

Mortalidade de Adultos na Idade Activa e  
Sobrevivência dos Agregados Rurais em  
Moçambique:  
Resultados Preliminares e Implicações dos Esforços  
de Mitigação do HIV/SIDA

---

D. Mather, C. Donovan, M. Weber, H. Marrule, A. Alage

*Ministério de Agricultura e Desenvolvimento Rural  
Michigan State University*

Dezembro, 2003

1

## Objectivos

---

1. Avaliar a resposta dos Agregados Familiares Rurais á mortalidade na idade activa, usando dados do Trabalho do Inquérito Agrícola (TIA)
2. Determinar as estratégias usadas pelos Agregados Familiares para responder a doenças/morte
3. Identificar implicações para o delineamento dos programas e políticas agrárias

2

## Método

---

- Baseado no TIA, adicionadas as componentes demográfica e mortalidade: TIA 2002
- Perguntas aos Agregados Familiares rurais acerca de membros que morreram nos últimos 4 anos
  - Quando, causa geral, período, doença, etc.
- Comparar Agregados Familiares não afectados com Agregados Familiares afectados
- Usar a morte de adultos como indicador de morte por HIV/SIDA
- Levado a cabo com o financiamento do sector agrário

3

## Terminologia

---

- Prevalência do HIV/SIDA: % da população na idade activa infectada com HIV/SIDA
  - (Idade activa varia de acordo com o país: p.ex., 15-49 anos em Moçambique; 15-60 anos em Rwanda)
- Mortalidade:
  - Taxa de mortalidade anual por cada 1000 pessoas
  - Taxa de mortalidade como % dos adultos que morreram por doença durante um certo período (TIA 2002: 3, 75 anos) que morreram
- Percentagem de agregados familiares afectados pela morte, por doença, de adultos activos durante o período de referência (TIA 2002: 3, 75 anos de referência)

4

## Resultados Básicos do TIA 2002: Mortes por Doença na Idade Activa-1999-2002

- 217 Agregados Familiares reportaram mortes por qualquer doença = 3.75% (ver a tabela 1 anexa para detalhes)
  - (230 mortes por causas diversas = 4.2%)
- Os resultados básicos são consistentes com a expectativa
  - Alta mortalidade - Recém- nascidos/Infância
  - Baixa mortalidade – crianças
  - Mortalidade na velhice sem HIV/SIDA deve ser a mais alta.
- O que é que estes resultados nos dizem a cerca dos níveis de HIV/SIDA nas áreas rurais? Quais são os níveis "normais" de mortalidade na idade activa sem HIV/SIDA?

5

## Informação Básica - Moçambique

**Tabela 1. Características Demográficas de Moçambique com e sem SIDA - 2000**

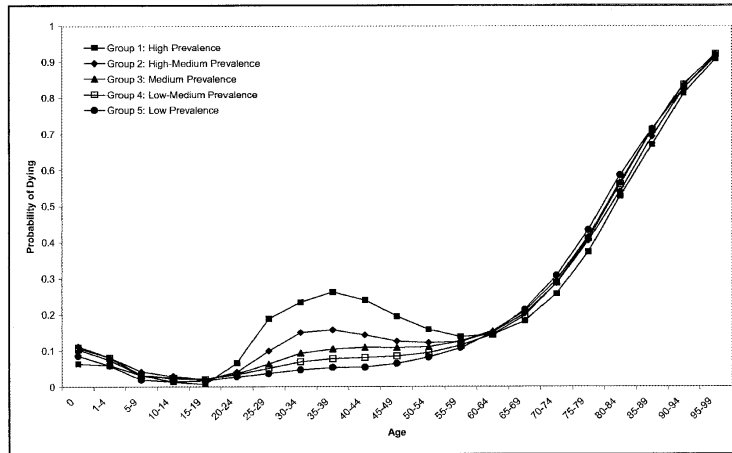
| Característica                                | Sem SIDA | Com SIDA | Mudança Bruta |
|---|----------|----------|---------------|
| Taxa de crescimento populacional <sup>1</sup> | 2.4      | 1.5      | - 0.9         |
| Esperança de Vida <sup>2</sup>                | 46.4     | 40.6     | - 5.8         |
| Taxa Bruta de Mortalidade <sup>1</sup>        | 14       | 23       | + 9           |

Fonte: 1: US Bureau of the Census, HIV/AIDS Surveillance Data Base, June 2000.  
2: Instituto Nacional de Estatística, Database, Maputo, Moçambique.

6

**Figura 2. Ilustra o efeito da morte por HIV/SIDA na idade activa**

Median UN Projected Male Age-Specific Probability of Dying 2000-2005 by HIV Prevalence Group for 35 Countries in Africa with HIV Prevalence Estimates of 1.0 percent or Greater. (source: UN AIDS Wall Chart, accessed July, 2003, UN Population Prospects 2002 Revision, and the UNAIDS 'Barcelona Report' Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, 2002)



Moçambique está incluído no Grupo 2 com Quênia, Malawi e outros.  
 Source: Ngom & Clark. Adult Mortality in the Era of HIV/AIDS: Sub-Saharan Africa<sup>7</sup>

**Figura 2. Mortalidade por Grupos de Idade na Zona Rural, 1999-2002 (media)**

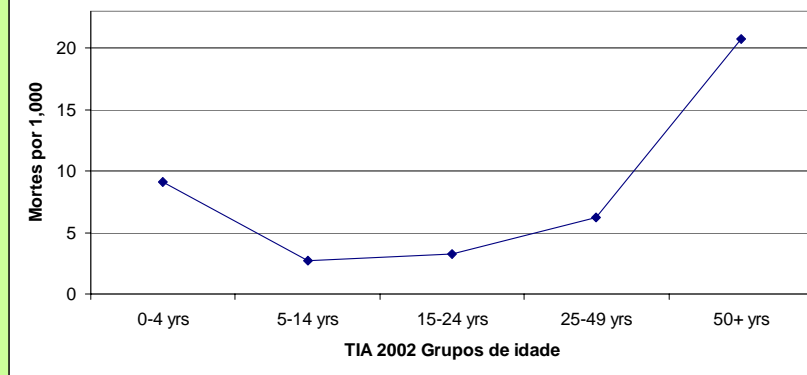
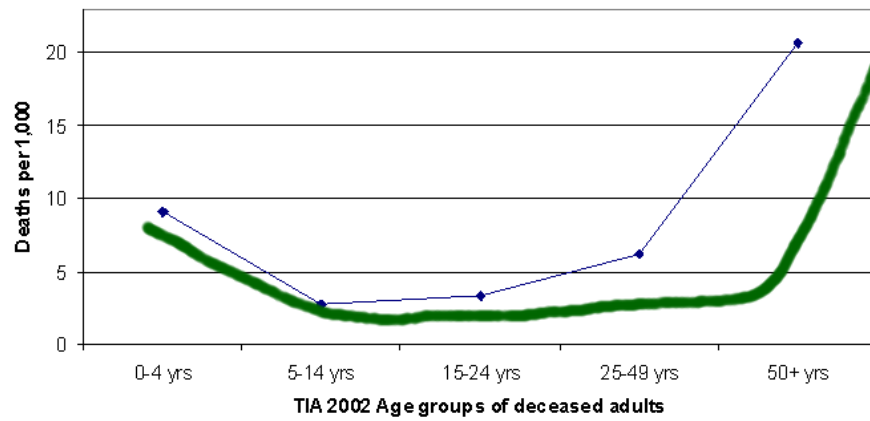
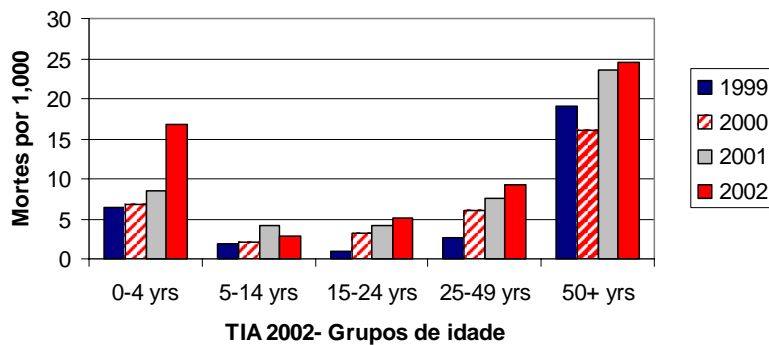


Figure 2. Adult Mortality for Rural Adults, 1999-2002 average



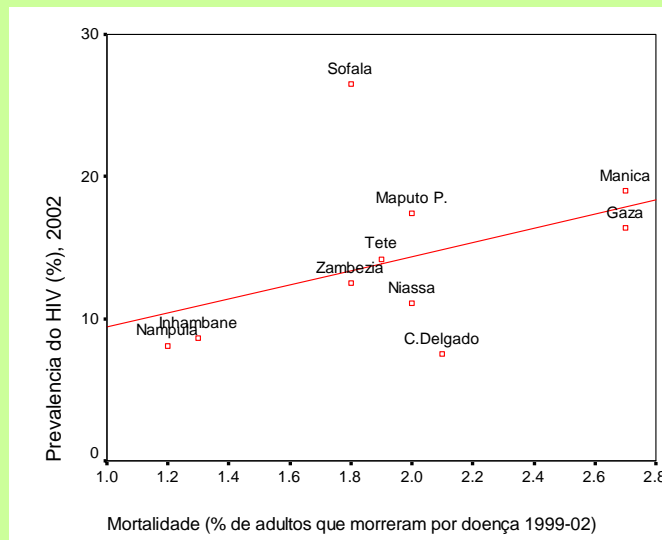
Nota: A linha verde representa uma ilustração aproximada do que aconteceria a mortalidade nos grupos etários sem as mortes por HIV/SIDA 9

Figura 3. Mortalidade por Grupos de Idade na Zona Rural, por ano 1999-2002



Fonte: TIA 2002

**Figura 4: Taxa de Prevalência de HIV, Rural e Urbana 2002 e Mortalidade de adultos na Zona Rural(15-49 anos para ambos)**



Fonte: TIA 2002 e Ministério da Saúde, Novembro 2003.

11

### Resultados: Informação sobre a Mortalidade Rural TIA 2002

**Tabela 2. Distribuição de adultos falecidos por doença comparado a outras mortes, de acordo com o seu papel nos agregados familiares, e grupo etário, TIA 2002**

| Categoria                               | % dos adultos activos não afectados |       | % dos adultos activos doentes |       |
|---|-------------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
|   | Chefe / esposa                      | outro | Chefe /esposa                 | Outro |
| Todos grupos etários de adultos activos | 65 %                                | 35 %  | 27 %                          | 73 %  |
| 15-24 anos                              | 34 %                                | 66 %  | 7 %                           | 93 %  |
| 25-49 anos                              | 86 %                                | 14 %  | 35 %                          | 65 %  |

**Conclusões chaves:**a morte de adultos na idade activa nas zonas rurais está concentrada entre os não chefe/esposa no grupo etário de 25-49 anos .

12

## **Distribuição segundo Idade e Sexo dos Adultos: Adultos Falecidos Comparado com Adultos Não Afectados**

---

1. Adultos Não Afectados:  
15-24 anos: M=41% F=42% Total=41%  
25-49 anos: M=59% F=58% Total=59%
  
2. Adultos na idade activa que morreram por doença  
15-24 anos: M=21 % F=31 % Total= 27 %  
25-49 anos: M=79 % F=69 % Total= 73%

**Conclusão chave: A morte de adultos activos nas zonas rurais está relativamente concentrada em ambos os sexos no grupo etário de 25-49 anos.**

13

## **Análise do TIA 2002: Características de Agregados Familiars Rurais Afectados e não afectados**

---

- **Revisão dos Quartis de Renda e Posse de Terra**
  - Nota: Dispersão grande entre os quartis mais baixo e mais alto (Tabela Anexo 3)
- **Renda per capita dos Agregados Familiares:**
  - Renda Total por AE são mais baixas para agregados afectados
  - Morte de homens: Agregados familiares afectados predominam no quartil de rendimento mais baixo; mas no Sul, poucos se encontram no quartil mais baixo, maior parte no quartil medio-baixo
  - Morte de Mulheres: Agregados Familiares afectados distribuem-se de um modo uniforme pelos quartís, mas no Sul, poucos se encontram no quartil mais baixo, maior parte está no quartil médio-baixo
- **Posse de Terra dos Agregados Familiares:**
  - Morte de homens e mulheres: os agregados familiares afectados possuem pouca área total e cultivada, mas a área cultivada/adulto equivalente é muito similar a dos agregados familiares não afectados.
  - Agregados familiares com morte de mulheres tendem a concentrar-se nos quartis mais baixos com área total/ AE (refletindo a probabilidade de ter menos acesso a terra antes da morte?)

14

## Mudanças demográficas nos Agregados Familiares afectados e não afectados

- TIA: Identificou muitas entradas e saídas em ambos agregados familiares afectados e não afectados:
  - As análises podem comparar os padrões para os agregados familiares afectados e não afectados
- Agregados familiares com morte de um adulto na idade activa, de sexo feminino: (Anexo Tabela 4)
  - É mais provável haver crianças a abandonarem os agregados familiares, especialmente com a morte da mulher
  - É mais provável entrar uma nova mulher adulta (mais do que o dobro da taxa dos que entram para os agregados familiares não afectados)
- Agregados Familiares com morte de um adulto na idade activa de sexo Masculino.
  - A taxa de entrada de adulto nos agregados familiares afectados é Similar a taxa de entrada nos agregados não afectados
- Portanto, enquanto a morte de adulto na idade activa reduz consideravelmente o tamanho do agregado familiar, agregados familiares com morte de mulher na idade activa possuem melhor capacidade de ajuste (Anexo Tabela 5)
  - Morte de Mulher: Entram mulheres novas; saem crianças → Pequeno aumento da taxa de dependência (+0.41)
  - Morte de Homem: Não há entrada de homens; as crianças mantêm-se → Maior crescimento da taxa de dependência (+0.70)

15

## Nível de Escolaridade dos Membros com Doença Crónica como condição para Indivíduos Falecidos \*

- Escolaridade de homens na idade activa activos actualmente doentes:
  - É mais provável haver adultos activos não escolarizados infectados (32%) do que não afectados (20%)
  - Muito provável que tenham terminado ensino primário
- Escolaridade de mulheres activas actualmente doentes:
  - O padrão neste grupo têm comportamento semelhante tanto para as não escolarizadas bem como para as que acabaram a escola
- Implicações:
  - O material de educação desenvolvido sobre HIV para as zonas rurais deveria atingir vários níveis de educação

(\*Não foram obtidos os níveis de escolaridade dos falecidos, mais informação será necessária)

16

## **Resultados-1: Estratégias para Mitigar os efeitos de Morte de Adultos Activos na Actividade Agrícola**

- Pergunta semi-aberta para o respondente: foram permitidas no máximo três respostas em relação a cada indivíduo falecido (Anexa Tabela 6 estratégias básicas identificadas)
- Pergunta: “Identifique 3 estratégias mais importantes levadas a cabo pelos agregados familiares para minimizar os efeitos da morte (saida) dum pessoa nas actividades da agricultura e pecuária”.

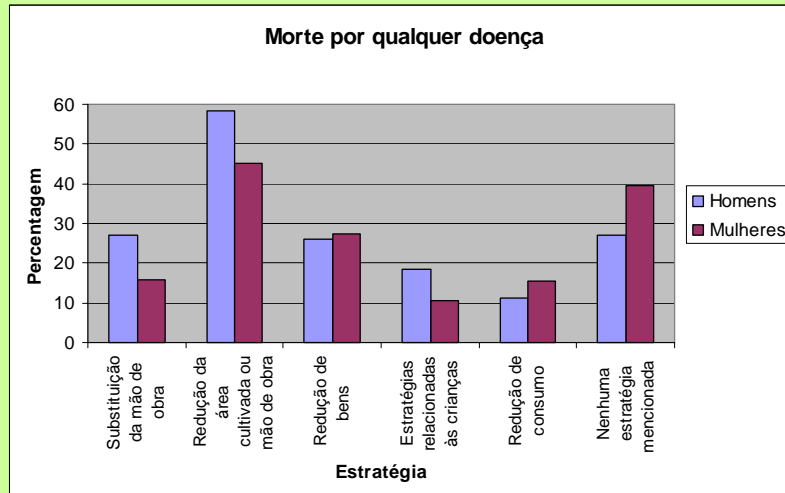
17

## **Resultados-2: Estratégias para Mitigar os efeitos de Morte de Adultos Activos na Actividade Agrícola**

- Ajustamento de Grupos de estratégias após a codificação:
  - Substituição da mão de obra
  - Redução da área cultivada ou mão de obra usada
  - Redução de bens
  - Estratégias relacionadas com as crianças (podem ser subestimadas)
  - Estratégias de redução de consumo
  - Nenhuma estratégia identificada
- Análise de estratégias de agregados familiares com registo de morte (n=217), comparação das características daqueles que usaram uma estratégia e os que não usaram a mesma
- Anexa Tabelas 7 e 8 mostram a comparação de resultados
- Figura 5 mostra estratégias agrupadas por género do falecido

18

**Figura 5. Estratégias escolhidas por agregados familiares com adultos falecidos por doença, por género da pessoa falecida**



19

### **Análise dos Resultados-1: Quem está adoptando, que estratégia e o que está associado com isto?**

- 1-Contratação de mão de obra ou aumento da prática de ajuda mútua (Anexas Tabelas 7 & 8)
  - Esta estratégia é mais comum em casos de morte de homens do que de mulheres (\*\*)
  - Os agregados possuem alta renda per capita, mais terra /AE, mais AE's, e grande declínio de AE nos agregados familiares
- 2-Aumento do uso da mão de obra infantil
  - É mais frequente em casos de morte do chefe de agregado familiar (\*)
  - Os agregados possuem baixo rendimento per capita, área total maior/AE, e alto declínio AE
- 3-Redução da área cultivada, é a estratégia mais comum mas compreende apenas 44 % dos casos
  - É mais frequente em casos de morte de homens, especialmente quando o chefe é homem (\*\*)
  - Os agregados possuem baixa renda per capita, baixo AE's (\*)
- 4-Redução de mão de obra na sacha
  - Mais provável em caso de morte de homem/esposa comparado a outro membro (\*)
  - Os agregados possuem baixa renda per capita, maior área total /AE; baixo AE(\*)

20

## **Análise dos Resultados-2: Quem está adoptando, que estratégia e o que está associado com isto?**

---

- 5-Redução do poder de compra (cash), criação de animais, ou outros bens
  - Mais frequente em caso de morte de mulher (\*), morte do chefe/esposa(\*)
  - Os agregados têm relativamente alta renda
- 6-Mandar crianças para fora dos agregados
  - Mais frequente em caso de morte de mulher (\*), morte do chefe/esposa(\*), e especialmente quando o chefe é mulher(\*\*)
  - Os agregados possuem alto rendimento per capita, menos terra /AE menos AE's
- 7-sem estratégia declarada
  - pouco provável em caso de morte de homem chefe/esposa (\*\*),
  - os sem estratégia são mais frequentes entre os agregados familiares com outros membros falecidos(\*\*) ou morte de mulher(\*)

21

## **Implicações Para o MADER: Políticas e Programas Para Mitigação do MADER - I**

---

- Estimativa da morte de adultos na zona rural e doenças crónicas como indicador para HIV/SIDA
  - Uma estratégia importante para investigação
  - Inclusão de dados demográficos/dados sobre morte no TIA2002 dão possibilidade de estimar a taxa de mortalidade rural e possibilita analisar os efeitos nos agregados familiares e suas respostas
- O nível de HIV/SIDA nas zonas rurais é claramente problemática e crescente --- (mais alto do que o que a sabedoria popular sugere)
  - Este problema precisa de atenção do MADER, bem como do sector da Saúde
  - Mas o MADER também precisa comprometer-se para o aumento da produtividade entre os pequenos produtores não afectados como forma de desenvolver Moçambique

22

## **Implicações Para o MADER: Políticas e Programas Para Mitigação - II**

---

- Muitas estratégias de ajustamento encontradas entre os agregados e indivíduos afectados indicam a necessidade de desenvolver uma série de materias e métodos educacionais
  - As diferenças nas taxas de mortalidade Provincial e /ou regional sugerem a necessidade de serem focalizados geograficamente
  - A preponderância da morte de adultos activos dos não chefes de agregado familiar implica certa ênfase nos jovens adultos se a prevalência da taxa de crescimento está a decrescer
  - Discrepância de níveis de rendimento e escolaridade entre individuos afectados requer material educacional/estratégias apropriadas para cada grupo alvo.

23

## **Implicações Para o MADER: Políticas e Programas Para Mitigação - III**

---

- Agregados familiares com impacto da morte de um adulto sofrem de uma forma não ambígua a perda de mão de obra, bens e conhecimentos
  - Há pequena evidência de que os agregados familiares afectados são capazes de manter os níveis básicos de rendimento e consumo
  - Alguns agregados afectados reduzem a área cultivada e/ou mão de obra (sacha) o que reduz a produtividade
  - Com tudo, está claro que o MADER precisa considerar respostas apropriadas para mitigar os efeitos negativos e agregá-las aos agregados familiares afectados

24

## **Implicações Para o MADER: Política Tecnológica & Desenvolvimento- I**

---

- Heterogeneidade de estratégias:
  - A perda de mão de obra familiar devido a morte não significa que mão de obra torna-se necessariamente o principal constrangimento na produção agrícola-- alguns agregados são capazes de substituir a mão de obra
  - Nem todos os agregados afectados reduzem a área cultivada – menos de metade dos agregados afectados indicam redução na área cultivada ou na mão de obra usada como estratégia de ajustamento
  - Então, precaução na diversificação dos fundos de investigação para culturas que precisam pouca mão de obra e investimento tecnológico na agricultura /pecuária

25

## **Implicações Para o MADER: Política Tecnológica & Desenvolvimento- II**

---

- Inovações na poupança de mão de obra e investimento que reduzem a procura de mão de obra feminina nas actividades do agregado familiar (procura de lenha /água,cozinhar)
  - Mais benéfico para a maioria dos agregados familiares afectados (do que as culturas e tecnologias que poupam mão de obra)
  - Essas inovações poderão beneficiar TODOS os agregados familiares rurais -- especialmente os mais pobres -- não apenas os afectados
- Atenção balanceada para as famílias afectadas bem como as não afectadas
  - Rendimento rural das famílias não afectadas é muito baixo, especialmente no quartil mais baixo de rendimento
  - Os fundos de investigação agrícola são escassos, o crescimento da produtividade global é necessário para todos

26

## **Implicações para o MADER: Terra, alimentação, outra Política & Assistência para os agregados familiares afectados**

---

- Agregados familiares com morte de uma mulher tendem a ter melhor capacidade de substituir a mão de obra (e reter bens, especialmente a terra) do que quando com a morte de um homem
  - Alguma atenção nos agregados com homem doente ou morto
  - Considerar cuidados caseiros e assistência para os doentes combinado com o treinamento em cuidados de saúde para potenciar o cuidado dado.
  - Contudo, é essencial focalizar assistência alimentar para atingir os mais vulneráveis evitando a comercialização, desincentivando os agregados familiares não afectados
- O direito da terra para as viúvas e/ou seus filhos é crítica
  - Permitiria que os bens dos agregados não sejam tão reduzidos,
  - Permitiria o aluguer da terra como estratégia de obtenção de rendimento
- Considerar o uso de suplementos nutricionais e ARV's para manter as pessoas activas dentro do possível

27

## **Implicações Para o MADER: Conhecimento e Transferência de Políticas**

---

- A morte prematura de adultos reduz a transferência de conhecimentos inter-gerações de produção agrária
  - É necessário introduzir no curriculum das escolas rurais treinamento agrário
- Contudo, algumas estratégias de ajustamento dos agregados rurais inclui a retirada das crianças da escola e/ou mais uso da mão de obra infantil nas actividades de rendimento, reduzindo assim o nível de escolaridade
  - O que se pode fazer para manter as crianças na escola?  
Direccionar refeições gratuitas aos mais vulneráveis seria difícil, mas seria um investimento efectivo proporcionar refeições para todos?

28

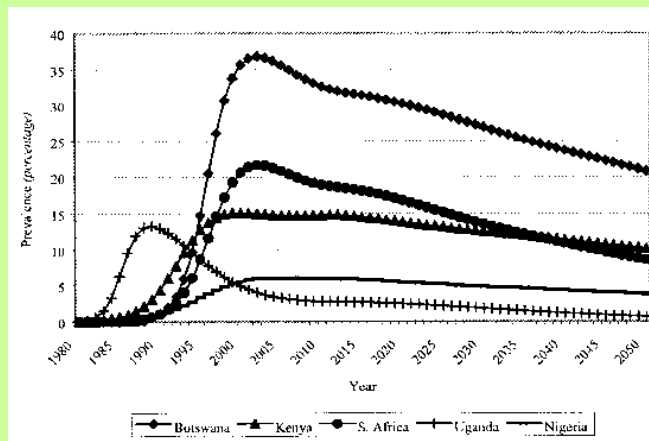
## Implicações Para o MADER: Programas e Políticas de Bem estar da Criança

- Efeitos potencialmente negativos em crianças que saíram das suas famílias
  - Será que as crianças adoptadas recebem a educação escolar? Terá esta função a ver com o género da criança?
  - Devido a dissolução de alguns agregados familiares, os inquéritos dos agregados familiares irão provavelmente subestimar o número de crianças enviadas para outras famílias ( ou órfãos) ... Também, a estratégia da pergunta do TIA, subestima o efeito da morte de um adulto no bem estar da criança no geral
- O TIA 2002 mostrou que as crianças com idade entre 0-4 e 5-14, bem como os novos membros que entram nas famílias não afectadas, vêm devido a morte noutra agregado familiar para viver como membro de uma família alargada
  - O que se pode fazer para incentivar as famílias não afectadas a ajudar estas crianças a terem acesso a educação e cuidados de saúde?

29

## Que caminho Para Moçambique? Deverá haver mudança no comportamento da população rural e urbana

Figura 6. Prevalência de HIV estimada e projectada entre o grupo etário de 15-49 anos em países seleccionados, 1980-2050



30

## Mudança de Comportamento: Papel Para o MADER , Líderes Nacionais, Locais e Agricultores?

---

- Dentro do MADER - Extensão e consciência do agente de investigação
- MADER-Extender os materiais aos clientes -informação sobre a agricultura impacto do HIV/SIDA sobre os agregados rurais para facilitar a discussão:objectivo- **estimular a população para discutir aberta e localmente os efeitos da doença e morte por HIV/SIDA**
- **Como é que o MADER poderá reforçar outros esforços nacionais e locais para acabar com o estigma da discussão dos efeitos do HIV/SIDA?**
- ( O que é que Moçambique poderá aprender da experiência de Uganda? )
  - tendência para falar abertamente com família e amigos acerca dos efeitos do SIDA→
  - discussões mais facilitadas e realísticas sobre a epidemia do SIDA →
  - encorajamento das pessoas a tomarem medidas de prevenção →
  - a cima, é uma mensagem complementar de saúde sobre como proteger-se

31