isso, de efectuar rápidas adaptações. Os ritos funerários africanos pressupõem geralmente que o corpo seja levado para casa e aí fique pelo menos uma noite, que seja lavado, exposto publicamente, que se faça uma cerimónia de enterro, que haja uma grande refeição para as pessoas que participam no funeral e um período de luto de uma semana durante o qual os amigos e os parentes dormem em casa do defunto e em torno dela (McNeil, 1999). Vários estudos indicam que a duração dos períodos de luto passou de sete para dois ou três dias para os adultos e de três para dois dias para as crianças (Lwihula, 1998; SAfAIDS, no prelo; Kilonzo et al., 1996). No Uganda, o costume de não se trabalhar na machamba durante os quatro dias que se seguem ao falecimento de um vizinho, em sinal de respeito, foi abandonado. "Agora não podemos dar-nos ao luxo de fazer isso, se não, não temos nada para comer" - Dr. D Kabatesi, responsável pelo Projecto Theta de educação sobre o SIDA (McNeil, 1999).

Certos estudos indicam igualmente que se verificam mudanças em algumas práticas culturais tradicionais que contribuem para a transmissão do HIV. Por exemplo, num estudo efectuado na Zâmbia pela SAfAIDS (no prelo), a purificação ritual que consistia em ter relações sexuais com a mulher que enviuvava é actualmente pouco praticada, sobretudo quando se supõe que a causa do falecimento do marido tenha sido o SIDA. Agora, o ritual consiste mais em atar um colar de missangas à volta da cintura da viúva e em pintalgá-la com papa de farinha. A viúva não pode voltar a casar ou ter relações sexuais até que o colar caia por si, sob pena de morrer ou de ficar louca.

Certas comunidades esforçam-se por proteger a herança das viúvas e das crianças para evitar que seja confiscada pela família do defunto marido. Elas trabalham neste sentido em colaboração com os dirigentes comunitários.

#### Painel 4: Custo e eficácia dos cuidados ao domicílio na Zâmbia

*Na Zâmbia, o SIDA é já a primeira causa de falecimento de adultos hospitalizados. As projecções para 1998 referentes à infecção pelo HIV elevam-se a 1,8 milhões de pessoas, ou seja, quase 28 % da população total. A grande maioria das pessoas infectadas, num momento ou outro da sua doença, vão recorrer aos cuidados de saúde e a necessidade de camas de hospital vai crescer cerca de 20 % por ano ao longo dos próximos dez anos. Pensa-se que, até 2010, as PVHS ocuparão 90 % das 25 000 camas dos hospitais.*

*Quarenta e sete programas de cuidados ao domicílio foram criados desde 1987 para prestarem serviços às PVHS no seio das suas comunidades. Além disso, o governo zambiano reagiu integrando os cuidados ao domicílio na sua es-*

*tratégia de saúde. Para isso pediu às direcções distritais de saúde que apoiassem os cuidados ao domicílio e encorajou os programas de cuidados ao domicílio a melhorar a sua eficácia por intermédio de uma maior integração sua nos sistemas de cuidados de saúde comunitários.*

*Foi efectuado um estudo para examinar certos programas de cuidados ao domicílio criados por hospitais e comunidades. Efectuaram-se comparações gerais entre estes dois tipos essenciais de infra-estruturas a fim de se conhecer a sua eficácia relativa e o seu grau de sucesso no que respeita à sua integração nos sistemas de cuidados de saúde existentes. O custo por casa visitada varia de maneira significativa, indo de 10 a 40 dólares americanos para os programas lançados pelos hospitais (por causa das diferenças entre*

as estruturas, os serviços e a produtividade destes programas) a 2 dólares americanos para os programas de base comunitária. Os principais custos incluem o transporte, os fornecimentos, os salários e a formação. Os custos hospitalares variam entre 3 e 8 dólares americanos por dia. Contudo, nem os custos assumidos pelas famílias que visitam os doentes nem as perdas de oportunidades puderam ser calculados.

A conclusão essencial deste estudo é que, embora seja necessário um financiamento externo, o princípio dos cuidados ao domicílio na Zâmbia deve continuar a ser apoiado e intensificado. Os programas de cuidados ao domicílio na Zâmbia são exemplares e constituem uma fonte de inspiração para o resto do mundo. Levaram indubitavelmente a milhares de PVHS, às suas famílias e às comunidades, serviços e reconforto inestimáveis. Todavia, é urgente melhorar a eficácia e diminuir os custos associados aos serviços de cuidados actuais, tal como são prestados em certos países.

O recurso mais frequente a cuidados ao domicílio poderia aliviar a pressão que se sente nos centros de cuidados terciários. Os custos podem

ser diminuídos se se evitar os programas verticais baseados em actividades exteriores que requerem o uso de veículos, que abrangem pouca gente e que exigem um grande número de horas de trabalho de pessoal qualificado. A procura de cuidados hospitalares podia ser desviada para os cuidados comunitários se as unidades de cuidados primários existentes, situadas mais próximo dos agregados familiares, fossem melhor utilizadas e apoiadas, incluindo no que respeita à disponibilidade de cuidados completos. As comunidades estariam aptas a organizar uma gama mais vasta de apoios, tanto clínicos como espirituais e emocionais. Todavia, para se chegar aí, a capacidade das comunidades e das famílias se encarregarem de PVHS deverá ser maior e mais sustentável. Frequentemente, como mostram os estudos de caso, estas capacidades estão disponíveis mas estão sub-utilizadas e dispersas - como os grupos de inspiração religiosa, os trabalhadores de saúde locais, os curandeiros tradicionais e os cuidados prestados pelos membros da família.

Fonte: Ng'weshemi et al., 1997.

## 6. As implicações das políticas nas acções de resposta comunitárias

As comunidades rurais, confrontadas com perdas cada vez maiores devido ao HIV/SIDA, procuram ajuda junto das famílias e das comunidades existentes. Elas partilham com outras comunidades as suas experiências sobre a forma de enfrentar as perdas causadas pelo HIV/SIDA. As organizações que prestam serviços e as ONG que dão apoio ajudam a reunir os recursos que são necessários, particularmente para os programas de tratamento e de cuidados ao domicílio. A documentação mostra de que maneira as populações se mobilizam utilizando sistemas de cuidados tradicionais e modernos a fim de prestar apoio aos doentes e aos necessitados das suas comunidades. As pessoas vivendo com o HIV desempenham um papel cada vez mais importante na comunidade.

A força imensa das acções de resposta da comunidade tradicional local reside no facto delas serem menos dispendiosas, de se basearem nas necessidades locais e nos recursos disponíveis e na compreensão mútua dos membros da comunidade. A principal limitação destas iniciativas locais é que não geram recursos suficientes para a compra dos medicamentos e para satisfazer outras necessidades em matéria de tratamento e de cuidados e, por isso, o seu apoio neste aspecto é limitado. Além disso, elas são susceptíveis de ser um pesado fardo para as mulheres, as quais já trabalham durante longas horas.

A documentação mostra que, quanto mais aumenta o número de falecimentos relacionados com o SIDA, mais cresce a pressão que se exerce nas estratégias comunitárias existentes. Esta observação sublinha a importância de uma vigilância estreita sobre a capacidade de resposta das comunidades para que políticas e programas possam ser implementados de forma a prestarem um apoio estratégico que maximize a eficácia das iniciativas locais e as ajude a continuar. O apoio exterior dos planificadores de saúde, dos estrategas políticos, dos doadores e das ONG deve sustentar as iniciativas de raiz comunitária e não substituir-se a elas. A necessidade de se realizar abordagens sustentáveis, capazes de atingir o número crescente de pessoas que precisa de ajuda, que dêem garantias de uma qualidade mínima de serviços, torna indispensáveis o desenvolvimento e a mobilização efectivos da comunidade. Eles devem ser os verdadeiros pilares das estratégias de cuidados. Os esforços de prevenção do HIV devem ser parte integrante das estratégias de cuidados se o realce for dado à abertura e ao reconhecimento e interiorização do problema pela comunidade. Isto exige igualmente a criação de um enquadramento jurídico e humano ao abrigo do qual as pessoas vivendo com o HIV/SIDA possam sem receio anunciar a sua sero-positividade.

Os programas de base comunitária que dependem de um apoio exterior foram muito eficazes perante as necessidades das pessoas afectadas pelo SIDA. As respostas sustentadas por esses programas são muito mais variadas e mais holísticas do que outras e incluem o apoio aos órfãos, a melhoria de competências psico-sociais como a formação dos jovens, os cuidados ao domicílio (cuidados de enfermagem e medicamentos), projectos geradores de receitas e aconselhamento. No entanto, esses programas têm igualmente limitações que estão ligadas a dificuldades organizacionais, à falta de fundos e de apoio técnico adequado à sustentação do projecto quando o doador se retirar, a carências ao nível da orientação da ajuda, problemas entre os fundadores e, por vezes, quando o programa é financiado por uma igreja, à discriminação daqueles que a ela não pertencem.

Ao longo da documentação consultada surgem certas opções políticas que podem ser utilizadas para reforçar a capacidade das comunidades de responder ao HIV/SIDA. Na próxima secção apresenta-se uma série de políticas que podem ser adoptadas.

### ***6.1 Reforçar e mobilizar as capacidades comunitárias***

Como já foi referido numa das secções anteriores, a maior parte do apoio que as famílias recebem depende da família alargada, dos vizinhos e dos grupos comunitários informais. É importante que os programas e as políticas tendam a reforçar e a mobilizar as capacidades existentes no seio das comunidades. A pandemia exerce uma pressão enorme nos mecanismos de resposta tradicionais da família alargada. Ela enfraquece dia a dia a capacidade de a família alargada tomar conta das pessoas que sofrem do HIV/SIDA, ou que estão de luto por causa dele. De acordo com o estudo efectuado em 1997 por McKerrow no Zimbabué sobre a disponibilidade das comunidades para absorver os órfãos, as famílias estão mais inclinadas a ocupar-se deles se lhes for prestado um apoio, seja qual for a forma que assuma, como por exemplo a gratuidade da educação e dos cuidados de saúde ou das ajudas alimentares (Michael, 1998). É pois importante que os programas e as políticas visem reforçar as acções de resposta tradicionais das famílias alargadas e das suas comunidades.

As ONG e as organizações de base comunitária podem reforçar fortemente a utilidade dos seus recursos se facilitarem e reforçarem as respostas autónomas das comunidades na sua luta contra o SIDA em vez de lhes prestarem serviços directamente. Este objectivo pode ser atingido encorajando-se as actividades que são pertença das comunidades tais como a guarda de crian-

ças, a educação informal e a partilha do trabalho, fornecendo-se ideias de programas e financiando a compra de sementes aos grupos comunitários, apoiando as associações informais de maneira que elas possam expandir-se e atrair novos membros e reforçando a capacidade comunitária de realizar estas respostas fornecendo-se formação e assistência técnica aos voluntários da comunidade. As igrejas e os grupos de mulheres estão dispostos a prestar ajuda mas têm falta de recursos e de competências para fazer funcionar programas de visitas aos órfãos (Foster e Makufa, 1998). Todavia, antes de qualquer intervenção, o agente exterior de mudança (quer seja o governo quer uma ONG) deve levar a cabo uma avaliação pormenorizada da situação para determinar as necessidades comunitárias e pesquisar as respostas existentes. O agente de mudança deve agir a partir das respostas existentes e procurar reforçar, e não substituir ou eliminar, as iniciativas já em curso.

## *6.2 Reforçar as respostas da comunidade*

As respostas da comunidade de luta contra o SIDA podem ser reforçadas de diversas maneiras. Estas incluem:

- a democratização e a localização da distribuição de recursos,
- o reforço das competências em matéria de gestão das organizações de base comunitária,
- formação em matéria de elaboração de projectos, de planificação, de gestão, de monitorização e de avaliação,
- a criação de um fórum onde as ONG e as organizações de base comunitária possam trocar pontos de vista e experiências,
- o estabelecimento de laços entre os doadores, as ONG, as organizações de base comunitária e o governo.

De novo, uma mobilização comunitária sólida e estratégias de desenvolvimento que incluam uma avaliação rural participativa são essenciais.

## *6.3 Medidas de atenuação*

Num estudo sobre 75 ONGs de seis países da África Sub-sahariana (Camarões, Costa do Marfim, Quênia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue), o United States National Research Council mostra que, enquanto, em média, 65 % das ONG seleccionadas se referem à prevenção do SIDA como um dos seus fins ou objectivos, apenas 32 % referem a atenuação do impacto do SIDA como objectivo. Entre as ONGs que o fazem, a repartição das acções de atenuação realizadas, no conjunto dos países, foi: aconselhamento 50 %, sensibilização da comunidade 11 %, assistência económica e projectos de entreatajuda 34 % e formação 5 %. Estes resultados sugerem que a atenuação não recebe o apoio e a atenção que merece, particularmente em certos países mais afectados, nos quais um número crescente de agregados familiares necessita de medidas de atenuação.

A documentação revela que é necessário haver uma combinação das actividades de atenuação com as de prestação de ajuda de emergência. Mesmo numa comunidade que tenha uma prevalência muito pequena do HIV/SIDA, existe a necessidade de se instalar mecanismos que respondam às determinantes identificadas localmente que sejam susceptíveis de aumentar a vulnerabilidade ao HIV/SIDA. É necessário trabalhar no sentido do reforço das respostas da comunidade que visam reduzir esta vulnerabilidade. É de importância capital planear o momento oportuno para se prestar o apoio destinado a reforçar as respostas da comunidade e dos

agregados familiares. Os agregados familiares afectados que não conseguem enfrentar o impacto pelo facto de o chefe de família ser muito jovem, ou por falta de terras cultiváveis, ou por não possuir bens essenciais, têm necessidade de uma ajuda de emergência para se evitar que caiam numa situação de indigência permanente. Quando surgem sinais de melhoria, a ajuda de emergência pode ser gradualmente substituída pela de atenuação que é destinada a responder a necessidades de mais longo prazo. É fundamental ajudar as famílias a não arriscarem a sua sobrevivência a longo prazo por terem de satisfazer necessidades de curto prazo. Os exemplos mais evidentes deste tipo de comportamento são a retirada das crianças da escola e a venda de meios rentáveis.

As comunidades estão na melhor das situações para identificar as famílias necessitadas, as crianças e os órfãos vulneráveis. É preciso, por conseguinte, envolver as comunidades nos sistemas de desenvolvimento, pois estão aptas a recensear e avaliar as necessidades das famílias e das crianças, a determinar a extensão dos problemas, a suscitar a tomada de consciência e a encorajar a tomada de decisões em conhecimento de causa (Donahue, 1998). As comunidades estão igualmente nas melhores condições para vigiar as crianças e estar em contacto com elas, para supervisionar as suas actividades e evitar abusos em matéria de trabalho infantil. O apoio é mais eficaz quando é dirigido aos órfãos e às famílias mais pobres, para que não caiam na indigência definitiva. Dado o número elevado e crescente de órfãos nas regiões onde a epidemia está fortemente instalada - e tendo em conta a pobreza existente em muitos desses países - é importante que os países adoptem uma política que seja dirigida aos órfãos e que procure integrá-los no desenvolvimento nacional. Uma política destinada aos órfãos ajudará as organizações interessadas a identificar os recursos a afectar às crianças, a monitorizar os seus progressos e a defender os seus direitos.

### *6.4 Actividades geradoras de receitas*

Pode-se perguntar como é que os projectos geradores de receitas podem ser viáveis e sustentáveis num meio ambiente sujeito a graves restrições económicas e onde os mercados são escassos. No entanto, as actividades geradoras de receitas específicas podem ser muito eficazes quando os participantes já dispõem das competências necessárias e do acesso aos recursos e aos mercados. Os esforços empreendidos por pessoas do exterior destinados a introduzir projectos geradores de receitas que não sejam familiares engendram custos elevados e dão resultados medíocres.

Ao levar-se a cabo intervenções destinadas a melhorar as capacidades que permitem gerar rendimentos, é importante reconhecer-se que a composição e a vulnerabilidade dos agregados familiares – tal como as suas capacidades – modificam-se e diferem ao longo do tempo. O seu potencial de participar em intervenções económicas ou outras – e delas tirar proveito - depende em grande medida da maneira como as crianças e os adultos utilizam o seu tempo e da sua capacidade de encontrar tempo para actividades complementares. As actividades que contribuem para se reduzir o peso do trabalho dos membros do agregado familiar de modo a dar-lhes a liberdade de efectuar outras actividades produtivas são as mais interessantes. Contudo, as mulheres correm o risco de ser duplamente afectadas ao dedicar-se a certas actividades geradoras de receitas pois delas se espera que prestem igualmente cuidados comunitários. Por isso, é importante avaliar cuidadosamente o impacto de cada política e programa, a fim de se garantir que eles não sobrecarreguem as mulheres. Os projectos que completam ou reforçam os mecanismos de resposta já existentes podem tornar-se sustentáveis. As intervenções pouco dispendiosas e centradas na comunidade têm mais hipóteses de sucesso.

O desenvolvimento do emprego deve constituir um objectivo importante. Para as pessoas mais pobres e para as que não têm terra, o acesso a um emprego remunerado é vital, tanto no contexto urbano como no rural.

### ***6.5 Trabalho em parceria***

Os estrategas políticos e os planificadores de programas devem reconhecer que o HIV/SIDA não é apenas um problema de saúde mas sim uma crise de desenvolvimento que tem repercussões não só na saúde dos membros da comunidade como também em quase todos os aspectos do desenvolvimento comunitário. As políticas e os programas que procuram beneficiar as famílias afectadas pelo HIV/SIDA deveriam ser multi-sectoriais, envolvendo o governo, os grupos religiosos, as ONGs, o sector privado e a comunidade, numa tentativa comum de melhorar a cooperação destinada a apoiar e reforçar respostas de base comunitária. Se o governo estiver implicado, os indícios de apoio tanto ao nível das políticas nacionais como da participação local tornar-se-ão visíveis. O governo deverá desempenhar o papel principal na criação de um ambiente que favoreça a promoção de um desenvolvimento sustentável nas zonas rurais. Todas as organizações governamentais oficiais (ministérios da agricultura, da educação, da saúde e outros) podem desempenhar um papel maior se reformarem as suas políticas e programas por forma a responderem às necessidades dos agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA. Estes diferentes sectores governamentais podem alcançar este objectivo revendo as políticas e os programas existentes e substituindo-os por outros, mais adaptados à epidemia, e empenhando-se política e economicamente na luta contra o impacto do SIDA. Eles têm de dar a sua contribuição e dar provas da sua vontade de promover, entre outros, serviços adaptados aos agregados familiares afectados. Isso é possível por meio de uma avaliação da capacidade dos recursos humanos e do desenvolvimento do potencial de acção das instituições de desenvolvimento rural e agrícola, paralelamente a uma revisão permanente das políticas em vigor, de maneira que os novos desafios criados pelo HIV/SIDA, possam ser tomados em consideração.

Os doadores podem ajudar as ONGs e as organizações de base comunitária a dedicar-se a uma planificação de prazo mais longo e ao desenvolvimento do seu potencial de acção. Os doadores multinacionais devem ser mais flexíveis no que respeita ao financiamento do apoio às iniciativas locais. Para isso devem optar por atribuir diversas pequenas subvenções a vários e diferentes projectos em vez de atribuir uma única subvenção a um grande projecto. A importância que se dá actualmente aos projectos de grande dimensão prejudica as iniciativas locais, as quais podem ser muito mais eficazes, apropriadas e sustentáveis. Contudo, os doadores têm relutância em gerir numerosos pequenos projectos. Para resolver este problema é, pois, necessário um mecanismo, o qual poderia ser um organismo intermédio que gerisse fundos modestos e que prestasse contas aos doadores. A exploração dos meios necessários para se chegar a esta solução é fortemente recomendada.

### ***6.6 Avaliar a eficácia das respostas da comunidade***

Devia efectuar-se análises profundas dos custos e dos proveitos de modo que os custos reais das respostas das comunidades e dos agregados familiares fossem calculados. Isso poderia contribuir para a selecção e reforço das respostas mais rentáveis e que mais benefícios trazem às comunidades. Perante a crise económica actual com que se confrontam os países em desenvolvimento, os recursos destinados à atenuação do HIV/SIDA estão a diminuir e os fundos de numerosos doadores estão a baixar. É essencial que as acções de atenuação levadas a cabo pelas comunidades sejam monitorizadas de perto e avaliadas, de maneira que os escassos recursos disponíveis tenham o maior impacto possível.

## 7 . Conclusões

Ao longo dos últimos 15 anos, a epidemia do HIV/SIDA causou graves perturbações nos agregados familiares e nas comunidades. O aumento da morbilidade e da mortalidade tem graves repercussões no bem-estar dos indivíduos, dos agregados familiares e das comunidades. A epidemia afectou gravemente o acesso aos serviços de saúde e de educação, a satisfação de necessidades essenciais como as da alimentação e do alojamento e o direito à privacidade e à dignidade humana. No entanto, pessoas do mundo inteiro mobilizaram-se para enfrentar estes desafios (Williams et al., 1995).

Várias são as acções de resposta que os agregados familiares desencadearam para atenuar o impacto da pandemia. Em termos gerais, observou-se que certas acções de resposta adoptadas pelos agregados familiares os tornam instáveis e vulneráveis. A venda de bens, a retirada das crianças da escola, a redução do consumo de alimentos e a utilização das poupanças e do património, todas estas acções têm efeitos negativos no bem-estar futuro da família. Por outro lado, certas acções de resposta dos agregados familiares têm repercussões positivas no bem-estar do agregado familiar a longo prazo, como seja a diversificação dos rendimentos, a partilha das colheitas, a adopção de tecnologias que proporcionam economias de mão-de-obra tais como as culturas intercalares e a diversificação das culturas. Por conseguinte, é importante que os programas e as políticas sejam elaborados de maneira que as respostas positivas dos agregados familiares sejam reforçadas enquanto, simultaneamente, se dissuade os agregados familiares de adoptar acções de resposta susceptíveis de comprometer o seu bem-estar futuro. Por exemplo, as políticas de investigação agronómica devem ser orientadas para o desenvolvimento de tecnologias adaptadas a condições onde os recursos são escassos e para a planificação de projectos de desenvolvimento rural capazes de proporcionar ajuda aos órfãos, de criar empregos e de promover a segurança alimentar dos agregados familiares.

As respostas da comunidade observadas na documentação estudada mostram de que maneira as comunidades desenvolveram respostas a um tempo tradicionais e modernas a fim de tentar enfrentar as necessidades urgentes das pessoas vivendo com o HIV/SIDA. Estas respostas incluem: a partilha do trabalho, o apoio aos órfãos, a prestação de cuidados a crianças, a reparação de casas, os cuidados domiciliários e as visitas a órfãos e doentes do HIV/SIDA, a confecção e distribuição de uniformes escolares, a aprendizagem e formação profissional dos adolescentes órfãos a fim de se lhes dar competências utilizáveis no mercado do trabalho, a criação de projectos geradores de receitas que proporcionam a obtenção de alimentos e dinheiro e a criação de sistemas de crédito para as cerimónias fúnebres. Os mecanismos tradicionais de resposta da comunidade limitam-se a actividades que não requerem grandes somas de dinheiro - como a compra de medicamentos e outros produtos destinados ao tratamento e aos cuidados. As publicações mostram que se toda a comunidade se tornar pobre devido ao SIDA, as suas acções de resposta podem atingir a saturação. Em contrapartida, se se puder tomar medidas que previnam a propagação da infecção ou que surjam antes que os recursos comunitários atinjam o ponto de rotura, as acções podem ser muito mais eficazes a longo prazo.

As organizações de base comunitária que beneficiam do apoio financeiro de organismos exteriores têm sido uma grande ajuda para numerosos agregados familiares afectados, embora tenham algumas limitações que merecem ser estudadas. Se estas estratégias comunitárias estiverem adaptadas às necessidades locais e tomarem em consideração os recursos disponíveis

localmente, podem ser aplicadas noutros países em desenvolvimento. As organizações de base comunitária e as ONGs devem procurar não desenvolver um trabalho que seja a repetição daquele que se desenrola já na comunidade. Devem, em vez disso, procurar integrar-se, complementando ou reforçando as respostas da comunidade. O apoio exterior deve ser construído a partir de estruturas comunitárias tais como igrejas, grupos de mulheres, escolas e famílias de acolhimento.

Para que os programas sejam eficazes, é igualmente importante que se consagrem aos agregados familiares com maiores necessidades. Contudo, será contrário à ética o facto de se consagrarem exclusivamente aos agregados familiares afectados pelo SIDA pois dessa forma estarão a pôr de lado agregados familiares que, por outras razões, têm necessidades tão grandes como as daqueles. Por conseguinte, é importante que os programas se consagrem a um grupo de agregados familiares mais alargado e definido de acordo com indicadores sobre a pobreza e sobre o SIDA. A melhor forma de consegui-lo é trabalhar por intermédio das comunidades, de modo que sejam elas próprias a identificar os agregados familiares que estão mais necessitados.

Sem investimento no desenvolvimento humano não é possível qualquer progresso no desenvolvimento nacional, na estabilidade e no conhecimento prático, os quais permitem ultrapassar os obstáculos ao desenvolvimento. O governo não pode, por si só, proporcionar o bem-estar elementar da totalidade da população de um país. Para isso, requer-se uma parceria efectiva entre as comunidades, os governos, as agências doadoras, as ONGs internacionais, as ONGs locais, o sector privado e outros parceiros, para que se possa atacar o problema do HIV/SIDA com êxito. Contudo, os governos devem estar dispostos a desempenhar um papel de direcção mais activo e a rever o seu empenho no desenvolvimento rural. Eles devem ocupar-se desta questão a partir de uma análise clara do impacto do SIDA no desenvolvimento e do impacto do desenvolvimento na própria epidemia de SIDA.

## Referências e fontes de documentação

---



Addo SK (1998) «Trickle-up micro-grants and positive living with HIV/AIDS», 12ª Conferência Mundial sobre o SIDA: Reduzir a separação, Genebra (28 Junho–3 Julho).



Allman D, Myers T, Cockerill R (1997) *Concepts, definitions and models for community-based HIV prevention research in Canada, and a planning guide for the development of community-based HIV prevention research*, Faculdade de Medicina, Universidade de Toronto, Toronto.



Altman D (1994) *Power and Community Organizational and Cultural Responses to AIDS*, Taylor and Francis, Londres.



Aryeetey E, Hyuha M (1990) *The informal financial sector and markets in Africa: an empirical study*, BIRD, Conferência sobre a Economia de África, Washington, DC.



Asingwire N, Muhangi D (1998) *Strategies for Action (SFA) Phase III: Supported CBOs/NGOs*, Evaluation Report, Makerere University, ActionAid Uganda.



Baguma P (1996) «The cost-benefit analysis of AIDS traditional healing in Uganda», 11ª Conferência Internacional sobre o SIDA: Unidos na Esperança, Vancouver (7-12 Julho).



Banco Mundial, Universidade de Dar-es-Salaam (1993) Relatório sobre um workshop intitulado: «The Economic Impact of Fatal Adult Illness in sub-Saharan Africa», que se realizou em Bukoba, região de Kagera, República Unida da Tanzânia, 16-20 Setembro de 1992.



Banco Mundial (1997) *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, Nova York.



Barnett T, Blaikie P (1990) Community coping mechanisms in the face of exceptional demographic change. Final Report to the Overseas Development Administration, Londres, ODA (Julho).



Barnett T, Blaikie P (1992) *AIDS in Africa: Its Present And Future Impact*, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Reino Unido.



Barnett T (1994) *The effects of HIV/AIDS on farming systems and rural livelihoods in Uganda, Tanzania and Zambia*, FAO, Roma.



Barnett T, Blas E, Whiteside A (1996) AIDS Briefs: «Integrating HIV/AIDS into sectoral planning», OMS, Genebra.



Barnett T, Tumushabe J, Bantebya G, Sebuliba RS, Ngasongwa J, Kapinga D, Ndelike M, Drinkwater M, Mitti G, Haslwimmer M (1995) The social and economic impact of HIV/AIDS on farming systems and livelihoods in rural Africa: Some experience and lessons from Uganda, Tanzania and Zambia. *Journal of Internacional Development* 7:1.



Black M (1997) *Impact du VIH/SIDA sur les systèmes d'exploitation agricoles en Afrique de l'Ouest*, FAO, Rome.



Blinkhoff P, Bukanga E, Symalevwe B, Williams G (1999) *Under The Mupundu Tree; Volunteers in home care for people with HIV/AIDS and TB in Zambia's Copperbelt*, Strategies for Hope 14, ActionAid, Londres.



Boerma T, Ngalula J, Isingo R, Urassa M, Senkoro KP, Gabone R, Mkumbo EN (1997) Levels and causes of adult mortality in rural Tanzania with special reference to HIV/AIDS. *Health Transition Review*, 7 (Supplement 2): 63–74.



Bond VA, Wallman S (1993) *Community capacity to prevent, manage and survive HIV/AIDS*, Report on the 1991 Survey of Households in Chiawa, Working Paper No. 5, Karolinska Institutet, University of Hull; Sociology and Social Anthropology, and University of Zambia; Institute of African Studies.



Christen RP, Rhyne E (1995) *Maximising the outreach of microenterprise finance: an analysis of successful microfinance programs*, USAID Programme and Assessment Report No.10 Washington, DC: USAID Center for Development Information and Evaluation (Julho).



Conseil ecuménique des Eglises (1997) *Facing AIDS: The Challenge, The Churches' Response*, WCC publications, Genebra.



Corbett J (1988) Famine and household coping strategies. *World Development*, 16(9):1099–1112.



Cornu C (1998) «Self-help groups of people with AIDS in Costa do Marfim: People with AIDS as social reformers in Western Africa?» 12<sup>a</sup> Conferência Mundial sobre o SIDA: Reduzir a Separação, Genebra (28 Junho–3 Julho).



Develay A, Sauerborn R, Diesfeld JH (1996) Utilisation of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Science and Medicine*, 43 (11):1611–1619.



Donahue J (1998) *Community-based economic support for households affected by HIV/AIDS*, Health Technical Services Project Report of TvT Associates, The Pragma Corporation, USAID HIV/AIDS Division.



Drinkwater M (1993) *The effects of HIV/AIDS on agricultural production systems in Zambia; an analysis and field reports of case studies carried out in Mpongwe, Ndola Rural District, and Teta Seranje District*, FAO, Rome.



Dube N, Kathuria R, Sabatier R, Chirenda P, Wilson D (1998) «A peer education project evaluation scheme: Inputs, outputs, unit costs, coverage, behavioural impact and biomedical impact», 12<sup>a</sup> Conferência Mundial sobre o SIDA: Reduzir a separação, Genebra (28 Junho–3 Julho).



Dunn E, Kalaitzandonakes N, Valdivia C (1996) *Risk and the impacts of microenterprise services: assessing the impact of microenterprise services (AIMS) project*, USAID, Washington, DC.



FAO (1993) *The effects of HIV/AIDS on agricultural production systems in Zambia: An analysis and field reports of case studies carried out in Mpongwe, Ndola Rural District and Serenje District*, Adaptive Research Planning Team Report, Ministry of Agriculture, FAO, Roma.



FAO (1995) *The Effects of HIV/AIDS on Farming Systems in Eastern Africa*, FAO, Roma.



Farm Orphan Support Trust (FOST) (1998) *Farm orphans: Who is coping? A study of commercial farm workers and their responses to orphanhood and foster care in Mashonaland Central Province of Zimbabwe*, FOST, Harare.



Foster G, Makufa C (1998) «The Families, Orphans and Children Under Stress (FOCUS) Programme», Documento apresentado durante a mobilização comunitária da ONUSIDA na reunião sobre a África Oriental e Austral que se realizou em Pretória, África do Sul (9–11 Novembro).



Foster S (1993) *The cost and burden of AIDS on the Zambian health care system: policies to mitigate the impact of health services*, Relatório encomendado pelo governo da Zâmbia e a USAID.



Gilks C, Floyd K, Haran D, Kemp J, Squire B, Wilkinson D (1998) *Sexual Health and Health Care: Care and Support for People With HIV/AIDS in Resource-Poor Settings*, UK Department for International Development, Health and Population Occasional Paper.



Governo da Zâmbia (1994) *Report of the Workshop on the Effects of HIV/AIDS on Agricultural Production Systems*, National AIDS/STD/TB, Leprosy Programme, Ministry of Health, FAO, Roma.



Governo da Zâmbia (1996) *Zambia's Children in 1995; Key results of a Survey to monitor progress towards goals of children*, Lusaka.



Gumbo P (1998) *The gender dimension in social security: a historical perspective*, Friedrich Ebert Stiftung, Harare.



Hampton J (1990) *Living positively with AIDS, The AIDS Support Organization (TASO), Uganda*, Strategies for Hope 2, ActionAid; AMREF (African Medical Research Foundation), World in Need, Marianum Press, Kisula, Uganda.



Haslwimmer M (1994) *What has AIDS to do with agriculture?* FAO, Roma.



Hansen K, Woelk G, Jackson H et al. (1998) The cost of home-based care for HIV/AIDS patients in Zimbabwe. *AIDS Care*, **10**(6):751–759.



Hemrich G, Schneider B (1997) *HIV/AIDS as a cross-sectoral issue for technical co-operation; focus on agriculture and rural development*, GTZ HIV/AIDS Prevention and Control in Developing Countries, Series No. 1.



Hunter S, Williamson J (1994) *Children on the brink: strategies to support children isolated by HIV/AIDS*, Health Technical Services Project of TvT Associates, The Pragma Corporation, USAID HIV/AIDS Division, Arlington, Virginia.



Hunter S, Williamson J (1997) *Developing strategies and policies in support of HIV/AIDS infected and affected children*, Health Technical Services Project of TvT Associates, The Pragma Corporation, USAID HIV/AIDS Division, Arlington, Virginia..



Hunter S, Williamson J (1997) *HIV/AIDS orphans and NGOs in Zambia: strategy development for programming*, The TvT Associates for USAID and Zambia Mission for Family and Community Care of Children Affected by HIV/AIDS, Washington, DC (Junho).



Hunter S, Williamson J (1998a) *Children on the brink: strategies to support children isolated by HIV/AIDS*, Arlington, VA: Health Technical Services (HTS) Project for USAID (Janeiro).



Hunter S, Williamson J (1998) *Responding to the needs of children orphaned by HIV/AIDS*, Relatório produzido pela Health Technical Services Project de TvT Associates e Pragma Corporation for the HIV/AIDS Division of USAID, Discussion paper 7.



IFPRI (1996) *Rural Financial Markets and Household Food Security: Impact of Access to Credit on the Socio-Economic Situations of Rural Households in Malawi*, Internacional Food Policy Research Institute (Setembro).



Jackson H, Civic D (1994) Family coping and AIDS in Zimbabwe. *Journal of Social Development in Africa*, School of Social Work, Harare.



Jackson H, Udwin M, Chandra-Mouli V, (1994) AIDS support and income-generation. *Global AIDS Network 10 (4): 10-11*.



Julian V, Atayan S, Pinoy P (1996) «Capability building for people living with HIV/AIDS», 11ª Conferência Internacional sobre o SIDA: Unidos na Esperança, Vancouver (7–12 Julho).



Kadonya C (1998) «The Impact of HIV/AIDS on Smallholder Agriculture in Tanzania: Rethinking of other intervention Strategies», Regional Conference for Eastern and Southern Africa on Responding to HIV/AIDS: Technology development needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8-10 Junho).



Kaseke E (1997) *Social Security in Systems in Rural Zimbabwe*, Friedrich Ebert Stiftung, Harare.



Kelly M (1998) The Children in Distress Conference. *AIDS Analysis Africa (Southern Africa Edition)*, 9(3).



Kenya AIDS NGO Consortium (1998) *AIDS in Kenya; A Directory of HIV/AIDS Service Organizations working in Kenya*, USAID, FHI.



Kezaala R, Bataringaya J (1998) «The practicalities of orphan support in East and Southern Africa: planning, and implementation of multi-sectoral social services for children and child carers», Documento apresentado aquando da Conferência Raising the Orphan Generation, Pietermaritzburg (9–12 Junho).



Khonyongwa L (1998) «Children and families affected by HIV/AIDS: A community-based income-generation project with a focus on needy children», (ActionAid Malawi) Documento apresentado aquando da Conferência Raising the Orphan Generation, Pietermaritzburg (9–12 Junho).



Kilonzo GP, Hogan NM (1996) «African communities forgo traditional mourning practices in the face of multiple untimely losses through AIDS: Implications for mental health in Tanzania», Apresentação com cartazes aquando da 11ª Conferência Internacional sobre o SIDA, Vancouver.



Krift T, Phiri S (1998) «Developing a strategy to strengthen community capacity to assist HIV/AIDS-affected children and families: The COPE Programme of Save the Children Federation in Malawi», Documento apresentado à Children in Distress (CINDI) Preparing for Life after AIDS, aquando da conferência Raising the Orphan Generation, Pietermaritzburg, África do Sul (9–12 Junho).



Kwaramba P (1997) *The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Systems in Zimbabwe*, Zimbabwe Farmers Union, Friedrich Ebert Stiftung Economic Advisory Project, Working Paper 19, Harare.



Ledward A (1997) *Age, Gender and Sexual Coercion: Their role in creating pathways of vulnerability to HIV infection*, Tese de mestrado defendida na University College de Londres.



Leshabari M (1995) «Household and Community Responses in Kyela district, Tanzania», Relatório resultante de uma consultoria sobre o impacto socio-económico do HIV/SIDA nos agregados familiares, ONUSIDA, Organização Mundial da Saúde (24-25 Setembro).



Little ML (1996) *Adolescents and AIDS in Malawi: Issues of Hopelessness and Fatalism in Effective AIDS Education*, Independent Contribution to Bachelor's Degree, Dartmouth College.



Loewenson R, Kerkhoven R (1996) *The Socio-Economic Impact of AIDS: Issues and Options in Zimbabwe*, SAFaIDS e TARSC, Harare.



Loewenson R, Whiteside (1997) *Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa: A Review of Current Research*, Relatório de uma consultoria efectuada para a SAFaIDS.

Lwihula G (1998) «Coping with AIDS Pandemic: The experience of peasant communities of Kagera Region, Tanzania», documento apresentado na Conferência Regional da África Oriental e Austral intitulado: Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8–10 Junho).

Madembo RC (1997) «The Role of Savings and Credit Schemes in Meeting the Social Security Needs of Communal Farmers», in *Social Security Systems in Rural Zimbabwe*, Kaseke E (Ed.), Friedrich Ebert Stiftung, Harare.



McNeil (1999) *Africa's Culture of Mourning Altered by AIDS epidemic*, The Zambia Electronic Mailing list on Health Issues: health-1@zamnet.zm.



Moses S, Plummer FA, Ngugi EN, Nagelkerkes NJD, Anzala AO, Ndinya-Achola JO (1991) Controlling HIV in Africa: Effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group. *AIDS*, **5**:407–411.



Mukoyogo C, Williams G (1991) *AIDS Orphans: A Community Perspective from Tanzania*, Strategies for Hope, 5: ActionAid, AMREF, World in Need.



Munthali SM (1998) «Socio-economic Impact of HIV/AIDS in Malawi: Focus Group Discussions on Community Impacts and Coping Strategies», Relatório apresentado ao NACP Malawi, OATUU Health Safety and Environment Programme.



Mwanza A (1997) The Poverty Phenomenon in Zambia. *Southern Africa Political and Economic Monthly*, **11**(1):28–30.



Ncube G (1998) «The Impact of HIV/AIDS on Smallholder Agriculture Production in the Districts of Gweru/Shurugwi in Zimbabwe and the Current Recommended Sustainable Coping Strategies and Areas of Research», Documento apresentado na Conferência Regional da África Oriental e Austral intitulado: Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8–10 Junho).



Ng'weshemi J, Boerma T, Bennett J, Schapink D (1997) *HIV prevention and AIDS care in Africa: A district level approach*, Royal Tropical Institute, KIT Press, Amsterdão.



OMS, Ministério da Saúde da Zâmbia (1994) *Cost and Impact of Home-based Care for People Living with HIV/AIDS in Zambia*, Lusaka.



ONUSIDA (1998) UN Co-ordinated Response to the National HIV/AIDS Programme in Zambia 1998–2000, ONUSIDA, Lusaka.



Over M (1995) *Kagera Health and Development Project*, Relatório resultante de uma consultoria sobre o impacto socio-económico do HIV/SIDA nos agregados familiares, ONUSIDA, Organização Mundial de Saúde.



Over M (1998) Coping with the impact of AIDS. *AIDS Analysis Africa* (Southern Africa Edition), **9**(3).



Over M, Bertozzi S, Chin J, N'galy B, Nyamuryekung'e K (1988) The direct and indirect cost of HIV infections in developing countries: The cases of Zaire and Tanzania, in the *Global Impact of AIDS*, edited by Fleming AF, FitzSimons DW, Mann J, Carballo M, Bailey MR; Nova York: Alan R Liss, 123–135.



Poulter K (1996) *A Psychological and Physical Needs Profile of Families Living with HIV/AIDS in Lusaka*, Lusaka.



Powell GM, Morreira S, Rudd C, Ngonyama RP (1994) *Child welfare policy and practice in Zimbabwe*, Resumo de um relatório baseado num estudo do Department of Paediatrics and Child Health, Universidade do Zimbabué em colaboração com o Department of Social Welfare, Ministry of Public Service, Labour and Social Welfare, Harare.



Reardon T, Vosti SA (1994) Links between rural poverty and the environment in developing countries: asset categories and investment poverty. *World Development* **23**(9):1495–1506.



Romano EM, Aplasca MR, Monzon OT (1996) «Coping Mechanisms of Families/Households of HIV-infected AIDS Patients in the Philippines», 11ª Conferência Internacional sobre o SIDA: Unidos na esperança, Vancouver (7–12 Julho).



Rugalema G (1998) *It is not only the loss of labour: HIV/AIDS, loss of household assets and household livelihood in Bukoba district, Tanzania*, Documento apresentado na Conferência Regional da África Oriental e Austral intitulado: Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8–10 Junho).



Sabatier R (1997) NGO Responses to HIV/AIDS: A need to shift gears. *AIDS Bulletin*, **6** (1&2).



SAfAIDS, Commercial Farmers Union (1996) *Orphans on Farms: Who cares? An Exploratory Study into Foster Care for Orphaned Children on Commercial Farms in Zimbabwe*, Harare.



SAfAIDS (no prelo) *Socio-economic Impact of Adult Mortality and Morbidity on Households in Kafue District, Zambia*, Harare.



SAfAIDS, ZAN (1995) *Zimbabwe AIDS Directory – 1995; NGOs, ASOs, Support Groups, Funders, Resources*, Harare.



Sauerborn R, Adams A, Hien M (1996) Household Strategies to Cope with the Economic Costs of Illness. *Social Science and Medicine*, **43**(11):291–301.



Save the Children UK (1996) *Living on the Edge: A Study of the Rural Food Economy in the Mchinji and Salima Districts of Malawi*, Londres, Save The Children UK (Março).



Save the Children UK (1998) *Drought in Zimbabwe: Effects and Responses at Household Level*, Relatório resultante de um estudo PRA sobre a seca de 1992 no Zimbabué, Harare.



Shreedhar J, Colaco A (1996) *Broadening The Front; NGO responses to HIV and AIDS in India*, Strategies for Hope 11, ActionAid, Londres, The British Council, Nova Delhi, PNUD, Nova Delhi.



TASO, OMS (1995) *The inside story, Participatory Evaluation of HIV/AIDS, Counselling, Medical and Social Services 1993–94*, TASO Uganda, OMS Geneva.



Tibaijuka AK (1997) AIDS and Economic Welfare in Peasant Agriculture, Case Studies from Kagabiro Village, Kagera Region, Tanzania. *World Development*, 25(6):963–975.



Topouzis D (1998) *The Implications of HIV/AIDS For Rural Development Policy and Programming: Focus on sub-Saharan Africa*, Documento elaborado para o Programa HIV e Desenvolvimento, PNUD, Sustainable Development Department, Division do Desenvolvimento Rural, FAO.



Topouzis D (1994) *Uganda: The Socio-economic Impact of HIV-AIDS on Rural Families with Particular Emphasis on Rural Youth*, documento preparado para a FAO, Roma.



UK NGO AIDS Consortium (1996) *Effective HIV/AIDS Activities: NGO Work in Developing Countries*, Report of A Collaborative Study, Londres.



United States Bureau of Census (1998) *HIV/AIDS Surveillance Data Base*, Junho de 1998.



United States National Research Council Panel on Data and Research Priorities in Sub-Saharan Africa, (1996) *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa: Research and Data Priorities for the Social and Behavioural Sciences*, publicado por Cohen B e Trussell J, National Academy Press, Washington, DC.



Wallman S (1996) *Kampala Women Getting By: Wellbeing in the Time of AIDS*, Eastern African Studies, James Currey Ltd, Londres.



Webb D (1995) Orphans in Zambia: Nature and extent of demographic change. *AIDS Analysis Africa*, 6(2):5–6.



Webb P, Reardon T (1992) Drought Impact and Household Response in East and West Africa. *Quarterly Journal of International Agriculture*, 31(3):230–246.



Williams G, Blibolo AD, Kerouedan D (1995) *Filling the Gaps; Care and Support for people with HIV/AIDS in Côte d'Ivoire*. Strategies for Hope 10, ActionAid, Hamlyn House, Londres; Comité Nacional de Luta Contra o SIDA, Abidjan, Costa do Marfim.



Woelk G, Jackson H, Kerkhoven R, Hansen K, Manjonjori NN, Maramba P, Mutambirwa J, Ndimande E & Vera E (1997) *The Cost and Quality of Community Home Based Care in Zimbabwe*, University of Zimbabwe, SAfAIDS and Ministry of Health and Child Welfare, Harare.

***Fontes de documentação***

- AIDSLink
- Resumos da Conferência de Vancouver 1996
- Resumos da Conferência de Genebra 1998
- Resumos da Southern African Network of AIDS Service Organizations (SANASO) 1997
- African Health Anthology
- Pesquisas na Internet e nos seus bancos de dados

***Centros de documentação***

- SAFAIDS
- Banco Mundial
- PNUD
- SADC Food Security Unit
- SARDC
- Universidade do Zimbábue, Departamento de Economia
- UNICEF
- ActionAid
- Save the Children UK
- Ministry of Health and Child Welfare, Zimbábue
- Universidade do Natal, Durban: Health Economics and HIV/AIDS Research Division

### Anexo 1: Exemplos de grupos de entreaajuda do Uganda

<b>Nome</b>	<b>Local</b>	<b>Actividade</b>	<b>Tipo de grupo</b>	<b>Ano de começo do apoio</b>
<b>Kisiizi</b>	Rukungiri Sudoeste	Cuidados ao domicílio, aconselhamento e sensibilização	Hospital e sensibilização comunitária	1994
<b>Kuluva</b>	Arua Norte	Cuidados ao domicílio, sensibilização, testes	Hospital e sensibilização comunitária	1995
<b>BWC</b>	Rukungiri Sudoeste	Sensibilização, aconselhamento	Grupo de mulheres	1995
<b>STOGA</b>	Nebbi Norte	Teatro, actividades geradoras de rendimentos	Grupo de mulheres	1995
<b>AEGY</b>	Kamuli Leste	Jovens, sensibilização, actividades geradoras de rendimentos	Grupo de jovens	1994
<b>YAAC</b>	Norte, Apac	Jovens, teatro, sensibilização	Grupo de jovens	1995
<b>SED</b>	Centro	Aconselhamento e educação para a vida familiar	Igreja católica	1994
<b>Kisa</b>	Norte, Nebbi	Sensibilização de jovens na escola	Grupo de professores	1995
<b>TASO Kumi</b>	Leste	Actividades geradoras de receitas, cuidados ao domicílio, aconselhamento	ONG	1994
<b>EUDO</b>	Centro	Sensibilização de jovens na escola	ONG	1993
<b>GASCO</b>	Centro	Aconselhamento sensibilização	Localização comunitária	1995
<b>THECA</b>	Centro	Sensibilização e formação de médicos tradicionais	ONG	1997
<b>NACOWLA</b>	Centro	Grupo de mulheres, grupo de PVHS e que promove actividades geradoras de rendimentos	Grupo nacional de mulheres PVHS	1997

Fonte: Asingwire et al. (1998).

**Anexo 2: Organizações de ajuda aos sobreviventes em Kagera, Tanzania**

Organização	Data de início	Grupo(s)alvo	Programas de Intervenções
<b>ABEKA</b>	1987	Órfãos	Alimentação, educação, saúde, cuidados ao domicílio
<b>Huyawa (ELCT)</b>	1991	Órfãos, famílias	Alimentação, educação
<b>KAKAU</b>	1990	Órfãos, viúvas pessoas idosas	Prevenção, educação, saúde, alimentação, cuidados ao domicílio
<b>KARADEA</b>	1987	Órfãos, doentes do SIDA, pessoas idosas	Geração de rendimentos
<b>KOCC</b>	1991	Órfãos	Alimentação, educação
<b>KOTF</b>	1988	Órfãos, acompanhantes	Alimentação, educação, saúde, cuidados ao domicílio
<b>MACOP</b>	1991	Órfãos	Alimentação, saúde, cuidados ao domicílio

Fonte: Banco Mundial, Universidade de Dar es-Salaam (1993).

## Anexo 3: Exemplos de organizações de base comunitária das zonas rurais do Zimbabué

<i>Organização</i>	<i>Data de início</i>	<i>Fonte de financiamento</i>	<i>População alvo</i>	<i>Actividades</i>
<b>Chabwira Clube de Costura</b>	1993	Donativos	Famílias afectadas	Geração de rendimentos através do comércio de vestuário, apoio emocional, formação em matéria de aconselhamento, costura
<b>Chorovakamwe Grupo de apoio das PVHS</b>	1993	FACT e FASO	Famílias afectadas, pessoas vivendo com o HIV/SIDA	Costura, produção de legumes, serviços de cuidados ao domicílio
<b>Kumutsirana Grupo de apoio</b>	1994		Pessoas vivendo com o HIV/SIDA e famílias afectadas	Costura, tricô, criação de aves, apoio emocional, partilha de informações
<b>Grupo de apoio do Hospital Missão Regina Coeli</b>	1994	Missão Regina Coeli	Pessoas vivendo com o HIV/SIDA e famílias afectadas	Geração de rendimentos, costura e tricô, apoio emocional cuidados ao domicílio e partilha de informações
<b>Grupo de apoio do Hospital de Missão St Peter</b>	1994	Hospital de Missão St Peter	Pessoas vivendo com o HIV/SIDA e famílias afectadas	Costura e tricô, apoio emocional, cuidados ao domicílio e partilha de informações
<b>Tshelanyemba Prevenção e cuidados em matéria de SIDA</b>		SAT	Famílias afectadas	Fabrico de sabão, fabrico de compotas, apoio emocional, partilha de informações e assistência material
<b>Grupo de apoio Usizo Kuzulu</b>	1994		Pessoas vivendo com o HIV/SIDA e famílias afectadas	Apoio emocional e financeiro, partilha de informações e serviços de cuidados ao domicílio

Fonte: SAfAIDS, ZAN (1995), Harare.

#### Anexo 4: Exemplos de organizações de base comunitária das zonas rurais do Quénia

<b>Organização</b>	<b>População alvo</b>	<b>Actividades</b>
<b>AKADO Intervenções em matéria de HIV/SIDA</b>	Pessoas vivendo com o HIV SIDA, em mulheres, pessoas idosas, comunidades rurais	Sensibilização para as questões relativas ao HIV/SIDA, distribuição de vestuário, educação geral em matéria de HIV/SIDA, aconselhamento e testes, cuidados ao domicílio, serviços de informação, serviços de apoio
<b>Anti-drugs movement, for better living</b>	Pessoas vivendo com o HIV/SIDA, crianças, comunidades rurais	Educação geral em matéria de HIV/SIDA, distribuição de material de IEC, formação sobre questões específicas
<b>Associação Busia Young Men Christian (YMCA)</b>	Pessoas vivendo com o HIV/SIDA, crianças, órfãos, jovens, pessoas deficientes, formadores, comunidades rurais, trabalhadores do desenvolvimento comunitário	Sensibilização para as questões relacionadas com o HIV/SIDA, distribuição de preservativos, creche, educação geral sobre HIV/SIDA, distribuição de material didáctico e de informação, educação e comunicação, formação de formadores, educação sobre HIV/SIDA através do teatro
<b>Diocese católica de Homa Bay</b>	Pessoas vivendo com o HIV/SIDA, jovens, mulheres, homens, viúvos/viúvas, comunidades rurais, urbanas, trabalhadores do desenvolvimento comunitário, trabalhadores da saúde	Educação geral sobre HIV/SIDA; distribuição de material de informação, educação e comunicação, formação de profissionais para sectores estranhos à saúde
<b>CDC/KEMRI</b>	Comunidades rurais	Educação geral sobre HIV/SIDA, aconselhamento e testes, educação sobre HIV/SIDA através do teatro
<b>Community Initiatives Support Services</b>	Comunidades rurais	Desenvolvimento do potencial de acção, serviços de apoio em caso de falecimento, educação geral em matéria de HIV/SIDA
<b>Msamaria Community Health Youth Group</b>	Órfãos, jovens, mulheres, doentes hospitalizados, comunidades rurais, trabalhadores do desenvolvimento comunitário	Educação sobre HIV/SIDA, aconselhamento sobre HIV/SIDA, creches, cuidados ao domicílio para PVHS, formação de trabalhadores de saúde, trabalhadores do sector do desenvolvimento comunitária e doutros sectores

Fonte: Kenya AIDS NGOs Consortium (1998).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) é o principal embaixador da acção mundial contra o HIV/SIDA. Ele reúne numa só as actividades de sete organizações das Nações Unidas em luta contra a epidemia: o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Programa das Nações Unidas de Combate Internacional às Drogas (PNUCID), a organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial.

A ONUSIDA mobiliza as acções contra a epidemia dos seus sete organismos co-patrocinadores, ao mesmo tempo que alia iniciativas especiais a estes esforços. O seu objectivo é dirigir e apoiar o alargamento da acção internacional contra o HIV em todas as frentes - médica, social, económica, cultural, política, da saúde pública e dos direitos humanos. A ONUSIDA trabalha com um largo leque de parceiros – governos e ONG, empresas, especialistas e não-especialistas – com vista ao intercâmbio de conhecimentos, competências e boas práticas à escala mundial.



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • UNDCP  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

**Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA**

ONUSIDA - 20 Avenue Appia - 1211 Genebra 27 - Suíça

Telef. (+41 22) 791 46 51 - Fax (+41 22) 791 41 87

E-mail: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) - Internet://[www.unaids.org](http://www.unaids.org)