

Migração e HIV/SIDA em Moçambique: Desafios da região centro de Moçambique

Inês M. Raimundo*

Resumo

A vida dos moçambicanos continua até hoje a ser caracterizada por uma série de eventos que colocam a população em situação de permanente mobilidade. Esta mobilidade se tem trazido ganhos através das remessas (em produtos e em dinheiro), e também tem trazido consequências nefastas dentre elas o alastramento do índice do HIV. A região centro de Moçambique a mais extensa em área e a mais populosa apresenta índices de HIV muito altos. Evidências empíricas têm demonstrado que os factores sócio-culturais são muito importantes, e por isso, devem ser tomados também em consideração quando abordamos questões ligadas às migrações e HIV. A revisão da literatura existente sobre este assunto e projeções sobre a prevalência do HIV em Moçambique e nas distintas regiões constituíram o suporte para a elaboração deste artigo.

Palavras-chave: Moçambique, migração, HIV/AIDS, fatores sócio-culturais

Abstract

The life of Mozambique's population today continues to be characterized by a series of events that put it at risk of permanent mobility. If this mobility has brought gains through remittances (in cash and products), it has either brought negative consequences, among them the spread of HIV index. The central region of Mozambique, the largest and most populous area of the country has very high HIV rates. Empirical evidence has shown that the socio-cultural factors are very important, and therefore must also be taken into account when discussing issues related to migration and HIV. The review of existing literature on this subject and projections on HIV prevalence in Mozambique and in different regions constituted the support for the preparation of this article.

Key words: Mozambique, migration, HIV/AIDS, socio-cultural factors.

Introdução

Os dados disponíveis sobre a epidemia do HIV/SIDA em Moçambique sugerem que as taxas de infecção continuam a aumentar, mas de forma diversa e a ritmos diferentes em todo

o país (MISAU, INE, CEP e MPF, 2000; Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA, 2003). Esta situação tem provocado um alargado debate sobre as possíveis causas e padrões de distribuição do vírus e as estratégias de

prevenção e de cura. Em diferentes perspectivas e com variado ênfase, os estudos internacionais sobre o assunto estão a crescer, com particular importância os conduzidos no âmbito do Southern African Migration Project (SAMP) entre os quais *Migrancy and HIV/AIDS: a historical perspective; Spaces of vulnerability: Migration and HIV/AIDS in South Africa, in Botswana, etc.* (William, 2002).

Em Moçambique, a relação entre mobilidade e expansão do HIV/SIDA é um assunto que só recentemente começou a ser estudado, apesar de se acreditar que o fenómeno tem uma dimensão de relevo à semelhança de países vizinhos. Se por um lado, existe uma falta geral de dados sobre quantas pessoas se deslocam internamente, para servir de base à realização de estudos sobre o tema migração, por outro lado, o tema HIV/SIDA foi, pelo menos no seio da sociedade, tabu por muito tempo e, por isso, não recebeu atenção especial para ser estudado face a outro tipo de prioridades, nomeadamente a pobreza.

A expansão do HIV/SIDA em Moçambique deve ser analisada não apenas nos aspectos da mobilidade populacional, mas, dentro de um conjunto de relações de fatores epidemiológicos e dos impactos das mudanças estruturais do país, desde a independência aos dias de hoje. A história de doenças infectocontagiosas tais como a tuberculose e as doenças de transmissão sexual bem como a sua distribuição espacial deve ser também considerada na análise do HIV/SIDA. A abordagem histórica do avanço destas doenças precisa ser tomada com mais atenção, pois, provavelmente a difusão destas doenças também esteve relacionada com o fenómeno migratório. Entretanto, a compreensão da trajetória da doença em termos espaciais e as doenças previamente referidas revelam alguns dos caminhos em que as condições económicas, relações sociais e a luta pelo poder podem desempenhar um importante papel na disseminação de doenças infecciosas como o HIV/SIDA.

O artigo baseia-se fundamentalmente em fontes secundárias e estudos diversos, nomeadamente nas projecções do INE, MISAU, CEP

e MPF (2000) e nos resultados do II Recenseamento Geral da População e Habitação de 1997.

1. Fatores do HIV/SIDA

Sabe-se que, para a totalidade do país, a taxa de prevalência do HIV/SIDA era, no ano 2000, de 13,6% (Grupo Técnico Multisectorial de Apoio a Luta Contra o HIV/SIDA, 2003), sendo de 8,4% na Região do Norte, 16,7% na Região do Centro e 14,8% na Região Sul (Grupo Técnico Multisectorial de Apoio a Luta Contra o HIV/SIDA, 2003 p.20). Da totalidade de pessoas vivendo com HIV/SIDA em Moçambique, cerca de 1,4 milhões, 52,2% concentrava-se na Região Centro. Tomando a prevalência do HIV no controle pré-natal para 2002, nos 36 postos sentinelas (postos onde se faz o rasteio do HIV em mulheres grávidas) do país, verificaram-se os seguintes valores: na região centro, a província de Sofala apresenta a prevalência mais elevada (26,5%), seguida de Manica com (19,0%) e Zambézia com 12,5%, enquanto que o norte, a província do Niassa apresentava-se com 11,1%, seguida de Nampula com 8,3% e Cabo Delgado com 7,4% (Grupo Técnico Multisectorial de Apoio a Luta Contra o HIV/SIDA, 2003, p.6). Daqui se poderia de imediato inferir que a Região Centro se apresenta com valores mais elevados devido à intensa mobilidade populacional ao longo do corredor que a liga aos países do interior, Zimbabwe, Malawi e Zâmbia com taxas de prevalência do HIV/SIDA muito elevadas. É porém prematuro estabelecer esta ligação e há que analisar as diversas vertentes do problema.

A mobilidade populacional cresce em Moçambique como na região. A questão que se coloca é a de saber em que medida ela contribui para a difusão do HIV? Sabendo-se que existe uma relação entre DTS's (doenças de transmissão sexual) e HIV qual é o grau de incidência regional em Moçambique? Qual é a relação intrínseca entre elas e a mobilidade de forma a ser estabelecida a conexão com a territorialização do HIV? Em que medida o fato de ser a Região Centro a que apresenta o maior índice de prevalência do vírus nos permite afirmar existir uma relação de causalidade entre a mobilidade populacional e o

ritmo e intensidade de difusão da doença?

Várias hipóteses têm sido levantadas em relação às causas e padrões de infecção, dentre as quais os aspectos culturais, em relação às atitudes e riscos de infecção bem como em relação à mobilidade populacional (Casimiro, 2001; Horwitz, 2001; Osório e Arthur, 2002; William, 2002). Para além das lacunas nas estatísticas oficiais não existem estudos de caso que, através de histórias de vida, nos digam em que circunstâncias alguém foi infectado ou nos provem a multifacetada relação entre mobilidade populacional e o incremento de casos de infecção, pelos fatores já mencionados.

A investigação sobre a prevalência do HIV/SIDA é limitada e as razões das diferenças do grau de infecção não são ainda muito claras. Contudo, vários autores (Casimiro, 2001; Horwitz 2001; Osório e Arthur, 2002 e Raimundo, 2002) têm vindo a demonstrar a importância da combinação de um conjunto de fatores:

- Ritos de iniciação (presença ou ausência da circuncisão);
- Marginalização econômica de algumas regiões e, por conseguinte, aumento da pobreza e por isso, maior vulnerabilidade;
- Elevadas taxas de doenças de transmissão sexual em algumas comunidades;
- Prostituição e outras formas de comércio do sexo;
- Elevada mobilidade populacional ao longo dos corredores internacionais de

transporte;

- Aumento de mulheres a experimentar a migração não por razões forçadas, mas sim, por livre vontade.

Este artigo procura estabelecer uma relação entre a mobilidade da população e a infecção, isto é, procura estabelecer uma "territorialização" dos índices de infecção e explicar os padrões de difusão espacial da doença. Evidentemente que isso não constitui um exercício fácil considerando que não existem estatísticas sistematizadas sobre o assunto, particularmente no que se refere à relação mobilidade e expansão do HIV/SIDA.

2. Quadro geral do HIV/SIDA na região austral de África e em Moçambique

Mais de 20 anos após os primeiros diagnósticos clínicos da doença, continuam a registar-se novos casos de infecção do HIV. Até ao final do ano 2001, das 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, 70% vivem na África a sul do Saara e dentro desta região, os países da África Austral são os mais afectados (Lagarde, 2001; www.unaids.org).

Horwitz (2001) e William (2002) indicam que na região austral de África, os países vizinhos de Moçambique têm uma taxa de prevalência do HIV muito alta (Tabela1).

Tabela 1: Países com elevadas taxas de infecção do HIV

Países	Taxa de infecção (%)*
Botswana	43,0
África do Sul	32,5
Lesoto	31,3
Malawi	30,4
Swazilândia	30,3
Zimbabwe	28,0
Zâmbia	27,1
Namíbia	22,7
Tanzânia	13,7
Moçambique	9,9

Fonte: Williams, 2002: Spaces of vulnerability: Migration and HIV/AIDS in South Africa. 33.

*Taxa de prevalência de infecção obtida entre os grupos de menor risco nas cidades capitais.

Moçambique apresenta a taxa mais baixa, sendo precisamente em países vizinhos, República da África do Sul (RSA) e Botswana que se registam os valores mais altos. É de admitir que o valor de Moçambique esteja subavaliado devido às lacunas nas estatísticas mas, não podemos deixar de salientar o grande contraste entre os valores. Admitindo que a mobilidade potencia a difusão da doença, é urgente estudar os padrões da difusão

para salvaguardar a situação relativamente favorável de Moçambique. Os contrastes internos no país revelam aliás essa propensão para a difusão da doença nas áreas de maior mobilidade e afectadas por migrações transnacionais de todo tipo, desde movimentos pendulares a deslocamentos sazonais por motivos de trabalho, transportes de mercadorias e outras, com o valor da taxa de prevalência mais elevado para a região centro (Tabelas 2).

Tabela 2: Taxas de prevalência em adultos (15-49 anos)

Provincia	2002	2004	Região	2001	2002	2004
Maputo cidade	15.5	17.3	Sul	14.4	14.8	18.1
Maputo provincia	14.9	17.4				
Gaza	19.4	16.4				
Inhambane	7.9	8.6				
Zambézia	15.4	12.5	Centro	16.8	16.7	20.4
Sofala	18.7	26.5				
Manica	18.8	19.0				
Tete	16.7	14.2				
Niassa	5.9	11.1	Norte	6.8	8.4	9.3
Nampula	7.9	8.1				
Cabo Delgado	5.0	7.5				
Nacional						

Fonte: República de Moçambique-Ministério da Saúde 2005.

Contudo, novos dados resultantes dos atuais 36 postos sentinela indicam que a situação tende a decrescer no caso da cidade de Maputo. Pois, de 17,4% dos casos observados no ano de 2001 em 2002 baixaram para 16% contrariamente a província de Maputo (centro de Saúde da Namaacha) que no geral, aumentou de 16,7% para 21,0% em igual período de tempo. Refere-se que o distrito da Namaacha é um posto onde a mobilidade populacional é bastante intensa por se tratar de um distrito fronteiriço. Em igual período, a cidade da Beira o Centro de Saúde de Chingussura mostrou um crescimento de 21,7% para 29,3% contrariamente a Centro de Saúde da Munhava na mesma cidade onde se registou uma estabilização de 27,0% para 2001 e 2002. DE igual modo, a vila de Manica observou um aumento de número de pessoas infectadas pelo vírus de HIV que de 14,7% em 2001 aumentou para 21,0% em 2002. Uma relativa estabilização do vírus observou-se na província de Tete enquanto que, o

norte, nomeadamente Centro de Saúde de Mavago (Niassa) subiu de 2.0% para 3.7%, Nampula (Erati) registou uma ligeira decida de 7,7% para 7,0%. Mocímboa da Praia em Cabo Delgado registou um ligeiro aumento de 5,7% para 8,7%.

O HIV é um vírus infeccioso transmitido de uma pessoa para outra através de fluidos do corpo (Horwitz, 2001; Lagarde, 2001; William, 2002). Entretanto, nem todos os fluidos, podem transmitir o HIV. O sangue, fluido feminino e masculino, leite materno possuem propriedades para transportar e transmitir a doença (Horwitz, 2001). As possibilidades de transmissão de HIV através da saliva, lágrimas, muco e suor são elegíveis devidas as suas propriedades (Horwitz, 2001). A susceptibilidade da infecção do HIV cresce ainda com a presença de doenças sexualmente transmissíveis. Por outro lado, investigações

indicam que as mulheres são infectadas mais cedo do que os homens. As infecções entre as mulheres registam-se entre os 15 e 25 anos de idade, enquanto em homens, ocorrem entre os 23 e 30 anos (Horwitz, 2001, William, 2002).

Do conjunto nacional verificam-se diferenças nas taxas de prevalência do HIV em adultos (15-49 anos). Os dados da Tabela 4 indicam a Região Centro como a mais afetada, seguida

da sul e por último da região norte. As razões para esta disparidade regional e intraregional são diversas indica-se porém, a migração como factor preponderante. A posição geográfica de Tete, Manica, Gaza e Maputo em relação aos países vizinhos nomeadamente Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e África do Sul países com altas taxas de HIV, sugere uma provável correlação entre a elevada mobilidade entre estes países e àquelas províncias, por um lado, e a difusão do HIV, por outro.

Tabela 3: Taxas de prevalência do HIV em adultos por províncias, ano 2000¹

ID	Províncias	Taxa de prevalência (%)
1	Niassa	6,8
2	Cabo Delgado	6,4
3	Nampula	5,2
4	Zambézia	12,7
5	Tete	19,8
6	Manica	21,1
7	Sofala	18,7
8	Inhambane	9,6
9	Gaza	16,0
10	Maputo província	14,3
11	Maputo cidade	13,0
12	Total nacional	12,2

Fonte: INE/MISAU/MPF/CEP, 2000, p.9

Os dados acima indicados ilustram apenas a situação em 4 postos sentinela entretanto, a

situação resultante da observação em 36 postos demonstram a seguinte situação:

Tabela 4: Taxas ponderadas provinciais de prevalência do HIV registadas em 2002 (%)

Área	Ponderada provincial	Posto sentinela da capital
Maputo cidade	17,3	16,0 - 18,0
Maputo província	17,4	Não incluída
Gaza	16,4	23,7
Inhamabane	8,6	Não incluída
Sofala	26,5	27,0 - 35,7
Manica	19,0	24,3
Tete	14,2	21,7
Zambézia	12,5	25,0
Niassa	11,1	Não incluída
Nampula	8,1	11,7
Cabo Delgado	7,5	11,3

Fonte: segundo o Grupo Técnico Multisectorial de Apoio a Luta Contra o HIV/SIDA, 2003, pp.21)

Refere-se, entretanto, que houve um crescimento de postos sentinela. Este aumento ilustra por um lado a preocupação do governo de Moçambique

sobre o estado da doença no país assim, como mais possibilidades de centros de testagem por parte da população.

Tabela 5: Evolução dos Postos Sentinela em Moçambique

Ano	No de PS	Acções	Província/distrito/cidade
1988 - 1998	4	Recolha bienal de dados nos 4 PS	1 Maputo cidade, 1 cidade de Chimoio, 1 cidade de Tete), 1 cidade da Beira
2000	20	Introdução do controlo de qualidade	7 no Norte, 8 no Centro, 5 no Sul
2001 - 2002	36	Aprofundamento dos estudos de critérios de similaridade e incorporação de informação quantitativa	10 no Norte, 16 no Centro, 10 no Sul
2002 - 2004		Efetiva implementação da vigilância epidemiológica da 2ª geração Colheita de dados biológicos, sociodemográficos, económicos e comportamentais Realocação do CS de Xipamanine em Maputo e do CS de Munhava na Beira que funcionaram em 2002 . O CS de Xipamanine foi substituído pelo CS de Chicualacuala, Gaza e o CS da Munhava pelo CS de Marrupa, Niassa.	10 no Norte, 16 no Centro, 10 no Sul

Fonte: República de Moçambique 2005: 7,8,9,10 - Legenda: PS (Posto-Sentinela) - CS: Centro de Saúde

Por regiões o centro tem o maior número de Postos sentinelas muito provavelmente devido à

maior concentração populacional do país e devido ao elevado nível da sero-prevalência (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos Postos-Sentinela por região e cobertura

Região	Posto-Sentinela	População	% em relação a População total	% de cobertura
Sul	11	3.958.584	25,9	2,77
Centro	16	6.300.011	41,2	2,53
Norte	11	5.020.148	32,8	2,19
Total	38	15.278.753	100	2,48

Fonte: República de Moçambique-Ministério da Saúde 2005; INE 1999

Os dados das Tabelas 5 e 6 revelam que existem diferenças regionais nas quatro províncias que formam o centro de Moçambique nomeadamente Manica, Sofala, Tete e Zambézia.

Estas províncias em 1997 possuíam 6.740.393 habitantes correspondentes a 41,87% da população total nacional (INE, 1999). A esperança de vida é a mais baixa do país em que os homens vivem em média 38,8 anos e as mulheres 41,6 contra a média nacional que é de 42,3 anos (PNUD, 1999). Em termos socioculturais coabitam nesta região duas formas de linhagem. A matrilinear, a norte do rio Zambeze (Alta Zambézia) e a patrilinear, a sul do rio Zambeze. Como Pereira

(1998:, p. 49) afirma, nos grupos patrilineares e virilocais de Moçambique, sediados a sul do rio Save e em alguns dos que ocupam a margem do rio Zambeze, a mulher sempre foi um "bem", uma "coisa", de que o pai ou grupo dispõem a contento, de harmonia com as convívências. É assim que, nestes casamentos, praticando-se o "lobolo"², se considera a mulher uma unidade de trabalho e, sobretudo, um elo indispensável na cadeia da reprodução. Neste contexto, nas sociedades patrilineares a mulher em nenhum momento pode decidir sobre quando manter relações sexuais. Esta estrutura permite que mesmo em situação de risco de infecção do HIV, a mulher não se recuse a manter relações sexuais com o seu esposo (Osório

e Arthur, 2002).

Os dados estatísticos indicam diferenças regionais de taxas de prevalência do HIV/SIDA contudo, ainda não indicam claramente as reais razões para tais diferenças, sendo de admitir que haja uma estreita ligação com a mobilidade populacional como a seguir se discute. Neste contexto, importa referir que na avaliação dos efeitos da migração nos lugares de chegada, deve-se tomar em consideração que o impacto da migração depende de quem é o migrante, as circunstâncias que o levam a migrar, e a estrutura social, cultural e económica em que o migrante se encontra inserido.

3. O HIV/SIDA e as migrações

A mobilidade populacional é um conceito central a este trabalho. Ele refere-se aos movimentos migratórios que caracterizam o quotidiano social e económico das populações moçambicanas. Estes movimentos manifestam-se de várias maneiras com maior ou menor incidência em cada uma das regiões do país. Assim, podemos identificar (i) o trabalho migratório, (ii) o deslocamento da população e (iii) a circulação de bens e pessoas como sendo os principais tipos de mobilidade populacional em Moçambique. O trabalho migratório tem uma grande tradição em Moçambique, sobretudo no sul e centro do país, onde o destino tradicional tem sido a África do Sul, para a região sul, e o Zimbabwe, para a região centro. Trata-se dum tipo de mobilidade em que os homens se ausentam por um período longo de tempo (entre 12-18 meses). A falta de contato com as suas famílias ou pelo menos com o meio social mais restricto dos seus locais de origem torna-os mais susceptíveis a uma vida sexual menos controlada. Esta condição faz deles vetores importantes do vírus tendo as suas mulheres como vítimas principais. O deslocamento da população é menos importante agora. Contudo, num passado recente constituiu um aspecto marcante do quotidiano moçambicano. Muitos moçambicanos viram-se obrigados a abandonar os seus locais de residência e procurar, nos países vizinhos, refúgio da guerra civil e dos efeitos das calamidades naturais que assolaram o país na década de oitenta.

Muitos viveram em campos de refugiados ou de deslocados, onde se pode supor que as condições de vida tenham facilitado a adoção de hábitos sexuais favoráveis ao alastramento do HIV/SIDA. A circulação de bens e pessoas é um fenómeno mais recente. Regista-se com maior incidência nas zonas fronteiriças e nos corredores de desenvolvimento. Inclui comerciantes, viajantes, camionistas, prostitutas, cooperantes e militares. É de supor que este fenómeno esteja na origem de formas de convivência que propiciam o alastramento da infecção por via sexual.

A ligação que se procura estabelecer entre a mobilidade populacional e a infecção tem como objetivo empírico-analítico principal identificar e isolar o aspecto da mobilidade populacional que concorre para a incidência do HIV-SIDA. Nesta fase do trabalho não é ainda possível especificar o sentido da relação entre a mobilidade populacional e os níveis de infecção. Partimos, contudo, da hipótese segundo a qual as práticas sociais relacionadas com um determinado tipo de mobilidade propiciariam o alastramento da pandemia. Constitui objetivo central deste trabalho estabelecer quais são essas práticas e de que maneira elas se insinuam nesse sentido.

O Relatório de Desenvolvimento Humano de Moçambique indica que a origem da epidemia do HIV/SIDA parece ter as suas raízes nos movimentos migratórios motivados, sobretudo, pela guerra civil entre 1976 e 1992, a qual terá provocado o êxodo de milhares de moçambicanos (estima-se que cerca de 1.500.000) para países que atualmente apresentam taxas de prevalência muito altos (PNUD,1999: p. 70) A guerra civil trouxe consigo relatos de mulheres que sofreram violência sexual. O rapto de mulheres foi prática comum sendo elas utilizadas para o prazer sexual dos soldados e para a realização de cerimônias de purificação, de começo de combates (Osório e Arthur, 2002). A assinatura do Acordo Geral de Paz em 1992 terá, no sentido inverso, provocado o retorno a Moçambique dessas populações. Com o fim da guerra, registou-se também um aumento da mobilidade interna no país, quer entre áreas rurais, entre centros urbanos e das áreas rurais

para os centros urbanos ou mesmo em sentido inverso, da cidade para o campo.

A Região Centro do país, em particular o chamado Corredor da Beira, foi particularmente atingido pela Guerra Civil, sendo a região que mais refugiados produziu. Simultaneamente, a região centro tem sofrido ciclicamente, cheias dos rios que a atravessam, Zambeze, Púngué, Búzi e Save, e secas, o que tem criado deslocados internos.

Na análise da migração como fator de difusão do HIV/SIDA, uma especial atenção deve ser dada aos corredores de desenvolvimento nomeadamente Maputo, Beira e Nacala que permitem a passagem de e para fora de milhares de pessoas que transportam consigo doenças infecto-contagiosas dentre elas as de Transmissão Sexual (DTS). Referem as estatísticas que entre 1996-97 a região centro de Moçambique registou uma taxa de DTS em adultos de 12,6%, condição que coloca a população desta região em risco de infecção do HIV (PNUD, 1999). Também fora destes corredores existe um elevado comércio interfronteiriço directo entre as províncias de Tete e Malawi e Zimbabwe e igualmente entre Manica e o Zimbabwe. O comércio é cada vez mais praticado

por mulheres que compram e vendem produtos ao longo das fronteiras internacionais. Este grupo de pessoas em constante "movimento" está exposto a múltiplos padrões sexuais nomeadamente múltiplos parceiros ocasionais (TVM, 2002; TVM, 2003).

Os dados disponíveis sobre indicadores de desenvolvimento humano (PNUD, 1999 e 2000) sugerem que o Centro é uma Região de índice de desenvolvimento humano muito baixo (0, 267) traduzido em elevado índice de pobreza. Nestas circunstâncias, maior é a tendência para a migração quer interna quer internacional (De Jong and Fawcet, 1981). Por outro lado, a escassez de emprego formal e o renascer de projetos de desenvolvimento têm proporcionado um relativo aumento de trabalho assalariado sazonal e eventual. Esta condição obriga a maior mobilidade por longos dias fora do convívio habitual da família e, por conseguinte, interações com diferentes grupos populacionais. Deste modo, os migrantes e os seus familiares estão particularmente em risco uma vez que esta doença afeTa na maior parte dos casos a população adulta em idade de trabalhar como prevêem as projecções recentemente efetuadas (Tabela 7).

Tabela 7 Novas infecções por ano do HIV em adultos (15+) e crianças por regiões. Moçambique, anos 2000 -2010 (Projecções)³

Ano	Sul		Centro		Norte	
	Adultos	Crianças	Adultos	Crianças	Adultos	Crianças
2000	49.737	5.236	69.253	14.104	42.565	2.993
2001	47.834	6.024	69.769	14.929	46.787	3.969
2002	46.385	6.670	71.524	15.581	49.560	4.970
2003	45.075	7.198	71.525	16.043	49.865	5.926
2004	44.860	7.581	74.160	16.369	49.735	6.800
2005	44.774	7.850	75.292	16.643	48.907	7.574
2006	45.806	8.054	76.673	16.825	48.163	8.232
2007	46.937	8.187	78.658	17.001	47.710	8.777
2008	48.275	8.282	79.781	17.175	47.858	9.222
2009	49.423	8.372	81.724	17.306	48.221	9.571
2010	50.375	8.419	82.862	17.461	49.052	9.854

Fonte: INE/MPF/MISAU/CEP, 2000. pp55

Entretanto, as taxas de prevalência provinciais, regionais e nacionais atribuídas em 2000 com base em dados de 20 postos sentinela (Grupo Técnico Multisectorial de Apoio a Luta Contra o HIV/SIDA, 2003, p.22) e atribuição 2002 indicam que as taxas de infecção tendem a crescer e com ligeiras diferenças regionais⁴.

Muito pode ser feito para reduzir novas

contaminações pelo HIV. Contudo, nenhuma destas ações pode ser desenvolvida sem uma correcta compreensão das razões porque, por exemplo, a região centro de Moçambique é a que apresenta maior índice de infecção e duas causas explicativas podem ser avançadas: i) a existência de um sistema de vigilância não representativo, sendo que no centro se encontram três postos,

um no sul e nenhum no norte, situação que limita o conhecimento da dimensão real da epidemia (PNUD, 1999) e; ii) o fato de os movimentos interfronteira serem maiores nesta região, devido ao seu carácter "informal" pois, por exemplo, é suficiente o salvo-conduto para se entrar ou sair de Malawi para Moçambique (vide as fronteiras de Kalomue, Biliwili e Lizulu) entre Malawi e Moçambique.

4. Os migrantes e o HIV/SIDA na região centro de Moçambique

Decosa e Adrien (1997) sugerem que a associação entre migração e HIV é muito forte dentro das condições estruturais em que a migração e o HIV ocorrem. Se por um lado, a migração ocorre no contexto da pobreza e de maior vulnerabilidade, por outro, os maiores índices de infecção registam-se em áreas de elevado índice de pobreza humana, nomeadamente as áreas rurais e as áreas de grande circulação do comércio internacional.

Considerando o avanço do HIV/SIDA como consequência da grande mobilidade populacional, que avaliação se faz nos corredores de transporte internacional? No presente artigo foi usado o exemplo da Região Centro como área de maior vulnerabilidade à difusão espacial do vírus HIV/SIDA em Moçambique devido às suas condições específicas de acessibilidade interna e externa a que anda associada a uma grande mobilidade populacional e às suas condições gerais de desenvolvimento socioeconómico.

A região centro representa 36,6% das províncias do país e 42,85% da população total de Moçambique considerando que em 2007 os moçambicanos são 20.530.714 (INE 2009).

A região é formada pelas províncias de Tete, Manica, Sofala e Zambézia conforme o map (1). A título exemplificativo, veja-se o caso da prostituição na área transfronteiriça com o Zimbabwe. A crise interna do Zimbabwe abriu as portas para maior mobilidade de vendedoras do sexo deste país para as províncias do centro do Moçambique. Numa reportagem recente da Televisão de Moçambique, as vendedoras do sexo diziam que "*...os moçambicanos pagam muito bem...e, por isso, são os melhores clientes e nós*

praticamos relações sexuais conforme o gosto e vontade o cliente" (Moçambique. TVM: Março 2003) Nestas circunstâncias, as relações sexuais são feitas sem o uso do preservativo pois dependem da vontade do cliente. Sobre esta prática, Osório e Arthur (2002:14) afirmam que "a utilização do preservativo depende, sobretudo da capacidade de negociação da prostituta com o cliente não existindo uma estratégia comum de prevenção".

De uma forma global, o fim da guerra em Moçambique permitiu o relançamento de programas de desenvolvimento e construção de grandes infraestruturas resultantes de acordos regionais e internacionais. É assim que na região centro de Moçambique estão em curso por exemplo, programas de reabilitação dos sectores das pescas, açucareiro, infraestruturas de transporte (estradas e linha férrea), mineração e produção do tabaco. Estas atividades têm absorvido mão de obra nacional e estrangeira ao mesmo tempo em que, têm atraído pessoas de diferentes estratos sociais e económicos como vendedores (ambulantes e de sexo) e camionistas de longo curso (transportadores de materiais de utilizados na construção assim como de produtos para a comercialização). Estas pessoas, muitas vezes no seu contato com as comunidades locais praticam atos sexuais que os põem em risco de infecção do HIV. (SAMP, 2003).

A ausência ou presença da circuncisão masculina deve ser também considerada nos fatores de difusão do HIV/SIDA (Horwitz, 2001). Existem a nível mundial evidências que mostram que a circuncisão masculina proporciona uma significativa proteção contra a infecção pelo HIV, uma vez que a circuncisão protege contra infecções transmitidas sexualmente (Horwitz, 2001; William, 2002). Exemplos vêm da África do Sul onde estudos recentes (William, 2002) indicam que as infecções em Kwazulu/Natal são mais altas do que no Cabo Oriental talvez porque os homens Zulus não são circuncidados enquanto os Xhosa são (Horwitz, 2001; William, 2002). Por analogia, pode-se entender as razões de elevados índices de infecção nas províncias de Tete, Manica e Sofala, onde a circuncisão não constitui prática cultural, em oposição à Alta Zambézia, de dominância matrilinear, onde a circuncisão é obrigatória.



Não obstante os dados estatísticos indicarem a região centro como a que regista a maior taxa de infecção do HIV, observa-se que as províncias de Tete, Manica e Sofala possuem as taxas mais altas de Moçambique e bastante próximas em oposição à província da Zambézia que, indica valores mais baixos e inferiores à média nacional (13,6%).

Não querendo responsabilizar na totalidade a migração como fator de elevação da taxa de infecção do HIV, é necessário discutir o contexto em que as pessoas são infetadas e outros fatores que determinam a gravidade da epidemia. Horwitz (2001) afirma que estudos levados a cabo na África do Sul e Botswana indicam que os parceiros que viajam têm o mesmo risco de infecção que os que se mantêm nas áreas de origem. Igualmente, estudos em refugiados somális na Etiópia mostram que a prevalência entre migrantes é menor do que a população que a recebe (Lagarde, 2002; Horwitz, 2001). Na Índia por exemplo, a prevalência encontrada entre os trabalhadores é menor do que nas regiões de chegada (Lagarde, 2002; Horwitz, 2001). Sendo assim, deve-se tomar com precaução a responsabilidade da migração na propagação do HIV. O que está em causa são: i) os comportamentos e atitudes dos migrantes; ii) as tradições sociais e formas de controlo tradicional no comportamento sexual que são destruídos no contexto da migração.

5. Conclusão

Um estudo desta natureza revela-se bastante pertinente considerando que anualmente novos casos de infecção são identificados ao mesmo tempo em que a mobilidade populacional se intensifica. Por outro lado, chegou o momento de tomar seriamente a questão da mobilidade populacional, uma vez que várias teorias têm vindo a mostrar que por detrás da movimentação da população se esconde o espectro da pobreza (William, 2002; Horwitz, 2001; PNUD, 1999).

Provavelmente a mobilidade não é o factor principal de risco, e, sendo assim, é urgente saber o que existe por detrás das estatísticas. Que

relação existe entre a mobilidade e a infecção para o caso concreto de Moçambique? E que tipo de vírus infecta? Será que estamos a falar do mesmo vírus? Não podemos esquecer que há diversas variedades de vírus que podem andar associadas a diferentes padrões de difusão espacial. Havendo informação sobre o tipo de vírus dominante (HIV-1 ou HIV2) pode ser que cheguemos a outro tipo de conclusões sobre os níveis de diferenciação regional entre os migrantes e os não migrantes, para o caso moçambicano.

Um estudo destes é importante para a saúde pública uma vez que o HIV/SIDA não deve ser resumido como um problema de pessoas que morrem, mas sim, procurar saber as reais causas de infecção, sobretudo na situação em que no pós-guerra civil a circulação intra e inter-regional tornou-se mais segura. O movimento interfronteiras aumentou ao mesmo tempo em que as estatísticas nos revelam que todos os países com fronteiras comuns com Moçambique apresentam índices elevados de HI/SIDA.

Considerando que a mobilidade é um dos veículos de propagação do HIV/SIDA, que política nacional de população e de saúde pode ser adequada de forma que, sem restringir os movimentos das pessoas, se garanta a redução do número de pessoas infectadas?

Para o presente estudo foi considerada basicamente a documentação existente em termos de estatísticas sobre HIV/SIDA em Moçambique, e estudos sobre migrações nas áreas de maior índice de prevalência do HIV/SIDA. Com o recurso à informação estatística disponível fez-se o cruzamento destes dados com o que existe em termos de dados empíricos sobre mobilidade nas três regiões de Moçambique. Os dados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 1997 constituem uma fonte importante a considerar, pois, apesar de não conter informação substancial sobre mobilidade indica-nos quem são os naturais e os não naturais em termos de lugar de nascimento, informação importante para caracterizar o grau de mobilidade da população.

A mais devastadora consequência da

infecção pelo HIV não se traduz apenas num valor global de óbitos mas sim nas repercursões futuras sobre a dinâmica demográfica do país, uma vez que se estima que são os adultos entre as idades de 25 e 45 anos, os estratos mais afectados no curto prazo.

Muitas acções podem ser desenvolvidas de forma a reduzir o impacto e a difusão do HIV, por exemplo, o controle das DTS's. A efectiva promoção do preservativo, que pode ter efeito a longo prazo assim como a mudança de práticas culturais tornam-se acções urgentes. Em todas as intervenções atenção especial deve ser dada aos grupos populacionais com alto risco de infecção. Grande esforço precisa ser dado ao desenvolvimento de modelos de contenção da epidemia considerando as realidades específicas de cada região. Porém, nenhuma destas intervenções poderá ser bem sucedida sem que se saibam as reais

causas de diferenciação entre regiões, e porquê estas grandes diferenças entre os migrantes e os não migrantes. Doenças não se espalham de uma região para outra sem que sejam transportadas por pessoas. Mas continuamos sem saber ao certo, em que medida estes movimentos contribuem para a difusão da epidemia do HIV. Por outro lado, em que medida os que ficam em casa particularmente as mulheres encontram-se infectadas, numa situação em que em Moçambique não existem estudos epidemiológicos que estabelecem a relação entre a migração e doenças infecciosas.

Finalmente, é de considerar que o avanço do HIV/SIDA na região austral de África e em Moçambique em particular, encontra-se inserido no contexto de mudanças ocorridas na região que terão acelerado os movimentos migratórios nomeadamente a independência da Namíbia, o fim do apartheid na África do Sul, o fim da guerra civil em Moçambique e Angola e o aumento da pobreza.

Notas

1. Segundo dados obtidos em quatro postos sentinelas.
2. O "Lobolo" é uma espécie de dote que o noivo tem de dar ao pai da noiva para este autorizar o casamento. O "Lobolo" é constituído tradicionalmente por bois e roupas e pode incluir também dinheiro.
3. Segundo dados obtidos em quatro postos sentinelas.
4. Refere-se que os valores para 2002 são estritamente para fins de comparação direta com as cifras publicadas na ronda 2000 (Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA, 2003, pp 22).

6. Bibliografia

- CASIMIRO. O impacto sócio-económico do HIV/SIDA numa perspectiva de género. Agregados familiares e comunidade nas cidades de Maputo e Quelimane e Centro dos Estudos Africanos e Ministério da Mulher e Coordenação Social. Maputo: 2001.
- CHAVECO, A. N. Projecções regionais de prevalência do HIV em adultos: impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: 2000.
- DECOSA, J.; ADRIEN, A. "Migration and HIV". AIDS 11 (Suppl. A), pp. 77-84.
- DE JONG, G. F.; FAWCET, J. T. "Motivations for migration: an assessment and a value-expectancy research model". In: DE JONG, G. F.; GARDNEL, R. W. (ed.) *Migration decision making: multidisciplinary approaches to micro level studies in developed and developing countries*. Washington: Pergamon Policy Studies, 1981. pp. 13-185.
- GRUPO TÉCNICO MULTISECTORIAL DE APOIO À LUTA CONTRA O HIV/SIDA. Relatório sobre a Revisão dos dados de Vigilância Epidemiológica do HIV-Ronda 2002. Maputo: 2003.
- HORWITZ, S. "Migrancy and HIV/AIDS: a historical perspective". South African Historical Journal, no.

45, pp. 103-123.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Resultados preliminares da população do país: III recenseamento geral da população e habitação de 2007. Maputo: 2007.

_____. Projecções anuais da população por província e área de residência, 1997-2010. Moçambique, série Estudos no. 2. Maputo, 1999a.

_____. II Recenseamento geral da população e habitação – Manica, resultados definitivos. Maputo: 1999b.

_____. II Recenseamento geral da população e habitação – Sofala, resultados definitivos. Maputo, 1999c.

_____. II Recenseamento geral da população e habitação – Tete, resultados definitivos. Maputo, 1999d.

_____. II Recenseamento geral da população e habitação – Zambézia, resultados definitivos. 1999e.

_____. Moçambique em números. Maputo: 1997.

INE/MISAU/CEP/MPF. Impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: 2000.

JACKSON, H. AIDS Africa: continent in crisis. Harare: SAFAIDS, 2002.

LAGARDE, J. Mobility and HIV spread into rural areas of West Africa: a paper prepared for the IUSSP general conference. Brasil: 2001.

MUANAMOHA, R. C. Resultados da aplicação do Modelo AIM: projecções de impacto demográfico do HIV/SIDA. Impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: 2000.

OSÓRIO, C.; ARTHUR, M. J. Saúde sexual e reprodutiva, DTS, HIV/SIDA Moçambique. Revisão da literatura. Maputo: FNUAP, 2002.

PENVENNER, J. African workers and colonial racism: mozambican strategies and struggle in Lourenço Marques. London: 1995.

PEREIRA, E. N. Mitos, feitiços e gente de Moçambique: narrativas e contos. Lisboa: Caminho-Nosso Mundo, 1998.

RAIMUNDO, I. M. From civil war to floods: implications for internal migration in Mozambique. Johannesburg, 2002. Dissertação (Mestrado – não publicada), University of the Witwatersrand.

TELEVISÃO DE MOÇAMBIQUE. Ver Moçambique: Manica. 2002.

_____. Ver Moçambique: Tete. 2003.

UNAIDS. Global summary of the HIV/AIDS epidemic. December, 2001.

_____. Disponível em: <<http://unaids.org>>.

UNAIDS; WORLD ORGANIZATION. Global summary of the HIV/AIDS epidemic. Maputo: 2001.

WILLIAM, B. "Spaces of vulnerability: migration and HIV/AIDS in South Africa". In: SAMP, Cape Town, n. 24, Jonathan Crush (ed.).