

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

O impacto do género nos índices de pobreza da Guiné-Bissau

Estudo de caso: De que forma é que a crise pandémica COVID-19 veio influenciar a relação género-pobreza?

Catarina Santos Pinheiro Massa Gomes

Mestrado em Estudos de Desenvolvimento

Orientadora:

Doutora. Clara Afonso de Azevedo de Carvalho Piçarra,
Professora Associada, Departamento de Antropologia, Iscte -
Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2021



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Economia Política

O impacto do género nos índices de pobreza da Guiné-Bissau

Estudo de caso: De que forma é que a crise pandémica COVID-19 veio influenciar a relação género-pobreza?

Catarina Santos Pinheiro Massa Gomes

Mestrado em Estudos de Desenvolvimento

Orientadora:

Doutora. Clara Afonso de Azevedo de Carvalho Piçarra,
Professora Associada, Departamento de Antropologia, Iscte -
Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2021

Dedico esta dissertação a todas as mulheres.

Continuamos na luta diária para que um dia a igualdade seja garantida.

Dedico também à minha irmã Filipa porque ela me faz querer ser uma melhor mulher todos os dias. Obrigada pela força durante esta caminhada. Não tenho dúvidas de que a tua caminhada será bem menos penosa que a minha e o sucesso será garantido.

Agradecimentos

Um agradecimento especial à minha mãe Teresa, ao meu pai Luís, à minha avó Isabel e à minha avó Maria, por nunca terem desistido de mim e por me terem fornecido com tudo o que eu precisei para superar este desafio.

Ao Filipe, ao Diogo, à Catarina, à Francisca, à Mónica, à Sofia, à Bruna e ao resto dxs amigxs que me acompanharam nesta caminhada. Obrigada por todo o apoio, palavras de consolo, noitadas e choradeira.

À Flávia que foi a minha salvação, foi incansável. A melhor orientadora não formal que podia ter pedido.

À minha orientadora Doutora Clara Carvalho.

Mas acima de tudo agradecer a mim mesma, sem mim nada teria sido feito e foi só mais uma prova de que eu consigo tudo.

Resumo

As questões do desenvolvimento económico, da modernização, da participação política, da democracia e da mobilidade social só podem ser equacionadas depois de abordadas a pobreza e a exclusão social. Homens e mulheres encontram-se, à partida, em posições desiguais na sociedade, devido a um desequilíbrio de poder a favor dos primeiros. Este poder tem sido consolidado com o auxílio de normas socioculturais enquadradas num sistema patriarcal, que remete a mulher para uma posição subalterna e de inferioridade, impedindo-a de beneficiar dos mesmos direitos dos homens nas esferas da saúde, educação, família e mercado de trabalho. Com a pandemia causada pela COVID-19, centenas de milhões de mulheres no mundo enfrentam uma ameaça à sua saúde e bem-estar, incluindo maus-tratos, violência baseada em género, exploração, exclusão social e separação dos seus tutores.

A Guiné-Bissau, é um país com uma elevada taxa de mortalidade materna e com um dos mais baixos posicionamentos do Índice de Desenvolvimento Humano do mundo. A pandemia colocou a economia global na sua pior recessão desde a Segunda Guerra Mundial e esta investigação concluí, que o país africano está mal preparado para absorver este grande choque exógeno, correndo o risco de um grande revés dos ganhos de desenvolvimento obtidos durante as últimas décadas, principalmente no que toca a igualdade de género. Nesta dissertação analiso de que forma a COVID-19 veio afetar as dinâmicas de género-pobreza.

Palavras-chave: género; pobreza; igualdade de género; Guiné-Bissau; mulher; COVID-19.

Abstract

The issues of economic development, modernization, political participation, democracy and social mobility can only be addressed once poverty and social exclusion have been tackled. Men and women are initially in unequal positions in society due to an imbalance of power in favor of the former. This power has been consolidated with the help of sociocultural norms framed within a patriarchal system, which consigns women to a subordinate and inferior position, preventing them from enjoying the same rights as men in the spheres of health, education, family, and the labor market. With the pandemic caused by COVID-19, hundreds of millions of women around the world face a threat to their health and well-being, including mistreatment, gender-based violence, exploitation, social exclusion, and separation from their guardians.

Guinea-Bissau is a country with a high maternal mortality rate and one of the lowest Human Development Index rankings in the world. The pandemic has put the global economy in its worst recession since World War II, this investigation concludes that the African country is ill-prepared to absorb this major exogenous shock, running the risk of a major setback of the development gains made during the last decades, especially when it comes to gender equality. In this dissertation I analyze how COVID-19 has affected gender-poverty dynamics.

Keywords: gender; poverty; gender equality; Bissau-Guinee, woman, COVID-19

Índice	
Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Glossário de siglas.....	vii
Introdução	1
CAPÍTULO 1 - Pobreza e Desigualdade de Género: revisão da literatura	3
1.1 A Questão da Pobreza.....	3
1.2 (Des)Igualdade de Género.....	6
1.3 Interseccionalidade.....	10
1.4 Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Políticas de Cooperação Internacional para a Igualdade de Género.....	12
1.5 Os Cuidados de Saúde e a Relação com o Género.....	13
1.6 Violência baseada no Género.....	16
1.7 Mutilação Genital Feminina.....	17
CAPÍTULO 2 - O impacto do COVID-19 na relação género pobreza	20
2.1 O impacto da pandemia na relação com o género - a violência e o poder económico.....	20
2.2 COVID-19 em África.....	23
2.3 Impacto da crise pandémica na desigualdade de género na Guiné-Bissau ...	24
2.3.1 A Guiné-Bissau.....	24
2.3.2 Desigualdade de género na Guiné-Bissau.....	26
2.3.3 Acesso aos cuidados de saúde das mulheres na Guiné-Bissau.....	30
2.4 COVID- 19 na Guiné-Bissau.....	33
2.4.1 O confinamento e impacto no (des)emprego.....	37
CAPÍTULO 3 - Conclusões Finais	39
Referências bibliográficas	43
Sites consultados:	50

Glossário de siglas

AF	Agregados Familiares
AUC-WGDD	Direção de Mulheres, Género e Desenvolvimento da Comissão da União Africana
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
IPG	Índice de paridade de género
IRA	Infeção respiratória aguda
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
HIV/VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
MGF	Mutilação genital feminina
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MICS6	Sexta Ronda do Inquérito aos Indicadores Múltiplos por Conglomerados
MSP	Ministério da Saúde Pública
ODM	Objetivos do Desenvolvimento Humano
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OHCHR	Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA	Programa das Nações Unidas para o VIH/SIDA
PAE	Programas de Ajustamento Estrutural
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População

Introdução

A desigualdade de género tem sido dos temas mais falados dos últimos anos. As mulheres em países em desenvolvimento começam a ganhar cada vez mais voz. É urgente que a temática ganhe mais visibilidade. A Guiné-Bissau é um dos países mais pobres do mundo. Com o seu passado colonial, a sua relação com Portugal é proeminente o que despertou o meu interesse pelo país. Ao dar visibilidade ao país e aos seus problemas, posso eventualmente contribuir para uma mudança. O povo da Guiné é pobre aos olhos da sociedade do Norte Global, mas é muito rica em recursos naturais. São um povo alegre e que aconchega, contudo, as injustiças sociais que minorizam mulheres não podem continuar encobertas pelo Estado.

Nesta dissertação, pretendo destacar como a falta geral de desenvolvimento e o fraco sistema de saúde podem representar um grande desafio na abordagem da situação da COVID-19 na Guiné-Bissau e assim investigar de que forma o género e a desigualdade de género têm impacto na pobreza da população da Guiné Bissau. Contudo, estive sempre consciente das limitações devido à escassez de literatura acerca do setor de saúde na Guiné-Bissau, à dificuldade em aceder aos registos escritos das organizações que atuam no país ou da falta de prática das pequenas organizações informais em manter registos das atividades de forma formal.

Sublinho que no campo da desigualdade de género, a noção binária de Género é entendida como uma construção social e, portanto, não adquirida à nascença. Será utilizada por oposição à ideia de Sexo, entendida como um atributo biológico adquirido à nascença.

O surgimento do vírus exacerbou as insuficiências da Guiné-Bissau na prestação de serviços e instituições públicas, bem como a vulnerabilidade geral do país, revelando a sua dependência e falta de diversificação. Os fracos progressos nas reformas importantes e no reforço institucional como resultado da insegurança política nas últimas décadas têm sido um grande entrave para o desenvolvimento país, algo que se tornou mais proeminente devido à atual crise. A capacidade interna de lidar com a situação sanitária é bastante limitada. A presença de um número elevado de doenças, que já habitualmente

assolam o país, como a ébola, bem como a falta de infraestruturas, tornam a pandemia da COVID-19 uma emergência de difícil gestão para a Guiné-Bissau. A reduzida capacidade de testagem e a falta de recursos médicos hospitalares irão rapidamente sobrecarregar o sistema de cuidados de saúde. A economia é fundamentalmente informal, com as exportações de castanha de caju em bruto a impulsionar a maior parte desta atividade. Os bloqueios causados pela pandemia, fizeram recuar a campanha anual do caju, o principal acontecimento económico do ano, prejudicando os rendimentos de 80% da população. A escassez de esquemas de proteção social e o esgotamento das finanças públicas deixam o governo com pouca capacidade de proporcionar uma rede de segurança para a sua população ou de proporcionar um estímulo à economia.

Esta investigação visa responder à seguinte questão de partida: “Como é que a pandemia COVID-19 veio influenciar a dinâmica género-pobreza na Guiné-Bissau?”.

Tem por objetivos:

1. Definir a relação género pobreza;
2. Identificar o impacto da pandemia COVID-19 em África;
3. Analisar a capacidade de resistência a uma crise pandémica na Guiné-Bissau.

Na realização deste ensaio, baseio-me, sobretudo, na análise de conteúdo qualitativa. Consiste numa técnica de recolha documental, realizada em literatura académica e em relatórios. Foi realizada com recurso a bases de dados inseridas na B-on, Google Scholar, SciELO, UN Woman e UNFPD, sendo o objetivo primordial a descrição objetiva, sistemática e qualitativa de tais conteúdos (Amado, 2013).

A dissertação está dividida em 3 partes sendo a primeira a revisão de literatura, onde estão definidos conceitos como pobreza, desigualdade de género e violência de género; a segunda centra-se no estudo de caso onde é analisado o impacto do vírus COVID-19 na dinâmica género-pobreza; na terceira e última parte estão incluídas as conclusões finais.

CAPÍTULO 1 - Pobreza e Desigualdade de Género: revisão da literatura

1.1 A Questão da Pobreza

O conceito de pobreza tem muitas abordagens e muitas definições mediante os investigadores. Pode ser considerada algo relativo e, segundo a abordagem de Gita Sen (1997), uma investigadora feminista, o *Desenvolvimento* é visto como um processo de eliminação de privações de liberdades e ampliação das liberdades substantivas interligadas de diferentes formas e que as pessoas têm razões para valorizar, ou seja, consiste numa noção aberta, que respeita a diversidade humana e a sua liberdade de escolha. Por outro lado, entende que a *Pobreza* consiste numa privação de capacidades, em vez de meramente um baixo nível de rendimentos. Esta conceção não significa uma negação da ideia sensata de que os rendimentos baixos são claramente uma das causas principais da pobreza, pois a falta de dinheiro pode ser uma razão primordial da privação de capacidades de uma pessoa (Sen, 1997).

Como primeira fonte de privação de liberdades, Sen (1997) aponta a *Pobreza económica*, que impede as pessoas de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória, de conseguir remédios para doenças tratáveis, vestuário ajustado ao clima, condições de habitabilidade com acesso a água potável e saneamento básico. Em segundo lugar, a investigadora indica a *Carência de serviços públicos e de assistência social*, que se traduz na ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planeado de assistência médica e educação ou de instituições eficazes para a manutenção da paz e da ordem locais. E, por fim, a negação de liberdades políticas e civis por regimes autoritários e de restrições impostas à liberdade de participar da vida social, política e económica da comunidade.

A literatura (Sen, 1997; Costa, 1984) considera que existem *pobrezas*, isto é, diferentes níveis de pobreza, pois a desigualdade manifesta-se, também, entre os pobres e não só entre as diferentes classes socioeconómicas. As diferentes dimensões de pobreza apresentam-se de forma diferenciada e agravada no caso de alguns grupos sociais mais discriminados e mais sujeitos a relações de dominação e exclusão, como é o caso das mulheres, dos jovens, dos idosos, dos negros, dos indígenas, das minorias sexuais ou das

peessoas com deficiência. Assim, existem diferentes tipos de desigualdade que agravam estas dimensões de pobreza, sendo necessária uma análise interseccional.

Segundo Alfredo Bruto da Costa (1984), existe *Pobreza Absoluta e Pobreza Relativa*. Para definir a primeira, o autor baseou-se no relatório do Banco Mundial, “uma condição de vida de tal modo caracterizada por subnutrição, analfabetismo e doença que fique abaixo de qualquer definição razoável de decência humana” (p.12), e para definir o segundo tipo de pobreza, o autor entende que as características específicas de cada sociedade constituem o principal termo de referência para a própria definição da pobreza, por exemplo, “será pobre uma determinada percentagem da população que constitua a porção mais desfavorecida da população, ou, alternativamente, fixar-se-á o limiar de pobreza ao nível de determinada percentagem do rendimento médio familiar?”.

Henriques (2004) entende que a pobreza é um problema *wicked* ou perverso, na medida em que não pode ser resolvido, só pode ser “(re)resolvido” (p.35). Dada a natureza estrutural da pobreza, a natureza da ação local anti pobreza e a natureza dos processos de planeamento neste contexto, é exigida uma análise cuidadosa destas questões e recomenda-se a reabilitação de estruturas empobrecidas envolvendo pessoas pobres em processos participativos, por exemplo.

Para qualquer problema “domado” pode ser colocada uma formulação exaustiva contendo toda a informação que o solucionador de problemas necessita para compreender e resolver o problema, contudo, isto não é possível com os problemas designados *wicked*. A informação necessária para compreender o problema depende da ideia de cada um para o resolver, pois segundo o professor José Manuel Henriques (2004), para descrever um problema *wicked* com suficiente detalhe é necessário desenvolver um inventário exaustivo de todas as soluções concebíveis antes do tempo. A lógica subjacente é que cada pergunta que pede informação adicional depende da compreensão do problema e da sua resolução nessa altura, ou seja, a compreensão e a resolução do problema são companheiras uma da outra. Os autores Rittel e Webber (1973) colocam questões bastante pertinentes:

“Será que a pobreza significa baixo rendimento? Sim, em parte. Mas quais são os fatores determinantes do baixo rendimento? Será uma deficiência das economias nacionais e regionais, ou será uma deficiência das competências cognitivas e profissionais no seio da força de trabalho? Se [a resposta for] esta última, a declaração do problema e a solução do problema deve englobar os processos educativos. Mas, então, onde

reside o verdadeiro problema dentro do sistema educativo? O que poderá então significar melhorar o sistema educativo?” (p. 7)

Deste modo, encontrar o problema é equivalente a encontrar a solução, pois o problema não pode ser definido até que a solução tenha sido encontrada (Rittel & Webber, 1973; Henriques, 2004).

Nas últimas décadas, tem-se verificado um rápido crescimento nas desigualdades de rendimento e de riqueza, tanto em países pobres, como em países ricos, e, por este motivo, têm-se vindo a medir mais as *desigualdades verticais* - como foi explicado anteriormente -, que classificam os indivíduos e agregados familiares pela sua posição na hierarquia de rendimento e riqueza, em contraste com as *desigualdades horizontais*, que se referem a desigualdades entre grupos socialmente definidos e que, muitas das vezes, são transversais aos grupos de rendimento – como também já mencionado. As desigualdades verticais captam a atenção para as desigualdades baseadas na classe económica, enquanto as desigualdades horizontais abordam a discriminação com base em identidades sociais marginalizadas, tais como o género, a raça e a classe social (Kabeer, 2015).

Numa investigação inicial sobre a pobreza, partiu-se do princípio de que as famílias eram unificadas internamente e que os seus rendimentos eram distribuídos equitativamente entre os seus membros. Consequentemente, pensava-se que todos os membros das famílias eram suscetíveis de serem igualmente pobres ou igualmente abastados. Este pressuposto foi posto em causa por provas empíricas de que os défices de rendimento afetavam de forma mais grave e sistemática alguns membros do agregado do que outros, na maioria das vezes em função do seu género e idade. Esta conclusão abriu as portas a um entendimento da *pobreza na ótica do género*. Assim, a economista Naila Kabeer, (2015) considerou importante distinguir a pobreza entre pobreza como *Estado* e como *Processo*.

A pobreza enquanto *Estado* é expressa como uma visão instantânea dos défices das necessidades básicas das pessoas pobres num determinado momento; por outro lado, a pobreza como *Processo* centra-se nas causas e mecanismos da transmissão da pobreza ao longo do tempo e das gerações. Esta distinção reflete acerca da forma como mulheres e homens vivem o estado de pobreza de modo diferente e, muitas vezes, desigual e empobrecem através de processos que, por vezes, divergem. A título de exemplo do *estado de pobreza*, Kabeer (2015) partiu do seu próprio estudo no Bangladesh:

“Os rendimentos dos agregados familiares eram distribuídos de forma horizontalmente desigual, discriminando sistematicamente as mulheres e as raparigas. Embora as desigualdades de género não se limitassem aos pobres, tendiam a ser exacerbadas pela pobreza. As mulheres poderiam enfrentar dificuldades em suportar o seu agregado familiar, pois, ao terem determinados trabalhos, estariam a ir contra normas de género da sua cultura” (p.7).

A utilização da expressão “o mais pobre dos pobres” em relação à chefia feminina familiar em várias regiões do mundo serviu, ao longo do tempo, para a estabelecer como um marco do processo percecionado de "feminização da pobreza".

A própria existência de agregados familiares dirigidos por mulheres foi considerada como um indicador de pobreza. As tentativas de estimar a percentagem de mulheres e homens que vivem na pobreza apoiaram-se nesta equação entre a chefia feminina e a pobreza, que se crê ter dado origem à estatística de que 70% das pessoas pobres no mundo eram mulheres, conforme consta no Relatório do Desenvolvimento Humano das Nações Unidas de 1995. As razões apontadas para esta estatística consistem em que as mulheres têm uma menor probabilidade de terem trabalho remunerado do que os homens e que mesmo quando têm trabalho remunerado, os salários são inferiores aos dos homens; por consequência, os agregados familiares que dependem principalmente de mulheres (e não de homens) são, em média, mais pobres (Kabeer, 2015).

As investigações quantitativas da pobreza demonstraram que é a *intersecção* (e não a adição) de diferentes tipos de desigualdade, tanto vertical como horizontal, que leva a que as desigualdades se sobreponham, reforcem e exacerbem umas às outras. Por esta razão, são as mulheres e as raparigas das classes, etnias e grupos raciais mais desfavorecidos quem têm níveis de saúde, nutrição e educação mais baixos e que, muito frequentemente, sofrem níveis de violência mais elevados do que outras mulheres de origens igualmente pobres (Kabeer, 2015).

1.2 (Des)Igualdade de Género

O género tem sido definido como a construção social e a variável cultural dos papéis que homens e mulheres desempenham na vida diária, ou seja, a base dos papéis de género. *Género* é um termo sociológico que distingue as diferenças sociais das diferenças biológicas/físicas/fisiológicas (Grassi, 2001). A perspectiva de género é um ponto de vista

que permite analisar e compreender as características que definem as mulheres e os homens de maneira específica, assim como as suas semelhanças e diferenças num contexto concreto (Pomar, 2012).

As ligações humanas são reguladas pela existência de estruturas sociais que separam as pessoas de formas hierárquicas, não obstante as mais diversas categorizações. O género é um exemplo disso, uma vez que é uma criação social sem fundamentos biológicos que a sustentam, baseada em convenções e expectativas que promovem a iniquidade. Embora o sistema patriarcal (“no qual os homens detêm a maior parte da autoridade e da tomada de decisões” – Santos 2020) ainda prevaleça nos países de hoje, estas desigualdades prejudicam tanto homens como mulheres. Aqueles que, além disso, estão sujeitos a quadros adicionais de diferença, tais como classe ou origem étnica, já são marginalizados na ordem social. (Santos, 2020).

Desde o início do século XX até ao presente, o estudo das questões de género e sexo sofreu uma mudança progressiva em termos tanto do significado atribuído a áreas particulares como da difusão de várias ideias e metodologias (Risman & Davis, 2013). Este caminho exemplifica as variadas contribuições de numerosas disciplinas, incluindo como a biologia, psicologia, sociologia e outras ciências sociais, que examinaram estes tópicos através da lente das suas próprias técnicas. À primeira vista, parece necessário distinguir entre dois conceitos: sexo e género. Em geral, os dois são distinguidos pelo primeiro ser maioritariamente biológico e o segundo ser essencialmente social. Por um lado, o termo "Sexo" é mais frequentemente "utilizado como uma categorização de acordo com os órgãos reprodutivos e funções que têm origem no complemento cromossómico" (Mahapatro, 2014). O género, por outro lado, é definido como a "elaboração social do sexo biológico" (Eckert & McConnell-Ginet, 2013, p. 2), ou seja, a criação social de um quadro geral de qualidades relacionadas com o género (Santos, 2020). Apesar deste aparente contraste, as duas noções estão intrincadamente interligadas, e é impossível distinguir quando uma para e a outra começa. Sobre neste assunto, Eckert e McConnell-Ginet (2013) salientam que, enquanto o sexo se baseia em traços biológicos - "anatômico, endócrino e cromossómico" - rotular alguém como masculino ou feminino, mesmo que baseado em categorias biológicas, afeta a "compreensão de si próprio e dos outros (...), que é essencialmente social" (p. 2).

Este raciocínio, no qual o sexo pode ser visto "tanto como uma característica física como socialmente construída" (Dozier, 2005, p. 298), põe em causa a distinção binária

convencional entre os sexos, como se pensa sob o título de dimorfismo sexual. Robyn Ryle (2012) define esta noção como "a afirmação de que o sexo significa uma divisão entre dois grupos de indivíduos física e geneticamente separados" (p. 6), com a capacidade de utilizar "certas características para identificar objetivamente as pessoas" (p. 6).

A abordagem do género é mais difusa nos países desenvolvidos, tais como o norte da Europa, nos Estados Unidos, no Canadá e, mais recentemente, nos países francófonos. Em contraste, nos países em desenvolvimento, esta problemática é quase exclusivamente sentida pelas ONG, pois trata-se de uma preocupação pouco sentida pelos governos, embora seja comum, na África Subsaariana, a existência de um Ministério da promoção da mulher, o que parece indicar que este tipo de problemática apesar de reconhecida a nível institucional, é ainda muito pouco visível nas práticas do governo. As sociedades do continente africano vivem uma situação de grave marginalização e instabilidade política, que parece ser acentuada pelo atual contexto de globalização em que todas as sociedades se encontram (Grassi, 2001).

Enquanto a diferença nem sempre implica desigualdade, as diferenças de género, segundo Ridgeway (2009), são facilmente traduzidas em desigualdade. Contudo, os impactos da discriminação baseada no género não visam apenas as mulheres (Benatar, 2012), um exame da dinâmica do poder entre homens e mulheres leva à conclusão de que as mulheres são frequentemente relegadas para um estatuto inferior (Mahapatro, 2014). Porém, não parece haver razões biológicas credíveis para que "em termos práticos, homens e mulheres não tenham igual acesso e controlo sobre uma série de recursos", dado que o próprio género é a mistura de pesos biológicos e concepções sociais (Mahapatro, 2014, p. 310). Estas disparidades estão por vezes ligadas à "ordem social patriarcal em que as mulheres são subjugadas e exploradas" (Mahapatro, 2014, p. 311). Ridgeway e Correl (2004) notam que esta estrutura hierárquica de género "persistiu através de grandes mudanças socioeconómicas" (p. 522; isto é, industrialização) e que, apesar das suas mudanças, acaba por "apoiar-se a si próprio redefinindo quem são os homens e as mulheres" numa base constante (p. 522) ao preservar a ideia de que os homens têm mais poder (Santos, 2020).

O esquecimento do conceito de género nos modelos de desenvolvimento do país é particularmente grave em África, onde esta variável se torna essencial para a compreensão do funcionamento do mercado e do agregado familiar, dado o papel determinante da

mulher no processo de tomada de decisões de consumo, produção e distribuição dos rendimentos dentro do agregado e no mercado, papel que poderia constituir uma estrutura de intervenção na sociedade guineense (Grassi, 2001).

Nos países em desenvolvimento as mulheres exercem maioritariamente a sua atividade no sector informal. Quando o homem está ausente, as mulheres organizam-se e adotam comportamentos sociais e económicos de gestão doméstica que vão desde o desenvolvimento do trabalho das mulheres no sector informal até à formação de associações de mulheres, procurando integração nos circuitos financeiros modernos, e pretendendo inclusivamente melhorar a sua própria educação. As raparigas são obrigadas a observar os deveres sociais relacionados com o dever de cuidar da família e da casa, devido ao seu género (Grassi, 2001). Como resultado, crianças, jovens e mulheres não têm acesso suficiente a uma educação. A educação dos rapazes é mais significativa do que a educação das raparigas nas famílias mais pobres uma vez que, na maioria das situações, cuidar da casa e ter filhos é uma prioridade acima da formação profissional. Mesmo quando uma rapariga tem a oportunidade de estudar para seguir uma carreira profissional, é um problema significativo para ela; por vezes é obrigada a aceitar apenas um emprego a tempo parcial, a fim de equilibrar os compromissos domésticos e familiares. (Grassi, 2001).

A África Subsaariana é frequentemente considerada como a região mais pobre do mundo, ainda atormentada pelos fracassos do colonialismo, neocolonialismo, guerras étnicas, e instabilidade política. Algumas das nações da região têm os mais baixos índices de desenvolvimento humano. A maioria das nações da África Subsaariana fica atrás de outras áreas emergentes em termos de acesso à educação e à formação; esta é uma das principais causas que conduzem à pobreza na região (Kone, 2019). As mulheres têm uma das mais baixas taxas de alfabetização do mundo, quando comparadas com os homens. No mercado de trabalho fortemente fragmentado, as mulheres africanas enfrentam várias dificuldades, principalmente devido a causas culturais restritas e regulamentações discriminatórias; esta disparidade sexual no trabalho é também um elemento explicativo para o lento progresso económico da África. A discrepância salarial entre géneros é uma fonte de preocupação para as autoridades nos países africanos, mas a falta de resolução é muito mais pronunciada. A questão persiste desde os tempos coloniais, quando o trabalho feminino era considerado inferior. A questão tem persistido desde os tempos coloniais, quando o trabalho feminino era visto como aparente,

particularmente na agricultura e no lar. As mulheres africanas têm mais dificuldade em encontrar trabalho porque são vistas como frágeis; têm salários baixos e enfrentam um nível significativo de discriminação no mercado, particularmente no emprego de nível mais elevado (Kone, 2019).

Segundo a WHO (2016), as desigualdades de género estão fortemente ligadas às desigualdades económicas. Os homens tendem a ocupar altos cargos profissionais, a maioria dos trabalhos de responsabilidade nas empresas e na política. Por outro lado, muitas mulheres fazem parte dos trabalhadores mal pagos e encontram-se integradas em muitas profissões precárias.

As mulheres continuam a ganhar menos do que os homens por trabalho igual em todas as indústrias e áreas, resultando num fosso salarial considerável entre os mesmos (Kone, 2019). Kone (2019) ressalva ainda, que o trabalho a tempo parcial é quase inteiramente conduzido por mulheres, o que pode dever-se à segmentação baseada no género nos sistemas de formação e educação, o que tem implicações nas disparidades salariais entre géneros.

1.3 Interseccionalidade

A noção de interseccionalidade é uma contribuição essencial da teoria feminista para a maior procura de compreender como a sociedade e a política estão organizadas. A noção é particularmente útil para pessoas que desejam avaliar criticamente as interações sociais, revelando dominância e dinâmicas de poder, ou "falar verdade ao poder" (Taylor, 2019).

O termo evoluiu das tentativas das feministas Negras nos Estados Unidos para conceptualizar as suas experiências e posição social porque, se baseia na interação de situações e qualidades individuais com estruturas sociais como a raça, classe socioeconómica, género, orientação sexual, e outras, a ideia aborda uma característica significativa da complexidade social (Taylor, 2019). Interseccionalidade descreve a interconexão de sistemas opressivos. As feministas que estabeleceram a ideia afirmaram que as suas dificuldades e más experiências não podiam ser representadas pela combinação das preocupações dos homens negros com os problemas das mulheres brancas. Estas reconhecem que as mulheres negras sofrem vários desafios, e que os seus

diferentes pontos de vista, identidades e experiências não podem ser extraídos do estudo das experiências e posições tanto dos homens negros como das mulheres brancas (Weldon, 2008, p.194).

Collins e Bilge (2021) defendem que os estudos de interseccionalidade estudam como as ligações de poder interseccionais moldam as interações sociais em muitas civilizações, bem como as experiências individuais na vida quotidiana. A interseccionalidade, como instrumento analítico, explora como as categorias de raça, classe, sexo, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e grupo etário, entre outras, estão interligadas e se afetam umas às outras “A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas.” (p.21)

A experiência das mulheres negras, segundo Bell Hooks, em *Ain't I a Woman?* (1981), tem sido disfarçada por um movimento político e uma linguagem académica que tende a centrar-se nas pessoas negras e nas mulheres como entidades diferentes. A experiência das mulheres negras difere significativamente da experiência das mulheres brancas. (Ganchos, 1981). Do mesmo modo, Elisabeth Spelman (1988) tem defendido que a população na sua generalidade, não consegue diferenciar a parte “mulher” da parte “afro-americana” ou da parte “classe média ou baixa”. Por outras palavras, "Em oposição ao exame do género, raça, classe e nação, como sistemas separados de opressão, a interseccionalidade explora a forma como estes sistemas se constroem mutuamente" (Collins 1998, p. 63).

É de notar que a interseccionalidade não é apenas um conceito que se aplica a grupos marginalizados, nem se trata de uma especialidade de conteúdo em mulheres desfavorecidas. Pelo contrário, a interseccionalidade é um aspeto da organização social que molda todas as nossas vidas, na medida em que as estruturas de género moldam a vida tanto das mulheres como dos homens e todos têm uma raça/etnia. É também importante registar que os grupos podem ser favorecidos ou desfavorecidos por estruturas de opressão: podem ser interseccionalmente marginalizados (mulheres negras da classe trabalhadora baixa), interseccionalmente privilegiados (homens brancos classe alta), ou um pouco de ambos. De facto, as relações sociais são tão complexas que quase todas as pessoas são privilegiadas de algumas formas e desfavorecidas de outras, sendo certo que isto não significa que todas são igualmente favorecidas e desfavorecidas (Kabeer, 2015).

1.4 Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Políticas de Cooperação Internacional para a Igualdade de Género

Quando se trata da interpretação da desigualdade de género, parece basear-se na ideia de que as mulheres são as "principais portadoras de problemas" (Lombardo & Meier, 2006, p. 157), ignorando os desafios que os homens enfrentam. Um exemplo é o enquadramento do tema da representação política, no qual "não é a representação masculina que é apresentada como um problema que requer soluções, mas sim a sub-representação das mulheres" (Lombardo, 2008, p. 87).

Além disso, mesmo quando "o controlo masculino e o patriarcado são reconhecidos como um problema", o autor continua (Lombardo, 2008), "não é feito nenhum apelo aos homens para que reformem" (p. 90). Como resultado, existe um "preconceito de género construído nas instituições políticas" (ibid., p. 84), refletindo a "visão paternalista de que as mulheres precisam de ajuda, mas os homens não precisam de formação e informação" para fazerem parte da solução (Lombardo & Meier, 2006, p. 157).

Quando comparados com os homens, as mulheres e raparigas são desproporcionalmente afetadas pela pobreza e exclusão em muitos países em desenvolvimento. Apesar de a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres de 1979 reconhecer a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, tal discriminação continua a ser uma realidade em muitas comunidades, particularmente em termos políticos e económicos. Nesta situação, as mulheres e raparigas têm poucas hipóteses de recuperar o controlo das suas vidas e de quebrar o ciclo de pobreza e marginalização em que se encontram. Em muitos aspetos da sua vida, está em risco de violência (sobretudo, violência sexual), por exemplo, em situações de conflito dentro das suas próprias paredes ou como resultado de práticas culturais tais como a mutilação genital feminina (Carvalho, 2013).

A discriminação sistemática contra mulheres e raparigas é tanto uma consequência como uma causa das desigualdades que conduzem à pobreza. O papel e a posição das mulheres na comunidade e no agregado familiar reforçam a sua vulnerabilidade em relação aos homens. De facto, tal já acontecia antes da crise alimentar, o que significa

muito mais do que fome e subnutrição, pois sete em cada 10 pessoas que sofrem de desnutrição são mulheres (ONU, 1979).

A Guiné-Bissau abraçou os 17 ODS, embora apenas 12 dos 169 objetivos e 43 dos 231 indicadores tenham sido atingidos. O processo de alinhamento dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com o Plano Estratégico e Operacional "Terra Ranka", programa-quadro do governo elaborado em 2015 que serve como único documento de referência e conversa com os Parceiros de Desenvolvimento, teve início em julho de 2017. Analisados mais à frente, estão alguns dos indicadores de desenvolvimento demonstra os problemas enfrentados pela maior parte da população guineense no seu dia-a-dia.

1.5 Os Cuidados de Saúde e a Relação com o Género

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1948), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não só a não presença de doenças.

A Saúde Sexual e Reprodutiva é *“o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos, ao evitar e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais e não meramente o aconselhamento e a atenção em matéria de produção e de doenças de transmissão sexual”* (OMS, 2004, p. 8).

Nos países sujeitos a programas de Ajustamento Estrutural, a pressão financeira que decorre da mercantilização dos serviços de saúde é particularmente sentida pelas mulheres, que, em geral, estão mais afastadas do mercado laboral remunerado, e sobre as quais pesa a maioria das responsabilidades familiares. A diferença de género no acesso aos serviços de saúde fragilizou os grupos de mulheres e crianças afetados por adversidades económicas e de mudança social. A privatização dos serviços de saúde conduziu a uma crescente vulnerabilidade deste grupo (Turshen, 2007). A atenção à saúde das mulheres está habitualmente centrada na questão da saúde reprodutiva ou na saúde materno-infantil. O termo “saúde reprodutiva”, que descrevia a maioria dos programas de

saúde dirigidos a mulheres a partir dos anos 70, tem vindo a ser substituído pela designação mais genérica de “saúde da mulher” (Turshen, 2007).

Nos países de baixo rendimento são as questões relacionadas com a saúde reprodutiva as que representam o maior risco para as mulheres em contextos de carência de cuidados de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 57% das mulheres em África continuam a ter partos não assistidos e uma em cada vinte e seis mulheres morre de complicações relacionadas com o parto. As parteiras tradicionais são frequentemente responsáveis por questões de saúde reprodutiva, bem como por questões de saúde materna e infantil. A sua incorporação no sistema de saúde pública é uma prática frequente em várias nações africanas, que se esforçam por evitar os distúrbios de saúde reprodutiva mais comuns desta forma. No quadro das práticas tradicionais de saúde, também se deve examinar a circulação de medicamentos tradicionais e de farmacopeias locais, que se estão a tornar cada vez mais importantes em muitas nações onde complementam a utilização de fármacos industriais (Whyte, Van der Geest & Hardon, 2002). Dos catorze países que em todo o mundo têm índices de mortalidade materna superiores a 1/100 partos, treze situam-se na África Subsaariana (OMS, 2010). Estes indicadores expressam claramente a falta de apoio em cuidados de saúde reprodutiva no contexto estudado.

A Organização Mundial de Saúde tem vindo a desenvolver uma política ativa de promoção dos cuidados de saúde primários vocacionados para as mulheres, em consonância com a declaração de Ouagadougou de 2008, com resultados muito diferenciados em todo o continente, particularmente entre as populações mais marginalizadas e, sobretudo, no meio rural (OMS, 2010).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), os direitos reprodutivos baseiam-se *“no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos a decidirem livre e responsabilmente quanto ao número de filhos, ao intervalo entre eles e à altura do seu nascimento e a dispor da informação e dos meios para os efeitos e o direito a alcançar o nível mais elevado de Saúde Sexual e Reprodutiva”* (ONU, 1995, p. 37);

No que toca à redução da mortalidade infantil em dois terços e da mortalidade materna em três quartos (conforme Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 4 e 5, respetivamente) esta pode não ser alcançada em muitos países de baixo rendimento, em

parte devido à subutilização dos serviços de saúde materna (Campbell e Graham, 2006). A África Subsaariana carrega o fardo mais pesado da mortalidade materna e infantil, visto que cerca de um quarto de milhão de mulheres morrem todos os anos devido a complicações na gravidez e quatro milhões de crianças morrem antes de completarem cinco anos (The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006). Por outras palavras, dos 30 milhões de mulheres que engravidam todos os anos na sub-região, cerca de 18 milhões dão à luz em casa sem a assistência de um profissional de saúde (Lawn *et al.*, 2005). Em 2005 a agenda de pesquisa sobre saúde materna e infantil foi alterada para considerar a autonomia ou empoderamento das mulheres, definida como “a capacidade das mulheres para tomar decisões que afetam resultados importantes para elas próprias e para as suas famílias”, como um fator fundamental para compreender o seu comportamento reprodutivo nos países em desenvolvimento (Stephenson *et al.*, 2012; Singh *et al.*, 2013).

As normas de género têm ainda um impacto direto na utilização do serviço de saúde materna, limitando a mobilidade das mulheres e o acesso a oportunidades de emprego ou gestão de recursos, baixando a sua autoestima e criando um ambiente de medo e stress. Normas específicas relativas à violência são necessárias, pois estão diretamente relacionadas com o exercício da violência contra as mulheres (Stephenson *et al.*, 2012) e são mais suscetíveis de criar um clima de medo e intimidação (Gilfus *et al.*, 2010). Diz-se que a violência entre parceiros íntimos é fundamentada na sociedade patriarcal que dá primazia e preferência aos homens e serve para manter o equilíbrio desigual de poder entre homens e mulheres (Adjiwanou, LeGrand 2014).

Segundo Adjiwanou e LeGrand (2014), estas desigualdades de género têm um efeito negativo nas práticas e resultados da saúde reprodutiva das mulheres, limitando o seu acesso à informação e aos serviços de saúde, bem como aumentando a sua vulnerabilidade à violência baseada no género. Na investigação empírica, a operacionalização da desigualdade de género tem sido feita principalmente a nível individual, com uma ênfase colocada na autoridade decisória das mulheres (Blanc, 2001). Algumas pesquisas mostram que a desigualdade de género a nível do lar tem efeitos significativos na mortalidade e morbidade infantil, tamanho da família, uso de contraceptivos, idade do casamento e utilização dos serviços de saúde (Beegle *et al.*, 2001; Ahmed *et al.*, 2010).

1.6 Violência baseada no Género

Não existe uma definição universalmente aceite de violência baseada no género, e vários escritores têm utilizado esta e outras terminologias para significar coisas diferentes. Violação, sexo forçado e violência sexual são todos termos que facilmente comunicam uma componente física, com imagens de dor, laceração e, por conseguinte, ajuda à aquisição do VIH. A coerção sexual de qualquer forma é também significativa, independentemente de ser "aceite" na sociedade local. O abuso sexual infantil, que inclui sexo forçado real ou tentado, coerção sexual, e abuso emocional, é de especial preocupação. A violência física não sexual e outros tipos de abuso baseados no género também fazem parte do quadro (Andersson, Cockcroft & Shea, 2008).

A Violência de género é definida como qualquer ato realizado contra a vontade de uma pessoa que se baseia nos vários papéis que a sociedade atribui a homens e mulheres, bem como nas relações de poder desiguais. Pode ser de carácter físico, emocional, psicológico ou sexual, e pode também manifestar-se como uma falta de recursos ou de acesso a tratamento. Provoca dor às mulheres, raparigas, homens e rapazes que são vítimas / sobreviventes (UNHCR, 2021).

Desde o aparecimento da doença do coronavírus, novas estatísticas e relatos de trabalhadores da linha da frente demonstram que todas as formas de violência contra mulheres e raparigas aumentaram em nações afetadas por pandemias. Antes da pandemia, foi projetado que uma em cada três mulheres enfrentaria a violência em algum momento da sua vida. Nos 12 meses anteriores, 18% das mulheres e raparigas entre os 15 e os 49 anos de idade que tiveram ou tiveram uma relação sofreram violência física e/ou sexual perpetrada por um atual ou antigo parceiro. Além disso, como resultado da pandemia de COVID-19, houve relatos de um aumento da violência contra as mulheres a nível mundial, com nações que têm um sistema de denúncia a relatar aumentos de até 25% (Abebe et al 2020).

As mulheres com relações abusivas estão mais isoladas das pessoas e serviços que as podem ajudar à medida que os pedidos de ficar em casa para controlar a propagação do vírus têm crescido. Tem havido crescentes alegações de abuso em toda a África, incluindo violência do parceiro íntimo, assédio sexual e abuso sexual de mulheres e raparigas, por

vezes feito por membros da família. Estas ocorrências são agravadas pelo confinamento, movimentos limitados, e encerramento de escolas. Do mesmo modo, a pandemia tem uma influência significativa nos comportamentos negativos que afetam as mulheres e raparigas, tais como o casamento infantil e a mutilação genital feminina. Devido a interrupções nas medidas preventivas relacionadas com a pandemia, prevê-se que 2 milhões de casos de MGF ocorram durante esta década, o que poderia ter sido evitado (UNFPA, 2020).

O encerramento de escolas agrava a desigualdade de género, particularmente para as raparigas e adolescentes mais pobres, que são mais vulneráveis ao casamento precoce e forçado, abuso sexual, e gravidez não planeada durante situações de emergência. Além disso, as exigências de reabertura de escolas têm sido inconsistentes em toda a África, e não tem havido uma reabertura regular em todos os anos académicos. Além disso, em locais onde as normas sociais resultam em discrepâncias significativas entre raparigas e rapazes em termos de matrícula e retenção escolar, uma interrupção momentânea causada por uma crise como a pandemia de COVID-19 pode resultar na exclusão permanente das mulheres da escola. As questões-chave incluem: as famílias serem incapazes de pagar as propinas escolares devido a perdas económicas durante a crise e recorrer a métodos negativos de sobrevivência como o casamento de crianças; e a perda de infraestruturas educacionais como as redes de pares de raparigas e instrutores. Isto terá consequências negativas a longo prazo no acesso das raparigas a oportunidades e recursos para melhorar as suas condições de vida bem como, o seu desempenho educacional e perspetivas económicas e de saúde (Abebe et al 2020).

1.7 Mutilação Genital Feminina

Uma das práticas nefastas contra o corpo das crianças, jovens e mulheres é a Mutilação Genital Feminina (MGF) que diz respeito à excisão parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou qualquer dano provocado nestes, seja por razões culturais ou outras não terapêuticas. As estatísticas mundiais apontam que cerca de 140 milhões de mulheres já foram submetidas a esta prática e que, a cada ano que passa, 3 milhões de crianças e adolescentes do sexo feminino correm o risco de serem sujeitas à mesma. Atualmente,

conhecem-se as consequências negativas para a saúde da mulher, tanto ao nível mental, como sexual e/ou reprodutivo que resultam desta prática (OMS, 2001).

Segundo os dados de uma investigação que contou com a cooperação de várias entidades e instituições internacionais (Abebe et al 2020), acerca da prevalência de Mutilação Genital Feminina, podemos verificar que, em 2005, na Guiné foi de 95.6% e em Guiné-Bissau foi de 44.5%, o que nos revela uma realidade bastante frequente e extremamente preocupante.

Em diversos estudos, nomeadamente na Declaração Conjunta (2008) que conta com a colaboração de um grupo alargado de organismos das Nações Unidas, e mais recentemente, em *5 Ways Female Genital Mutilation Undermines The Health Of Women And Girls* (UNPFA, 2019), é referido que a quase totalidade das meninas e mulheres submetidas à MGF sofre de dores e hemorragias em consequência do ato, além de definirem a própria intervenção como traumática, uma vez que as vítimas são coagidas fisicamente durante o procedimento, que, na maioria das vezes, é feito sem qualquer recurso a anestesia, sem condições de higiene e desinfeção, com recurso a instrumentos rudimentares e não esterilizados, com dificuldades em eliminar os dejetos do corpo, pelo que, se trata de um procedimento que acarreta vários riscos para a saúde das mulheres, entre os quais septicemia, tétano, infeções (incluindo as sexualmente transmissíveis e VIH), quistos, perigo de infertilidade, complicações durante o parto, entre outras, que, em última instância, podem mesmo provocar a morte. Igualmente nefastos são os danos psicológicos, visto que a MGF pode provocar problemas de saúde mental e psicossexuais, incluindo depressão, ansiedade e disfunção sexual.

Contudo, como salientam a Organização das Nações Unidas e outras agências de acordos internacionais, incluindo a Convenção do Conselho da Europa sobre Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica¹ (2011), a MGF continua a ser uma manifestação de desigualdade de género, utilizada como uma forma complexa de violação e desrespeito pelos direitos humanos, incluindo os sexuais e reprodutivos das crianças, adolescentes e mulheres. Na Carta da Juventude Africana, aprovada na Cimeira

¹ Também conhecida como Convenção de Istambul.

de Chefes de Estado e de Governo da União Africana (2006), incita-se a adotar e reforçar leis que protejam as mulheres de todas as formas de violência, incluindo desta².

A Guiné-Bissau assinou a maioria das convenções e tratados que protegem e promovem os direitos humanos (p.e., Protocolo de Maputo, entre outros). Apesar disto, a MGF é uma norma social que está profundamente enraizada na discriminação contra o sexo feminino, sendo perpetrada pelas próprias famílias que, embora não tenham uma intenção primária de violência, concretizam algo que é violento e contra os direitos humanos (Djau Baldé, 2017).

No mundo, não parece existir um grupo restrito de crenças ou comunidades que limitem a prevalência da MGF, pois o que se tem verificado é que esta prática é realizada por pessoas e comunidades pertencentes a várias culturas e tradições distintas, em diferentes partes do mundo, bem como por crentes de diferentes religiões ou por comunidades ateístas. No caso concreto da Guiné-Bissau, é praticada somente pelas comunidades islamizadas e são mais comuns os tipos II e III de Corte e MGF (ver Tabela 1). Ainda, ao contrário do que acontece noutros países da África Ocidental, na Guiné-Bissau não existe medicalização da prática (Djau Baldé, 2017).

Tabela 1 – Classificação dos Tipos de Corte e Mutilação Genital Feminina (OMS, 2008)

Tabela 1 – Classificação dos tipos de MGF

Tipo I	Remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio (clitoridectomia).
Tipo II	Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão).
Tipo III	Estreitamento do orifício vaginal com a criação de uma membrana selante através do corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris, que são depois suturados conjuntamente com seda, corda de tripa ou fio (infibulação).
Tipo IV	Não classificado: picagem, perfuração ou incisão do clítoris e/ou lábios; estiramento do clítoris e/ou lábios; cauterização (queimamento) do clítoris e tecido circundante; raspagem (cortes tipo anguria) do orifício vaginal ou corte (tipo gishiri) da vagina; introdução de substâncias corrosivas ou de ervas na vagina para causar sangramento ou com vista ao estreitamento da vagina; qualquer outro procedimento que caiba na definição de MGF.

² Desde 2011 que a MGF constitui um crime na Guiné-Bissau. Contudo, apesar da existência desta lei, a prática é realizada às escondidas, existindo casos de desrespeito da lei que foram punidos até 3 anos de prisão e cujos prevaricadores se encontram na prisão a cumprir a pena. Acredita-se que a existência desta lei está a contribuir para o abandono da MGF nas gerações futuras (Djau Baldé, 2017).

CAPÍTULO 2 - O impacto do COVID-19 na relação gênero pobreza

2.1 O impacto da pandemia na relação com o gênero - a violência e o poder económico

Por todo o mundo, a pandemia COVID-19 veio alterar de forma significativa a vida quotidiana conforme a população a conhecia. Com a grande maioria dos países a declarar estados de emergência, a instituir bloqueios nacionais, fechando fronteiras e tendo como apoio as forças militares e policiais, os/as cidadãos/ãs ficaram necessariamente confinados/as às suas casas e ao seu espaço doméstico.

Por um lado, este fenómeno e as consequências negativas dele têm exacerbado e permitido uma escalada na violência que ocorre dentro do local de residência, nomeadamente a violência doméstica, que tem como base uma violência de género já que é perpetrada maioritariamente por homens, contra mulheres. Mediante este panorama, e estando restringidas ao lar, muitas mulheres e raparigas encontram-se constantemente numa situação de bastante proximidade dos seus (potenciais) agressores, estatisticamente representados pelos parceiros íntimos e por membros da família – namorados, maridos, pais, tios –, cujas estratégias de manipulação e controlo são coercivas e psicologicamente abusivas, quando não fisicamente violentas, sendo deveras frequentes durante esta etapa de crise de saúde mundial (ACCORD, 2020).

O estigma relacionado com a COVID-19 deixa algumas mulheres vulneráveis a violência e a stress psicossocial, pois as medidas de contenção não consideram as necessidades e as vulnerabilidades de género, especificamente das mulheres, possibilitando o aumento do risco à exploração sexual, abuso e casamento infantil (UNICEF, 2020)

Para muitas mulheres e raparigas, ficar em casa durante a pandemia é perigoso. Pelo menos uma em cada quatro raparigas adolescentes experimentou violência recente com parceiros íntimos. Como a pandemia COVID-19 aumenta o stress económico e social e as medidas restringem o contacto e a liberdade de movimento/deslocação, as mulheres e as raparigas correm um maior risco de violência física, sexual e psicológica. Outros fatores podem, ainda, agravar este risco, tais como, as casas sobrelotadas, o potencial

agressor ter consumos abusivos de substâncias e/ou o acesso reduzido ao apoio de pares. De facto, dezenas de países já relataram um aumento da violência contra as mulheres desde o surto de COVID-19 (UN 2021). Além disso, os cuidados de saúde e o apoio fornecido são aquilo que, muitas das vezes, salvam a vida às sobreviventes da violência baseada no género, incluindo a gestão clínica da violação, os cuidados de saúde mental e o apoio psicossocial, sendo que estes auxílios podem ser altamente afetados (deixando mesmo de estar ao dispor de quem deles necessita) nos hospitais de nível terciário cujos prestadores de serviços se encontram sobrecarregados de trabalho, preocupados com a prevenção do contágio e com o tratamento dos doentes infetados com COVID-19 (UNFPA 2021).

Os relatórios mais recentes indicam que a violência doméstica aumentou em frequência e gravidade em todos os países; o Secretário-Geral das Nações Unidas informou que em alguns países o número de chamadas telefónicas para serviços de apoio à violência doméstica duplicou (ONU, 2020). Na verdade, os/as investigadores/as encontraram relações entre desastres naturais e o aumento da violência doméstica (Campbell 2020). Os fatores de risco que contribuem para esse aumento incluem: maior stress e ansiedade psicológica e financeira, isolamento social e aumento na quantidade de tempo que a vítima passa com o seu agressor (por consequência das normas de recolher e confinamento) (Kabeer, Razavi & Rodgers, 2021).

Com o encerramento de escolas, os ganhos que têm vindo a ser obtidos pelas raparigas na educação ao longo dos últimos 25 anos – particularmente na matrícula e nos resultados da aprendizagem – correm o risco de se dissipar, especialmente quando os encerramentos são prolongados. As escolas estão frequentemente entre as redes sociais mais fortes para as raparigas, fornecendo pares e mentores, pelo que quando são isoladas destas redes, o risco de violência recair sobre elas aumenta, uma vez que quanto mais isolada estiver uma vítima, maior a probabilidade de continuar a ser vítima, seja porque ninguém repara, seja porque não tem a quem denunciar e/ou pedir ajuda. Em contextos onde as normas de género limitam o acesso das raparigas às ferramentas necessárias para uma eficaz aprendizagem à distância – tais como, computadores, smartphones e internet –, elas podem ter dificuldades acrescidas de aprendizagem e acompanhamento das matérias lecionadas, além de que correm o risco de ficar atrás dos seus pares masculinos durante o período em que as escolas estão fechadas. Ainda, torna-se importante referir que, mesmo quando as escolas reabrem, muitas destas raparigas não regressam às aulas,

um fenômeno que se pôde observar durante a crise do Ébola (UN, 2020). Decorrente disto, muitas raparigas adolescentes estão risco acrescido de casamento infantil e, estatisticamente, a nível global, uma em cada quatro mulheres casam ainda enquanto são crianças (WHO, 2019).

Além disto, outras consequências mundiais da pandemia estão profundamente relacionadas com as questões que economistas feministas têm vindo a explorar nas últimas décadas, na medida em que este flagelo, sendo uma crise socioeconómica e de saúde, apresenta resultados muito diferentes consoante o género. Líderes e governos de todo o mundo reagiram com confinamento e normas de permanência no domicílio, resultando, muitas das vezes, em falência e encerramentos de empresas, bem como no aumento das taxas de desemprego. Alguns testemunhos de diferentes países indicam que as mulheres sofreram mais perdas de emprego do que os homens, devido à sua sobre representação nas áreas de comércio a retalho, nos serviços alimentares e na hospitalidade, sendo estes alguns dos setores mais afetados ao nível de encerramentos (Alon et al. 2020).

Por outro lado, um resultado mais benigno desta crise foi enaltecer alguns postos de trabalho que se verificaram como essenciais, além daqueles cujos serviços são não só necessários para sustentar a vida e a saúde (p.e., médicos/as, funcionários públicos, cientistas) e que, geralmente, já são acompanhados de reconhecimento e salários acima da média, mas também daqueles que ajudam a manter os princípios básicos da existência quotidiana (p.e., lixeiros, transportadores) e que, por vezes, são desvalorizados e, até, esquecidos, pois na maioria são compostos por trabalhadores de serviços, tanto homens como mulheres, com salários baixos e considerados/as pouco qualificados/as. Contudo, através desta situação atípica, estes postos de trabalho são agora reconhecidos como essenciais para assegurar a venda de produtos e uma série de serviços, tais como, por exemplo, entregas, serviços de limpeza, assistência médica ao domicílio, eliminação de lixo e transporte. (Kabeer, Razavi & Rodgers, 2021)

No que concerne às trabalhadoras femininas, estas tendem a estar sobre representadas entre esses trabalhadores de serviços de primeira linha, especialmente nos serviços de cuidados que envolvem interações presenciais e que, por isso, estão mais suscetíveis e expostas ao risco de contrair doenças, designadamente COVID-19. (Kabeer, Razavi & Rodgers, 2021)

Algumas feministas da área da Economia têm vindo a analisar o trabalho não remunerado que as mulheres realizam dentro do espaço doméstico, sendo esta uma questão relevante durante os períodos de confinamento. Cada vez mais, uma diversa quantidade de confirmações a nível mundial indica que o aumento do trabalho doméstico durante a pandemia caiu desproporcionalmente sobre as mulheres (Bahn, Cohen, e Rodgers 2020). O surto de COVID-19 ampliou o trabalho doméstico, não só devido ao encerramento das escolas e à consequente permanência dos/as filhos/as em casa, a perturbações nas instituições de cuidados de saúde a longo prazo, mas também devido ao elevado número de pessoas infetadas que necessitam de cuidados em casa. (Kabeer, Razavi & Rodgers, 2021)

2.2 COVID-19 em África

A pandemia COVID-19 está a ter um impacto importante e desproporcionado nos países em situações frágeis e vulneráveis, com impactos imediatos, a longo prazo e multiplicadores que estão a aumentar a pobreza e as desigualdades e a minar os ganhos de desenvolvimento para milhões de pessoas nos países pobres. Embora os efeitos tenham sido sentidos em todo o mundo, os países e as populações que já sofriam sofrerão ainda mais, com uma estimativa de 150 milhões de pessoas a serem empurradas para a pobreza extrema, particularmente em ambientes instáveis. (Ferreira, 2021)

A COVID-19 agrava as causas multifacetadas da fragilidade em ambientes onde a capacidade de adaptação a choques externos e as condições para lidar com numerosas crises são frequentemente insuficientes. A curto prazo, isto tem sido particularmente evidente nos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde que já estavam enfraquecidos e com poucos recursos antes da pandemia (tanto em termos de condições de aparelhos, como de recursos financeiros e humanos), bem como na implementação efetiva de medidas sanitárias (tais como distanciamento social ou bloqueios) em contextos de pobreza ou conflito, devido à falta de água e saneamento, habitação precária, e trabalho precário. Normalmente, os sistemas de saúde das nações africanas estão subdesenvolvidos, com capacidade inadequada para lidar com pandemias: os hospitais

são escassos, o número de médicos por 100.000 residentes é alarmantemente baixo³, e há poucas unidades de cuidados críticos preparadas para lidar com infeções das vias respiratórias inferiores. Além disso, muitos indivíduos já estão a lidar com uma série de outras doenças e surtos, tais como malária, tuberculose, VIH/SIDA e ébola. (Engel, 2020)

As pandemias afetaram desproporcionadamente grupos sociais já desfavorecidos ou afetados pela desigualdade, tais como as mulheres, que tinham muito mais probabilidades de perder os seus empregos, e especialmente em nações com fraca segurança social e sectores informais significativos. A COVID-19 expôs a fragilidade dos sistemas e mecanismos globais, um fenómeno que os países vulneráveis vêm experimentando há décadas, uma vez que foi demonstrado que o mundo não está bem equipado, nem institucional nem politicamente, para procurar soluções rápidas para problemas globais urgentes (Ferreira 2021).

2.3 Impacto da crise pandémica na desigualdade de género na Guiné-Bissau

2.3.1 A Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau é um país tropical de 36 125 km² com apenas 1.968 milhões de habitantes, situado na costa atlântica ocidental de África, conhecido pelos parques nacionais e pela vida selvagem. O arquipélago dos Bijagós, arborizado e pouco povoado, é uma reserva da biosfera protegida. A ilha principal, Bubaque faz parte do Parque Nacional de Orango, um habitat de hipopótamos de água salgada. No continente, a capital, Bissau, é um porto com edifícios coloniais portugueses no centro da cidade antiga (PNUD, 2020). Bissau proclamou unilateralmente a sua independência em 24 de setembro de 1973, sendo reconhecida por Portugal em 11 de setembro de 1974. Até 1991, esteve sob um regime de partido único, tendo sido realizadas as primeiras eleições livres em 1994, após um período de 3 anos de transição.

³ Mais de 45% dos Estados membros da OMS declaram ter menos de um médico por cada 1.000 habitantes; a maioria dos estes países estão localizados em África ULR: <https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/> (accessed on 14 outubro 2021).

A economia guineense está dependente, maioritariamente, da exportação da castanha de caju. De acordo com a Lusa, 2021, o caju representa cerca de 80% da população guineense, direta ou indiretamente, depende das exportações da castanha de caju. A dependência deste produto coloca a economia guineense numa situação de vulnerabilidade devido às flutuações conjunturais dos preços do mercado e à fragilidade do setor privado, maioritariamente informal, expressa também por existirem apenas 75 empresas registadas (Lusa, 20201).

De acordo com o relatório baseado no Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS), - realizado durante o ano 2018-2019 pelo Ministério da Economia e Finanças, através da Direção Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (INE)- que fornece dados estatisticamente fiáveis e internacionalmente comparáveis, essenciais para elaborar políticas e programas baseados em evidências e para monitorar os progressos alcançados no quadro da realização dos objetivos nacionais e compromissos globais, 33% dos agregados familiares declararam que a principal fonte de iluminação é a lâmpada de bolso, lâmpada de mão, lanterna com: pilhas / bateria recarregável e apenas 35.7% informaram dispor de eletricidade, dos quais 18% conectados à rede pública e 17.7% não conectados à rede pública. 31.3% indicaram consumir água de poço não protegido, 9.8% de poço protegido e apenas 3.5% indicaram ter de água canalizada potável e disponível dentro de casa; 71.3% cozinham com lenha num fogão de três pedras / fogo aberto; 63.8% dispõem de latrina tradicional não melhorada, 13% têm casa de banho com fossa séptica, resultando numa taxa de pobreza de 67,2% (PNUD, 2019). É de notar que todos os indicadores dos ODM relacionados com o MICS6- foram ligados aos indicadores do Plano Estratégico e Operacional (PEO) 2015-2020.

Também por estes motivos, o país está classificado como um dos que apresentam os mais baixos indicadores de desenvolvimento no mundo. De entre os 188 países analisados no Índice de Desenvolvimento Humano de 2020, a Guiné-Bissau foi classificada na 178ª posição (PNUD, 2020).

2.3.2 Desigualdade de género na Guiné-Bissau

O cenário de carência de que sofre a Guiné-Bissau é particularmente penoso para as mulheres que, na sociedade guineense, assumem a responsabilidade das atividades de produção e reprodução. As diferenças tornam-se mais evidentes quando comparamos a situação da capital com a do interior. De acordo com o MICS6 (2020), enquanto em Bissau, 36% dos agregados familiares são chefiados por mulheres, nas outras regiões este número desce para 23%. No que se refere à taxa de alfabetização a percentagem de mulheres e homens entre 15 e 24 anos que sabem ler uma frase curta e simples sobre a vida cotidiana ou que frequentaram o ensino médio ou superior são, respetivamente, 45.6% e 56.5%.

A Guiné-Bissau é um país dependente da ajuda externa, com uma história de instabilidade política que conduziu ao fracasso parcial do sector de saúde pública criado na sequência da independência. Neste país, a oferta de serviços de saúde baseia-se largamente no sector não-estatal, sobretudo nas ONG e na distribuição privada de medicamentos, para além dos terapeutas tradicionais. Um importante fluxo migratório para o Senegal e para a Europa conduziu ainda à criação de associações de migrantes que agem como benfeitores locais na melhoria dos cuidados de saúde comunitários (Carvalho, 2013).

É de salientar que a Guiné-Bissau, é um país com uma taxa de mortalidade materna dez vezes superior à de Cabo Verde e mais do dobro da África do Sul. O rácio de pessoal médico qualificado por habitante mostra também diferenças significativas entre os países estudados e os dois países de referência. Outro elemento revelador é a relação entre o investimento estatal e a despesa privada em saúde, mostrando um investimento estatal próximo dos 90% do total em Angola; representando cerca de $\frac{3}{4}$ da despesa total em Cabo Verde e Moçambique; com uma variação entre 40 e 50% na África do Sul, Níger, e São Tomé e Príncipe; e é apenas de cerca de 10% na Guiné-Bissau. Estes dados revelam diferentes políticas de apoio internacional, sendo a Guiné-Bissau um país fortemente dependente da ajuda externa no sector da saúde (ONU, 2019).

É importante referir que existem diferenças marcantes entre Bissau (capital) e o restante do país. A maioria das estruturas de governo e das sedes das organizações internacionais e de algumas empresas que têm escritórios no país estão concentradas na

capital. Por este motivo, em Bissau é maior a exposição a oportunidades de formação, a fluxos globais de pessoas, bens e modelos de vida, a ideologias e a práticas de desenvolvimento. Por outro lado, a precariedade da vida citadina levou, em alguns casos, à reconfiguração das práticas de entreatajuda comuns no meio rural. Na Região Sul, menos urbanizada, as estratégias comunitárias prevalecem e revelam-se fundamentais para aceder aos serviços de saúde e para a sobrevivência das famílias (ONU, 2019).

Segundo o relatório *Fala de Mindjer* (2018), produzido pela ONG Voz Di Paz, uma iniciativa que mostra o retrato real das mulheres nas esferas de tomada de decisão na Guiné-Bissau, criada pela Consolidação da Paz e Interpeace, é defendido que as práticas discriminatórias que pressionam as mulheres e as restringem aos papéis familiares estão fundamentalmente relacionadas com a importância do casamento na sociedade guineense, especialmente para as mulheres. Ao longo da sua vida, as mulheres guineenses receberam educação e prepararam-se para o casamento, que é o seu principal objetivo. Para desempenhar bem essa função, desde muito cedo aprenderam a obedecer e a acreditar que precisavam de alguém para cuidar da família, como referido por um dos participantes do estudo:

“As mulheres são educadas para verem no casamento uma saída para um futuro desejado, por isso as mães quando agradecem às filhas dizem: “Queira Deus que consigas um bom marido.””⁴

O casamento oferece um outro estatuto à mulher e é tido em conta como uma honra para a família, como tal o divórcio não é aceite e é muito evitado, por muito que custe à mulher. Os homens são considerados maridos, provedores e são educados para se tornarem líderes e chefes de família. Estes têm o direito de decidir quais os compromissos que as esposas podem ou não atender sob a ameaça de privação do casamento. Com esse poder de decisão, muitos conseguem controlar e condicionar a participação das suas esposas para garantir que elas obedeçam e mantenham a supremacia masculina na família. Portanto, se uma mulher se envolver em atividades políticas, esta deve primeiro respeitar as normas tradicionais do casamento e obter o

⁴ Abna Embana, Ativista Político, Diretora da Escola em Bissorã e Membro de Espaço Regional de Diálogo, auscultação em Mansoa, 7/04/2017 em Interpeace. (2018). Patrocinado pela Iniciativa de Promoção do Género do Fundo para a Consolidação da Paz das Nações Unidas Fala di Mindjer, Além da pressão social e das barreiras institucionais: o papel das mulheres nas esferas de tomada de decisão na Guiné-Bissau. Voz di Paz, Iniciativa para a Consolidação da Paz e Interpeace. Guiné-Bissau p.15

consentimento do marido, caso contrário, será forçada a escolher entre as atividades políticas e o casamento.

“Comumente costumamos ouvir que uma mulher pode ser influente e ter formação, mas ela tem que saber cozinhar porque um dia o marido vai querer comer o que ela cozinhar.”⁵

A mulher, sentindo a pressão de ser valorizada dentro do seu próprio casamento e da importância do mesmo, vê-se obrigada a aceitar a superioridade do homem para o bom funcionamento da dinâmica familiar. Assim, o medo do divórcio condiciona a participação política da mulher.

“A mulher vende as suas roupas, suas joias para ajudar o marido a criar quintas, e construir casas. Mas depois, o marido procura outra pessoa, estranha e distante, que vem apropriar-se daquilo tudo. Ou quando o marido vir a falecer, ela é retirada da casa, da quinta, etc. por familiares ou parentes do marido.”⁶

Está descrito ao longo do relatório que quanto mais as mulheres expressam o medo do divórcio, maior é a aceitação da importância da superioridade masculina para o bom funcionamento do lar e menor é risco do término do casamento. Tudo isso deixa que as mulheres sejam extremamente condicionadas no que toca à sua participação política, regendo-se à vontade do marido, como ilustrado por outro entrevistado do projeto:

“Às mulheres, não lhe importa o grau de escolaridade, todas lutam para agradar o marido e aceitam ser submissas porque têm medo do divórcio.”⁷

A idealização construída em torno da figura da mulher guineense destaca o papel que a sociedade lhe atribui, no qual ela precisa de demonstrar as qualidades que uma mulher tem na família e na comunidade. No entanto, sabemos que a mulher é valorizada na sua

⁵ Aua Queta, Responsável pela Questão do Género na Associação da Promoção do Desenvolvimento Local, auscultação em Bafatá, 29/04/2017

⁶ Justino Aliu Canté, Membro da Sociedade Civil, Guiledje, auscultação em Catió, 5/05/2017.

⁷ Simão Hugaior, Professor, auscultação em Canchungo, 31 de março de 2017

Todas as referências encontradas em Interpeace. (2018). Patrocinado pela Iniciativa de Promoção do Género do Fundo para a Consolidação da Paz das Nações Unidas Fala di Mindjer, Além da pressão social e das barreiras institucionais: o papel das mulheres nas esferas de tomada de decisão na Guiné-Bissau. Voz di Paz, Iniciativa para a Consolidação da Paz e Interpeace. Guiné-Bissau p. 15

sociedade por ter cumprido os seus preceitos, incluindo o casamento, uma vez que toda a preparação da rapariga é para ser uma esposa e mãe exemplar no futuro.

A mulher guineense, de acordo com as escutas realizadas, está associada a uma figura moral de referência baseada na integridade de carácter e outras características subjetivas valorizadas pela sociedade. A sociedade guineense concebeu uma figura ideal para a mulher, dando-lhe certas qualidades consideradas inerentes à sua condição feminina e um trunfo para o seu desempenho em qualquer atividade social. No entanto, esta imagem é outra expressão do convencionalismo social do papel atribuído à mulher na sociedade guineense. Esta idealização da mulher poderia servir de trampolim para a sua ascensão, mas acaba por ser uma armadilha para a sua emancipação e participação na vida política.

As qualidades atribuídas às mulheres são numerosas e podem ser consideradas intrínsecas à pessoa e associadas a adjetivos tais como: trabalhadora, gestora, persistente, honesta, inteligente, bondosa, cuidadosa e organizada. Existem também qualidades externas, que resultam da sua interação social e estão associadas a adjetivos como conciliador, influente, conselheiro, ambicioso (a mulher aspira a ver o seu marido e filhos serem melhores), altruísta, responsável, sofredor, educador.

“Se você educa uma mulher, educa a sociedade.”⁸

No relatório (2018) ainda é salientado que estas qualidades atribuídas às mulheres, muito mais do que características inerentes às mesmas (nem todas as mulheres têm o conjunto destas qualidades), são uma combinação de expectativas que foram concebidas sob influência cultural e tradicional pensando na mulher dentro do seu papel habitual de dona de casa, mãe e boa esposa (obediente e submissa).

As qualidades atribuídas às mulheres na área da reconciliação (as mulheres são pacíficas e sentimentais) raramente são dissociadas daquelas que, à custa de sacrifícios

⁸ Dam Ialá, Segunda Secretária da Assembleia Nacional Popular, auscultação em Bissau, 20 de maio de 2017. em Interpeace. (2018). Patrocinado pela Iniciativa de Promoção do Género do Fundo para a Consolidação da Paz das Nações Unidas Fala di Mindjer, Além da pressão social e das barreiras institucionais: o papel das mulheres nas esferas de tomada de decisão na Guiné-Bissau. Voz di Paz, Iniciativa para a Consolidação da Paz e Interpeace. Guiné-Bissau p.16

peçoais, são encorajadas a abandonar a competição ou a deixar o cargo em benefício do homem, para quem o sentido de conquista e ganho é muito importante.

Estas qualidades, testadas fora da esfera privada (casa), podem revelar uma armadilha para a afirmação da mulher na vida pública. Na sua maioria, estas qualidades levam as mulheres a renunciar às oportunidades que se apresentam na esfera política, particularmente quando existe uma disputa ou competição por um posto de trabalho. Neste caso, as mulheres tendem a ter em conta as expectativas e exigências da sociedade antes de aceitarem um cargo de responsabilidade, ou declinar quando analisam as acusações que podem enfrentar:

“Muitas das vezes quando se dão oportunidades às mulheres, elas não aceitam assumi-las, mas dizem: ponham o meu marido.”⁹

O ideal desenvolvido em torno da imagem da mulher, considerada como a protetora dos valores da sociedade e a principal responsável pela transmissão de valores através da educação infantil, sublinha os desafios que ela enfrenta na transformação da sua área de ação de privada para pública.

2.3.3 Acesso aos cuidados de saúde das mulheres na Guiné-Bissau

A limitação dos serviços de saúde estatais disponíveis, a difícil acessibilidade, a falta de recursos destes serviços que obrigam os utentes a pagar ou a disponibilizar o material utilizado, levam os utentes a assumirem uma parte significativa ou mesmo a totalidade dos custos, o que, muitas vezes, limita o acesso a estes serviços. A situação na Guiné-Bissau é semelhante à encontrada noutros países da região, onde as restrições na disponibilidade de cuidados de saúde, bem como os seus preços e comercialização, forçaram indivíduos e famílias a suportar uma parte importante das despesas relacionadas com este tratamento. Numa época de incerteza económica, os desafios na obtenção de cuidados de saúde tornam este um dos perigos mais sérios que as famílias enfrentam. O conceito de saúde e doença como risco, nomeadamente risco económico e de sobrevivência, concentra a investigação dos investigadores em técnicas preventivas e

⁹ Adulai Baldé, Professor e Membro de Espaço Regional de Diálogo, auscultação em Gabú, 28 de abril de 2017 em Interpeace. (2018). Patrocinado pela Iniciativa de Promoção do Género do Fundo para a Consolidação da Paz das Nações Unidas Fala di Mindjer, Além da pressão social e das barreiras institucionais: o papel das mulheres nas esferas de tomada de decisão na Guiné-Bissau. Voz di Paz, Iniciativa para a Consolidação da Paz e Interpeace. Guiné-Bissau p. 17

resposta em caso de catástrofe, em vez dos atuais recursos de cuidados de saúde. (Van Dijk & Dekker, 2010).

As consequências da aplicação dos PAE no setor de saúde revelaram-se desastrosas para as populações locais, tanto no meio rural como urbano. O setor de saúde sempre foi deficitário na Guiné-Bissau, onde os princípios dos cuidados de saúde primários de Alma-Ata (1978)¹⁰ nunca chegaram a ser verdadeiramente implementados. Na Guiné-Bissau, têm sido desenvolvidos alguns projetos com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, nomeadamente o *Annual Support to the National Strategic Framework - United Nations Joint Program on HIV/AIDS in Guinea Bissau 2008*), o Plano Estratégico Nacional de Luta contra SIDA na Guiné-Bissau 2007-2011 (Ministério da Saúde da República de Guiné-Bissau, 2007) e o *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* (Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA 2010). São as populações mais vulneráveis e, em particular, as mulheres, os mais afetados pela desresponsabilização do Estado dos setores sociais. Os PAE provocaram uma deterioração do nível de vida das populações na Guiné-Bissau, sendo responsáveis pela proliferação das atividades informais (Gomes et al, 2017).

A limitação da atuação do Estado a partir da década de 80 e a transição das suas responsabilidades para as ONG conduziram não só a uma desresponsabilização dos serviços de saúde estatais, como à proliferação dos cuidados de saúde proporcionados pelas ONGDs locais e instituições religiosas (Pfeiffer & Chapman, 2010).

A Guiné-Bissau, como um país essencialmente rural, que, embora pequeno, tem uma estrutura hidrográfica que dificulta a circulação motorizada, tem os acessos aos poucos centros de saúde existentes extremamente dificultados. As populações confiam nos cuidados de saúde prestados pelos terapeutas tradicionais, muitos dos quais atraem pacientes de países vizinhos, num contexto de pluralismo médico (Leslie, 1980). Acrescente-se que o setor privado concentra os investimentos nas áreas urbanas e mais ricas. Ao operar sobre a lógica do mercado, os custos para o consumidor aumentaram, tanto pela prescrição de exames e procedimentos não necessários, como pela diminuição da qualidade do serviço público oferecido (Leslie, 1980).

¹⁰ a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata, na República do Cazaquistão

O agravamento das condições salariais e o atraso nos pagamentos reforçou a crise no seio das famílias e pôs em causa a responsabilidade social dos homens como chefes de família. Esta situação conduziu as mulheres a procurarem reforço noutras atividades geradoras de rendimentos a fim de garantirem a sobrevivência da própria família. Com maior ou menor variação entre as diferentes comunidades, os papéis dos homens e das mulheres estão bem definidos na sociedade guineense. Para Vasconcelos (2011), as ideologias de género condicionam “*as opções e escolhas que os atores fazem ao longo das suas vidas, bem como no acesso a determinados recursos e capitais (humano, social, simbólico) essenciais para os seus percursos individuais e respetivas táticas e estratégias*” (p. 128).

Num estudo sobre a violência contra as mulheres neste país, Roque (et al, 2010) salienta que as diferenças de género influenciam o estatuto social dos sujeitos e são expressas nas relações estruturais de desigualdade entre homens e mulheres, que se manifestam tanto ao nível económico, como político e familiar. Segundo esta autora, o discurso e o pensamento dominante sobre o género refere-se a relações de poder e submissão, onde ser homem representa “*ter poder e exercê-lo em relação às mulheres, às crianças e na comunidade*” (p. 29) enquanto o papel assignado às mulheres obriga-as a “*deveres de respeito, obediência, abnegação, fidelidade e de segredo*” (p. 29). Os homens dominam a esfera pública e caracterizam-se “*pela capacidade de ter voz*” enquanto as mulheres são remetidas à esfera doméstica e à responsabilidade “*pela manutenção da ordem social e de determinados modelos e regras sociais, mesmo que estes não correspondam à realidade, nomeadamente o facto do homem não cumprir a sua função social de provedor da família*” (Roque et al, 2010, p. 30). A responsabilidade pela saúde dos filhos e pelo cuidado da família é da mulher, como foi relatado por uma das entrevistadas: “*Não, homem não lava a roupa. A mulher é que lava a roupa. (...) não, mulher é que cozinha. (...) Não, mulher é que lava a criança. Se o homem é letrado, ele vai ver o que a criança fez e se for a mulher que é letrada, ela é que vai ver. Porque isso depende de que é letrado. (...) Sempre, a mulher tem mais preocupação com a criança que está doente (...) A mulher sente aqui, no coração*” (Roque et al, 2010, p. 30).

Os cortes no financiamento das áreas de educação e saúde, além do aumento dos preços destes serviços, implicaram um peso acrescido para as mulheres. Conforme citado anteriormente, devido à divisão sexual do trabalho, as mulheres seriam as responsáveis por cuidar da casa e dos filhos. As mulheres procuram transferir recursos das atividades

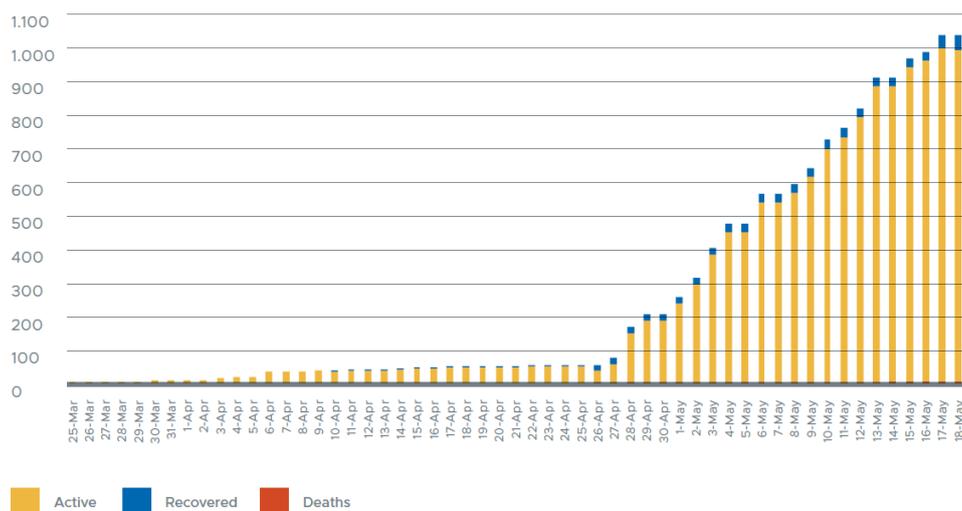
comerciais para o financiamento dos serviços de saúde. Além do aumento do custo dos serviços de educação, os PAE têm efeitos negativos na frequência e desempenho escolar dos adolescentes em consequência da necessidade de usar o trabalho não remunerado dos filhos mais velhos, em especial das raparigas, para as tarefas domésticas. Trata-se de um sistema que reproduz as condições de pobreza para as gerações futuras (Gomes, 2009).

2.4 COVID- 19 na Guiné-Bissau

Em muitos países da África Ocidental, como a Guiné-Bissau, a pandemia COVID-19 apresenta um grande desafio para a saúde e o desenvolvimento. A Guiné-Bissau tem a maior prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e da tuberculose na África Ocidental, a mais alta taxa de mortalidade materna e a mais baixa expectativa de vida (WHO, 2019). De forma estrutural, o país está mal preparado para enfrentar este grande choque exógeno e corre o risco de retrocesso e de perder alguns dos ganhos de desenvolvimento atingidos nos últimos anos. Devido ao fraco investimento no sistema de saúde nas últimas décadas, ao baixo dispêndio governamental com a saúde e à falta de profissionais de saúde – de acordo com a Universal Health Coverage (UHC), existem profissionais de saúde inadequados, menos de 5 médicos por cada 100.000 pessoas e sistemas clínicos com gestão inadequada –, as capacidades para enfrentar com sucesso e combater a pandemia são fracas (Ahmadi et al 2021). Além disto, os/as trabalhadores/as do setor da saúde no país enfrentam o desafio da falta de equipamento e da qualidade das instalações, resultando num número significativo de pessoal de saúde estar infectado/aquando do surgimento da pandemia, incluindo todos/as os/as profissionais das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Ahmadi et al 2021).

A situação inicial do número de casos de COVID-19 na Guiné-Bissau é apresentada na seguinte figura:

Crescimento de casos de COVID-19 na Guiné-Bissau, entre março e maio de 2020.



SOURCE: PUBLIC HEALTH EMERGENCY OPERATIONS CENTER IN GUINEA-BISSAU (COES)

Ao nível da atuação antecipada com vista à prevenção da propagação do vírus, a capacidade logística dos laboratórios continua a ser limitada pela escassez de pessoal com formação para a realizar os testes e pela falta de materiais para tal. Por estes motivos, é essencial treinar, equipar e reforçar as capacidades de diagnóstico (Ahmadi et al 2021). No entanto, consideradas as limitações, continua a ser inadequado fazer uma estimativa real da extensão da propagação comunitária da pandemia no país. As primeiras medidas de contenção a nível nacional, tais como o impedimento de entrada no país, tanto por via aérea como por terra e o fecho das escolas, dos restaurantes e dos bares foram impostos ainda antes de o primeiro caso ter sido registado. Os confinamentos e a obrigação de recolher ao domicílio afetaram conseqüente e negativamente o rendimento da maioria da população. Esta situação foi agravada pelo facto de o país depender bastante da importação e, por isso, a rutura das cadeias de abastecimento alimentar internacionais e a dificuldade de acesso aos alimentos intensificou a insegurança alimentar no país (Ahmadi et al 2021). Além disto, os/as idosos/as enquanto estiveram confinados/as não receberam qualquer apoio do governo e, ao esgotarem as suas poupanças, foram forçados/as a regressar à vida laboral, contribuindo para o aumento do risco de propagação viral (Ahmadi et al 2021).

Na maioria dos países do mundo, são divulgadas informação sobre a pandemia através de diversas formas, incluindo a utilização de aplicações móveis e plataformas de

redes sociais, no entanto, devido à fraca difusão dos *smartphones* e serviços de Internet na Guiné-Bissau, esta abordagem teve pouco ou nenhum impacto (Ahmadi et al 2020).

As condições médicas subjacentes e relacionadas com a severidade da COVID-19 são vistas como um fator de alto risco entre Bissau-Guineenses, tais como as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e as doenças crónicas, que representam, respetivamente, 13%, 2% e 16% de comorbidade (Ahmadi et al 2021). O contestado sistema de saúde, que já por si carece de instalações de saúde, com a pandemia sobrecarregou-se, daí a elevada mortalidade entre a população com condições de saúde subjacentes. Cerca de 30% de todas as mortes no país resultaram de comorbidades. Outra das estratégias a seguir deve consistir em prestar especial atenção à população vulnerável em termos de saúde, pois também ajudará a diminuir a fatalidade. É, portanto, crucial prevenir a transmissão da infeção na Guiné-Bissau, de modo a evitar taxas irretorquíveis de infeções e consequentes mortes (UN 2021).

O sistema de saúde depende sobretudo de doadores globais como a OMS e a Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional (USAID), que desafiam o desenvolvimento sustentável e financiam o sector da saúde, objetivando enfrentar a pandemia (Ahmadi et al 2021).

Os impactos da COVID-19 vão muito além da saúde dos habitantes de Bissau. São, aliás, gritantes na sua vida quotidiana. A pandemia tem levado muitos dos/as cidadãos/ãs a resvalarem para a pobreza devido ao efeito adverso sobre os seus meios de sustento. Embora algumas medidas para conter a propagação da COVID-19 já estejam em prática, é necessário que o poder governamental adote mais estratégias, a fim de disponibilizar a proteção e o equipamento necessários para a problemática em questão, e, também que as organizações globais proporcionem assistência externa.

Além disso, o investimento na formação de cuidadores e na educação da população sobre a pandemia e as medidas preventivas contribuem significativamente para incutir precaução nos habitantes. Um elevado nível de intervenções de doadores internacionais compreende a necessidade de ajudar a Guiné-Bissau a integrar os programas de vacinação contra a COVID-19, pois a população mundial apenas voltará a estar em segurança quando toda estiver vacinada (Ahmadi et al 2021).

Os esforços para conter os surtos que afetam a saúde pública desviam frequentemente recursos dos serviços de saúde de rotina, incluindo cuidados essenciais de saúde materna

e planeamento familiar, comprometendo a continuidade dos cuidados e potencialmente aumentando as gravidezes não intencionais, a morbilidade e a mortalidade. O medo da infeção por COVID-19 pode também impedir os/as indivíduos de procurar os cuidados necessários. Globalmente, as condições maternas, tais como hemorragia, septicemia e trabalho de parto obstruído, são a principal causa de mortalidade entre as raparigas adolescentes entre os 15 e 19 anos de idade (WHO, 2020). No entanto, pouco mais de uma em cada duas raparigas adolescentes grávidas recebe pelo menos quatro visitas de cuidados pré-natais, em todo o mundo. E quatro em cada dez raparigas adolescentes continuam sem satisfazer as suas necessidades de contraceptivos modernos, a nível mundial (UN Economic and Social Affairs Dep.). Como os meios de subsistência económica estão ameaçados devido à pandemia, as raparigas podem também envolver-se em sexo transacional como mecanismo de sobrevivência, aumentando ainda mais os seus riscos de gravidez involuntária e de contração e/ou propagação de infeções. (UNICEF 2020).

As raparigas adolescentes que residem na Guiné-Bissau suportam o fardo da epidemia do VIH, ao passo que outros países desviam recursos para o combate à pandemia de COVID-19, sendo provável que o acesso a testes de VIH e a um fornecimento ininterrupto de medicamentos antirretrovirais salva-vidas seja interrompido. As adolescentes, que já suportam o grosso da epidemia do VIH, estão particularmente vulneráveis a estas perturbações de serviço a nível mundial. Na África Subsaariana, onde quatro vezes mais raparigas adolescentes são infetadas com o VIH do que rapazes, apenas uma em cada três raparigas com idades compreendidas entre os 15-19 anos usam preservativo quando têm relações sexuais e com múltiplos parceiros; além de que menos de um terço destas tem conhecimentos abrangentes acerca do VIH. E ainda menos adolescentes (15%) foram testadas para o VIH nos últimos 12 meses e receberam os resultados. Face à perda de rendimentos domésticos devido à pandemia, as raparigas podem também praticar sexo transacional como mecanismo de sobrevivência, aumentando ainda mais os seus riscos de VIH e infeções sexualmente transmissíveis. (UNICEF, 2020).

Em mais de cinco dos seis países com dados disponíveis, as raparigas com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos estão mais propensas do que os rapazes da mesma idade a passar 21 ou mais horas em tarefas domésticas por semana, sendo uma carga laboral potencialmente prejudicial ao desenvolvimento físico, social, psicológico

ou educacional das crianças. Como o trabalho de cuidados não remunerados aumenta durante as fases de pandemia é provável que o desequilíbrio de género se torne ainda mais exacerbado se as raparigas, estando confinadas a casa, forem nomeadas para cozinhar, limpar, cuidar de membros doentes da família e ajudar as crianças mais novas com os trabalhos da escola e a aprendizagem à distância, pondo em risco as suas próprias oportunidades de aprendizagem (UNICEF, 2020).

2.4.1 O confinamento e impacto no (des)emprego

A crise de saúde provocou rápidos bloqueios impostos pelo estado em todo o mundo, resultando em perturbações marcadas e abruptas nos mercados de trabalho, meios de subsistência, cadeias de abastecimento globais e vastos fluxos de migração humana. Face à situação atravessada, foi a primeira vez na história económica moderna com que nos deparamos com ações dos governos com vista à imposição deliberada de restrições extensivas à atividade económica para proteger a saúde das pessoas. Relatórios de todo o mundo indicam que as mulheres foram quem mais sofreram impactos negativos causados por perturbações no mercado de trabalho, sobretudo em duas áreas: a perda de emprego e a sobre representação em postos de primeira linha (considerados essenciais). (Kabeer, Razavi, Rodgers 2021)

A nível mundial, aproximadamente 40% de todas as mulheres empregadas trabalham nos setores mais duramente atingidos a nível económico pela pandemia, em comparação com 37% de homens (OIT 2020a). Estes setores incluem a hotelaria e os serviços alimentares (54% dos funcionários são mulheres), o comércio grossista e retalhista (67% são trabalhadoras), as artes e entretenimento (61% são mulheres), os serviços empresariais e a manufatura intensiva em mão-de-obra (53% são do sexo feminino), em comparação com a sua quota global de 39% da força de trabalho global (OIT 2020a). Esta representação percentual elevada das mulheres nos setores mais afetados traduziu-se em maiores declínios e perdas no emprego das mulheres do que dos homens. (Kabeer, Razavi & Rodgers, 2021)

Na Guiné-Bissau, 59% da força de trabalho geral da saúde é do sexo feminino. Enquanto 72% das enfermeiras, parteiras e agentes comunitários de saúde são mulheres, os homens desempenham 82% do trabalho administrativo de saúde. A proteção dos

profissionais de saúde e sua remuneração adequada devem ser uma preocupação primordial (UN, 2019).

A diminuição dos rendimentos e o aumento da pobreza na Guiné-Bissau são algumas das consequências imediatas da pandemia. Devido a um mau desempenho da campanha do caju, existem menos recursos para a agricultura e subsequentemente a sua produção é reduzida; agravada pelo aumento da dependência da importação de alimentos e potenciais rururas, restrições e aumento nos preços de abastecimento internacional intensificam a insegurança alimentar no país e, por isto, os guineenses podem enfrentar um ciclo de pobreza acentuada. As mulheres são afetadas de forma desproporcionada, e os esforços feitos no passado recente para reduzir a desigualdade entre os sexos são suscetíveis de se inverter: As mulheres trabalham substancialmente no sector informal duramente atingido e as medidas de confinamento podem conduzir cada vez mais à violência baseada no género (Parlamento Europeu 2021¹¹).

Esta crise multifacetada revela – não apenas para a Guiné-Bissau – que a realidade pré-COVID-19 se encontra distante. O bloqueio forçado de países e entraves à economia provocou mudanças profundas nos sistemas globais e de comportamento humano, o que afeta as perspetivas de crescimento sustentável do país. As dificuldades sentidas pelo país em criar ímpeto suficiente para uma reforma e as oportunidades perdidas para embarcar num caminho em direção ao desenvolvimento sustentável surgem numa altura de desenvolvimento profundo e contínuo, bem como de crise política, exacerbando os efeitos da pandemia e tornando a recuperação mais complexa e morosa (UN 2020).

¹¹ <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20210225STO98702/compreender-o-impacto-da-covid-19-para-as-mulheres-infografias>

CAPÍTULO 3 - Conclusões Finais

A pandemia COVID-19 constitui um fenómeno de estudo de interesse e relevância mundial. Se, por um lado, a pandemia provocou morte, sofrimento, dor e privação para grande parte da população do mundo, por outro lado, revelou-se um avanço importante para estatísticas e cientistas pesquisadores de várias áreas do saber. Apesar da riqueza de dados disponíveis, ainda existe a necessidade de investigar o papel das dimensões de género da pandemia, pois a falta de dados desagregados por sexo para a maioria dos indicadores, inviabiliza este tipo de pesquisa.

Esta situação conduziu ao questionar de diferentes fatores – que já têm sido analisados por diversos autores feministas – tais como a coordenação das esferas não mercantis que sustentam e interagem com a economia de mercado, nomeadamente o abastecimento e o cuidado não remunerado de seres humanos e a manutenção do ambiente natural (Nelson e Power 2018). Embora sejam aspetos muito distintos, ambos são subestimados, desvalorizados e encarados como recursos inesgotáveis para a economia de mercado.

Neste contexto surge uma questão: o que acontecerá se as sociedades não aproveitarem esta oportunidade e priorizarem uma recuperação da pandemia centrada no ser humana, na consulta democrática significativa e na participação de todos/as? Podemos especular e, ao que parece, os resultados prováveis são desanimadores, na medida em que surge um maior alargamento das fissuras existentes em função da etnia, género e classe dentro e fora das fronteiras dos países; mais progenitores, especialmente mães, a ser forçados/as a sair do mercado de trabalho para cuidar dos/as filhos/as, idosos/as e restantes familiares que estejam doentes e/ou com deficiências graves (uma tendência já observada nos dados de emprego nos EUA em 2020); a subvalorização contínua dos/as trabalhadores/as de assistência remunerada e outros/as trabalhadores/as essenciais que fornecem serviços vitais para sustentar a vida; e, em última análise, o desempenho macroeconómico reduzido devido à má alocação e subutilização de recursos naturais e humanos. As opções de políticas para evitar estes resultados adversos são claras e têm sido discutidas por economistas feministas e heterodoxas há já algum tempo. O principal desafio consiste em recuperar, expandir e fortalecer as possibilidades de participação democrática e de tomada de decisões consultivas, que têm sido constantemente

esquecidas em face das crescentes desigualdades económicas e dos ataques aos direitos humanos e sociais conquistados (Kabeer, Razavi & Rodgers 2021)

A Guiné-Bissau entrou rapidamente numa crise de saúde pública, revelando a fragilidade das respostas de saúde disponíveis; em menos de três semanas, os casos confirmados de COVID-19 aumentaram exponencialmente, de 50 para mais de 1000 (ver Figura 1). Infelizmente, as experiências anteriores decorrentes de outras epidemias como o Ébola não conduziram à resposta desejada para conter esta pandemia.

Segundo a Organização das Nações Unidas “A crise de saúde provocada pela pandemia COVID-19 terá um impacto sem precedentes na economia global atingindo os países menos desenvolvidos, como a Guiné-Bissau, de uma forma particularmente difícil” (2020, p.13). Como resposta aos meus objetivos podemos afirmar que o impacto socioeconómico da crise em curso é muito vasto porque tem um efeito considerável tanto no lado da demanda quanto no da oferta de uma economia mundial cada vez mais integrada. A capacidade de um país para mitigar o impacto da crise é determinada, essencialmente, por três fatores: as capacidades de resposta a nível de saúde, as estruturas económico-financeiras e a capacidade de fornecer uma resposta de proteção social adequada, ao mesmo tempo que leva em conta a resiliência, a equidade e a sustentabilidade para cada dimensão.

O impacto negativo sobre as mulheres é desproporcional, à medida que sua atividade económica informal diminui e a carga dos cuidados domésticos aumenta. As mulheres envolvem-se principalmente em atividades informais e de trabalho diário, tais como, vender peixe, preparar refeições em pequenos restaurantes ou trocar frutas e outros alimentos por meio de redes informais. As restrições de mobilidade e o fecho de fronteiras e de mercados urbanos afetam significativamente o trabalho destas mulheres, tendo um impacto direto nas suas receitas económicas. A pandemia também deu origem a ameaças que vão além do risco de infeção. O isolamento nacional que as acompanha e os níveis mais altos de ansiedade e stress aumentam o risco de violência doméstica e outras formas de violência de género. Os efeitos económicos do surto de Ébola, por exemplo, aumentaram exponencialmente os riscos de exploração sexual para mulheres e crianças.

Atualmente, enquanto as famílias enfrentam um período de incerteza financeira, as mulheres são confrontadas com vulnerabilidades acrescidas, incluindo os casamentos

precoces, o tráfico de seres humanos e/ou outras condições envolvendo sexo transacional das quais podem ser vítimas. Cerca de 45% das mulheres na Guiné-Bissau sofrem de práticas tradicionais nefastas, nomeadamente, MGF. As medidas adotadas de distanciamento físico e bloqueios de fronteiras impedem o sucesso do empoderamento da comunidade a nível de programas para reduzir a estas práticas. Muitos casos que seriam potencialmente evitados em condições normais, durante a pandemia encontram-se novamente em voga, uma vez que os esforços de proteção não são assegurados e o acesso das mulheres à saúde é limitado.

Os centros de saúde estão frequentemente menos acessíveis para as mulheres devido ao seu fraco poder de tomada de decisão dentro de uma família guineense e dos custos direta e indiretamente associados (p.e., disponibilidade horária, custos de transporte, responsabilidades com os/as filhos/as). Durante esta crise pandémica, as necessidades não atendidas tendem a intensificar-se e podem levar a casos de aborto, sem cuidados médicos assistidos, e, conseqüentemente, ao aumento da mortalidade materna, que embora continue elevada, têm sido feitos progressos para a redução da mesma e que, agora, podem sofrer um retrocesso.

A Organização das Nações Unidas tem salientado a importância dos dados atualizados para que seja possível um melhor aconselhamento político, ou seja, a Guiné-Bissau necessita de dados atempados para permitir uma formulação de políticas mais eficientes e suscitadoras de resultados positivos. Uma avaliação aprofundada do impacto multissetorial do COVID-19 é necessária para ajudar a fortalecer a resposta à crise atual. Além disso, avaliações regulares da insegurança alimentar e mapeamento da vulnerabilidade em tempo real são importantes para monitorizar as mudanças e auxiliar as famílias mais vulneráveis.

O impacto da COVID-19 nas experiências do mercado de trabalho feminino e nas intersecções por raça, etnia, classe, estatuto de deficiência e outros marcadores de desvantagem e opressão têm sido uma área ativa da investigação, especialmente nos EUA, onde as mulheres de cor ficam frequentemente desempregadas. (Kabeer, Razavi, Rodgers, 2021)

De forma geral, vemos este momento de crise também como uma oportunidade para o futuro, na medida em que surge como uma oportunidade para iniciar um caminho para a reforma (i.e., reorganização, reestruturação), superando velhos hábitos e construindo

um futuro no qual o foco é o desenvolvimento humano sustentável, justo e igualitário (UN 2021). Vemos também que se nada for feito, as mulheres continuarão a ser as mais desfavorecidas e com maiores consequências negativas. Assim, podemos concluir que a igualdade de género está a progredir, está a fazer avanços, embora seja lentamente (WHO, 2019).

Que esta investigação introdutória sirva para futuras investigações mais aprofundadas para que o impacto seja cada vez maior. A recolha de dados no terreno permite chegar a novas conclusões e soluções de resolução eficazes.

Referências bibliográficas

Abebe, J; Alemu, T ; Kayitesi, J; Muteshi, J; Nkuziwalela, C; Deneke, A; Mergia, D; Frei, F; Cudjoe, P & Mafuso, B. (2020). Violência Baseada no Género em África durante a Pandemia da COVID-19. Vic.: Direção de Mulheres, Género e Desenvolvimento da Comissão da União Africana (AUC-WGDD); Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Género e Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres); Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR); Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA).

A. Ahmadi, D.G.A. Dinyo, M. Okereke, M.Y. Essar, D.E. Lucero-Prisno, South Sudan: *a young country's fight against COVID-19*, (2020) 49, https://doi.org/10.11604/pamj.suppl.2020.37.1.27327_9.

Ahmed, Saifuddin, Creanga, Andreea A., Gillespie, Duff G., Tsui, Amy Ong., (2010). Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *PLoSOne*5(6),e11190.

Adjiwanou, V., & LeGrand, T. (2014). Gender inequality and the use of maternal healthcare services in rural sub-Saharan Africa. *Health and Place*, 29, 67–78. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.06.001>

Alon, Titan, Matthias Doepke, Jane Olmstead-Rumsey, and Michèle Tertilt. (2020). “The Impact of the Coronavirus Pandemic on Gender Equality.” *Covid Economics Vetted and Real-Time Papers* 4: 62–85.

Andersson, N., Cockcroft, A., & Shea, B. (2008). Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyperendemic countries of southern Africa. *AIDS* (London, England), 22 Suppl 4, S73–S86. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000341778.73038.86>

Bahn, Kate, Jennifer Cohen, and Yana van der Meulen Rodgers.(2020). “A Feminist Perspective on COVID-19 and the Value of Care Work Globally.” *Gender, Work & Organization* 27(5): 695–9.

Barros, M. (2014). *Sociedade Civil e o Estado Na Guiné-Bissau Dinâmicas, Desafios E Perspetivas*. U.E.-PAANE. https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/soccivilestadogb_net.pdf

Benatar, D. (2012). *The Second Sexism: Discrimination Against Men and Boys*. New Jersey: Wiley-Blackwell.

Beegle Kathleen, Frankenberg Elizabeth, Duncan Thomas, (2001). Bargaining power within couples and use of prenatal and delivery care in Indonesia. *Stud. Fam. Plann.* 32(2),130–146.

Blanc, Ann K., (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence. *Stud. Fam. Plann.* 32 (3),189–213.

Campbell, Andrew M. (2020). “An Increasing Risk of Family Violence During the Covid- 19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives.” *Forensic Science International: Reports* 2: 1–3.

Campbell, Oona MR, Graham,Wendy J., (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 386,1284–1299.

Capucha, L. (2005). *Desafios da pobreza* Oeiras: Celta Editora. (pp. 337-365).

Carvalho, C. (2013). *Mulheres no Mercado da Saúde*. EDIÇÕES ALMEDINA, S.A. 359.

Carvalho, C., Falcão, R., & Patrício, M. (2017). *Atas do III Seminário Internacional do Programa Académico Multissetorial para o Combate e Prevenção do Corte / Mutilação Genital Feminina (MAP-FGM)*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.

Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be Hazardous to Women’s Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*, 72(1), 86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>

Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality*. John Wiley & Sons.

Conflit trend, vol.4, p. 29-37, ACCORD (2019)

Costa, A. B. D. (1984). *Conceito de pobreza*. *Estudos de Economia*, 4(3), 275-296.

Dekker, M., & van Dijk, R. (Eds.). (07 Dec. 2010). *Markets of Well-being*. Leiden, The Netherlands: Brill. doi: <https://doi.org/10.1163/ej.9789004201101.i-312>

Djau Baldé, F. (2017). A Mutilação Genital Feminina: Uma Questão de Direitos Humanos das Mulheres na Guiné-Bissau. Em Carvalho, C., Falcão, R., & Patrício, M

(ed), *Atas do III Seminário Internacional do Programa Académico Multissetorial para o Combate e Prevenção do Corte / Mutilação Genital Feminina* (pp. 98-106). Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.

Dominic, A., Ogundipe, A., & Ogundipe, O. (2019). *The Open Public Health Journal Determinants of Women Access to Healthcare Services in Sub-Saharan Africa*. 12, 504–514. <https://doi.org/10.2174/1874944501912010504>

Dominic, A., Ogundipe, A., & Ogundipe, O. (2020). Determinants of Women Access to Healthcare Services in Sub-Saharan Africa. *The Open Public Health Journal*, 12(1), 504–514. <https://doi.org/10.2174/1874944501912010504>

Dozier, R. (2005). Beards, Breasts, And Bodies: Doing Sex in a Gendered World. *Gender & Society*, 19 (3), 297-316. doi: 10.1177/0891243204272153.

ECREEE. (2015). Situation Analysis of Energy and Gender Issues in ECOWAS Member States. *The ECOWAS Policy for Gender Mainstreaming in Energy Access*, 116. <http://ecowgen.ecreee.org/wp-content/uploads/2015/11/Situation-Analysis-of-Energy-and-Gender-Issues.pdf>

Engel, U. (2020). Public health policies beyond the state: A socio - spatial analysis of early responses to Covid. *Recent Globe*, 41, 1–23.

Gilfus, Mary, Trabold, Nicole, O'Brien, Patricia, Fleck-Henderson, Ann. (2010). Gender and intimate partner violence: evaluating the evidence. *J.Soc.Work Educ.* 46 (2), 245–263.

Henriques, José Manuel Esteves - Global restructuring and local anti-poverty action: learning from European experimental programmes. . Lisboa: ISCTE, (2006). Tese de doutoramento. [Consult. 20/04/2020] Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/273>](http://hdl.handle.net/10071/273). ISBN 978-972-97251-3-5.

I., Gomes, Vieira, N., Rasmussen, D. N., Oliveira, , A., PAaby, P., Wejse, C., Sodemann, M., Reynolds, L., & Unger, H. W. (2017). Awareness, attitudes and perceptions regarding HIV and PMTCT amongst pregnant women in Guinea-Bissau- a qualitative study. *BMC Women's Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0427-6>

Interpeace. (2018). Patrocinado pela Iniciativa de Promoção do Género do Fundo para a Consolidação da Paz das Nações Unidas Fala di Mindjer, *Além da pressão social e das barreiras institucionais: o papel das mulheres nas esferas de tomada de decisão na Guiné-Bissau*. Voz di Paz, Iniciativa para a Consolidação da Paz e Interpeace. Guiné-Bissau

Journal, K. and. (2019). Women's Empowerment and the Question of Choice: An Interview with Naila Kabeer. *Journal of International Affairs*, 72(2), 209–213.

Kabeer, N. (2015). Gender, poverty, and inequality: a brief history of feminist contributions in the field of international development. *Gender and Development*, 23(2), 189–205. <https://doi.org/10.1080/13552074.2015.1062300>

Kabeer, N., Razavi, S., & van der Meulen Rodgers, Y. (2021). Feminist Economic Perspectives on the COVID-19 Pandemic. *Feminist Economics*, 27(1–2), 1–29. <https://doi.org/10.1080/13545701.2021.1876906>

Kanbur, R. (1991). Pobreza e desenvolvimento: Human development report e World development report, 1990. *Revista Brasileira de Economia*: 45(3), 397–415.

Lawn, J., Kerber, K. (2006). The Partnership for Maternal, New born and Child Health. (Ed.) Opportunities for Africa's new borns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa WHO on behalf of The Partnership for Maternal New born and Child Health.

Lawn, Joy E., Simon Cousens, Jelka Zupan, (2005) .4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet* 365(9462), 891–900.

Lombardo, E. & Meier, P. (2008). Framing Gender Equality in the European Union Political Discourse. *Social Politics*, 1-29. doi: 10.1093/sp/jxm001

Lombardo, E., & Meier, P. (2006). Gender Mainstreaming in the EU – Incorporating a Feminist Reading?. *European Journal of Women's Studies*, 13 (2), 151-166.

Mahapatro, M. (2014). Mainstreaming Gender: Shift from Advocacy to Policy. *Vision*, 18 (4), 309-315. doi: 10.1177/0972262914551663.

Mahapatro, M. (2016). Does women's empowerment increase accessibility to healthcare among women facing domestic violence? *Development in Practice*, 26(8), 1024–1036. <https://doi.org/10.1080/09614524.2016.1224815>

McBride, D. E., & Mazur, A. G. (2008). Women's movements, feminism, and feminist movements. In *Politics, Gender, and Concepts: Theory and Methodology* (Issue July 2016). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511755910.010>

Nelson, Julie A. and Marilyn Power. (2018) "Ecology, Sustainability and Care: Developments in the Field." *Feminist Economics* 24(3): 80–8.

Oduenyi, C., Banerjee, J., Adetiloye, O., Rawlins, B., Okoli, U., Orji, B., Ugwa, E., Ishola, G., & Betron, M. (2021). Gender discrimination as a barrier to high-quality maternal and newborn health care in Nigeria: findings from a cross-sectional quality of care assessment. *BMC Health Services Research*, 21(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06204-x>

Organização Mundial de Saúde (2001). *Mutilação Genital Feminina: Integração da prevenção e do tratamento nos currículos de profissionais de saúde*. Geneve: Organização Mundial de Saúde.

Pfeiffer, J., & Chapman, R. (2010). Anthropological perspectives on structural adjustment and public health. *Annual Review of Anthropology*, 39, 149-165.

Pomar, Clarinda (coord.) (2012) *Guião de Educação- Género e cidadania 2º ciclo do ensino básico*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Lisboa

Prado, L. (2003). Globalização: notas sobre um conceito controverso. *Seminário Desenvolvimento No Século XXI*. http://sites.google.com/site/arilsonfavareto/Texto_Aula_2_Prado.pdf

Ridgeway, C. L. (2009). Framed Before We Know It: How Gender Shapes Social Relations. *Gender & Society*, 23 (2), 145-160. doi: 10.1177/0891243208330313.

Ridgeway, C. L., & Correll, S. J. (2004). Unpacking the Gender System: A Theoretical Perspective on Gender Beliefs and Social Relations. *Gender & Society*, 18 (4), 510-531. doi: 10.1177/0891243204265269.

Rittel W. J., H., & Webber M. M. Melvin. (1973). Dilemmas in General Theory of Planning. In *Policy Sciences* (Vol. 4, Issue 197, pp. 155–169). <http://www.cc.gatech.edu/fac/ellendo/rittel/rittel-dilemma.pdf>

Roque, S., Mane, F., Silá, T., Djau, A., & Peti, L. (2011). *Um retrato da violência contra mulheres na Guiné-Bissau*. Bissau: Government of the Republic of Guinea-Bissau and United Nations Integrated Peacebuilding Office in Guinea-Bissau.

Ryle, R. (2012). *Questioning Gender: A Sociological Exploration*. Los Angeles: SAGE Publications.

Romão, M. E. . (1982). Considerações sobre o conceito de pobreza. *R. Bras.Econ*, 36(Rio de Janeiro-RJ), 355–370.

Santos, Boaventura de Souza (Org),(2002) A globalização e as ciências sociais. São Paulo: Cortez, 133-136

Santos, M. Sofia (2020) *ANÁLISE CRÍTICA DE DISCURSO: O GÉNERO PELA COMISSÃO EUROPEIA (2000-2019)*. Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Schwartzman, S. (2004). As causas da pobreza no Brasil Editora da Fundação Getúlio Vargas. *Fgv, November*, 208.

Seidu, A. A. (2020). Mixed effects analysis of factors associated with barriers to accessing healthcare among women in sub-Saharan Africa: Insights from demographic and health surveys. *PLoS ONE*, 15(11 November), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241409>

Seidu A-A (2020) Mixed effects analysis of factors associated with barriers to accessing healthcare among women in sub-Saharan Africa: Insights from demographic and health surveys. *PLoS ONE* 15(11): e0241409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241409>

Seidu, A.-A., Agbaglo, E., Dadzie, L. K., Ahinkorah, B. O., Ameyaw, E. K., & Tetteh, J. K. (2020). Individual and contextual factors associated with barriers to accessing healthcare among women in Papua New Guinea: insights from a nationwide demographic and health survey. *International Health*, 1–13. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa097>

Seidu, A.-A., Agbaglo, E., Kobina Dadzie, L., Opoku Ahinkorah, B., Kwabena Ameyaw, E., & Kanor Tetteh, J. (2020). Individual and contextual factors associated with barriers to accessing healthcare among women in Papua New Guinea: insights from a nationwide demographic and health survey. *International Health*, 0, 1–13. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa097>

Sen, Gita (1997). *Empowerment as an Approach to Poverty*. In: Informe de Desenvolvimento Humano. PNUD

Teixeira, Gilmar (2000). *Pobreza E Desigualdade De Renda : Um Estudo Comparativo*. UNIMONTES, Brasil. 1–12.

Singh, Kavita, Shelah Bloom, and Paul Brodish. (2013). Gender equality as a means to improve maternal and child health in Africa, Health Care for Women International

STOCKL, A. (2004). Whyte, Susan Reynolds, Sjaak van der Geest and Anita Hardon. 2002. *Social Lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press. viii 200 pp. ISBN 0 521 80469 8. *Social Anthropology*, 12(2), 247-248. doi:10.1017/S0964028204320586.

Travis, C. B., Howerton, D. M., & Szymanski, D. M. (2012). Risk, Uncertainty, and Gender Stereotypes in Healthcare Decisions. *Women and Therapy*, 35(3–4), 207–220. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684589>

Travis, C. B., Howerton, D. M., & Szymanski, D. M. (2012). Risk, uncertainty, and gender stereotypes in healthcare decisions. *Women & Therapy*, 35(3-4), 207–220. Turshen, Meredith. (2020). *Women Health Movements*. Palgrave Macmillan, Singapore

Turshen, M. (2007). *Women's health movements: A global force for change*. New York: Pallgrave MacMillan

United Nations, Policy Brief: The Impact of Covid-19 on Women and Girls. United Nations, 2020.

UN Women. (2020). *Review of Covid-19 Related Socio-Economic Impact Studies and Related Research*. https://www2.unwomen.org/-/media/field_office_africa/images/publications/2020/review_of_covid_19_related_socio-economic_impact_studies_and_related_research.pdf?la=en&vs=5336

UNFPA. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. In *Interim Technical Note* (Issue April). https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf

UNFPA, Kabeer, N., Razavi, S., van der Meulen Rodgers, Y., UNDP, Interpeace, & Barros, M. (2020). Building Back Better Starts Now. In *Interim Technical Note* (Vol. 27, Issue April). Routledge. <https://doi.org/10.1080/13545701.2021.1876906>

World Health Organization (2019) *GENRE*. Disponível em: [/www.oxfamsol.be/sites/default/files/edu/pdfs/fr/oxfamsol_edu_genre.pdf](http://www.oxfamsol.be/sites/default/files/edu/pdfs/fr/oxfamsol_edu_genre.pdf). Acesso em: 24 jun. 2021

World Health Organization (2016), *Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*, WHO, Geneva,

Sites consultados:

<https://www.jornaldenegocios.pt/economia/mundo/detalhe/guine-bissau-inicia-exportacao-de-caju-mais-de-80-da-populacao-depender-disso> consultada a 2/10/2021

OMS - <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

PNUD - <https://www.undp.org/>

Taylor, Bridie (2019) <https://www.womankind.org.uk/intersectionality-101-what-is-it-and-why-is-it-important/> consultada a 25/08/2021

UNICEF (2020) *Gender equality and COVID-19* - <https://data.unicef.org/topic/gender/covid-19/> consultado a 12/04/2021

UNICEF (2020) *COVID-19: Crianças em riscos elevados de abuso, negligência, exploração e violência em meio familiar devido à intensificação das medidas de contenção*. Orientação técnica recém-divulgada tem como objetivo ajudar autoridades a fortalecer as medidas de proteção para crianças durante a pandemia. <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/comunicados-de-imprensa/covid-19->

[crianças-em-riscos-elevados-de-abuso-negligência-explorações](#) Consultado a 23/08/2020

UN - <https://www.un.org/en/>