

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Políticas de Saúde Materna na Guiné-Bissau: a perspetiva das parturientes

Alcilinda Maimuna Sanha Mendes Cabral

Mestrado em Sociologia

Orientadora:

Doutora Noémia Mendes Lopes, Professora Associada e Investigadora Integrada
CIES - Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

Maio, 2023



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

Políticas de Saúde Materna na Guiné-Bissau: a perspetiva das parturientes

Alcilinda Maimuna Sanha Mendes Cabral

Mestrado em Sociologia

Orientadora:

Doutora Noémia Mendes Lopes, Professora Associada e Investigadora Integrada
CIES - Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

Maio, 2023

“Dedico este trabalho a quatro pessoas que marcaram decisivamente a minha vida, contribuindo sempre no meu percurso pessoal e académico, mas que infelizmente já não se encontram entre nós: aos meus avós maternos Iero Indjai Sanha e Djenabu Baldé, ao meu “paidrasto” Fernando Mendes e à minha irmã Ludimila Khayena Embaló Cabral”.

Agradecimento

Primeiramente, quero agradecer a Deus por me ter dado a oportunidade de realizar este trabalho com vida, saúde e muita força para lidar da melhor forma com todas as adversidades decorrentes ao longo destes dois anos e meio.

Os meus sinceros e profundos agradecimentos vão para minha orientadora, Professora Doutora Noémia Mendes Lopes pela paciência e persistência, compreendendo sempre as minhas limitações e dificuldades.

Agradeço de forma especial todo o amor, carinho, e apoios incondicionais dos meus pilares, a minha mãe Fatumata Sanha, a minha irmã gémea que também serve como segunda figura materna para mim Muna Cabral e a minha sobrinha Nerida Cabral Embaló.

Gratidão à surpreendente, mas adorável família que vim a construir no decorrer desta jornada, o meu companheiro Sumaila Djaló, que desde cedo acreditou que seria possível a realização deste trabalho, e ao meu filho Thomas Djaló, que inconscientemente compreendeu a minha ausência nestes últimos meses, e que nunca me faltou com um sorriso no final do dia.

À assistente social da associação ADAV Coimbra, Doutora Filipa Neves, agradeço todo o apoio durante a minha gravidez e pós-parto, de maneira a dar continuidade ao meu mestrado, sem que nada faltasse a mim e à minha família.

A todos os meus amigos e familiares que contribuíram, de forma direta e indireta, para a minha formação académica e pessoal, muito obrigada!

Resumo

A temática apresentada, no domínio da Saúde tem sido objeto de estudo, nomeadamente na área da Sociologia.

Sabe-se que o sistema de saúde da Guiné-Bissau é precário, precariedade essa decorrente da vulnerabilidade estrutural do Estado e da incapacidade do governo guineense, que tem se mostrado ineficaz no sentido de criar políticas públicas com vistas a proteger os direitos dos seus cidadãos, entre os quais, destaca-se o direito à saúde.

Uma das, senão, as principais vítimas desse estado de coisas, são justamente as mulheres, cujos problemas de saúde não têm merecido a atenção que demanda por parte das autoridades do país. Evidência disso reside nos diversos casos de mulheres que recorrem aos postos públicos de saúde para buscar atendimentos, que, não raras vezes, acabam sendo vítimas de discriminação, violência, abandono e de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Este trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica e um estudo de natureza qualitativa com recurso à técnica de entrevista semidiretiva administrada a parturientes, da maternidade do Hospital Simão Mendes, na Guiné-Bissau, bem como a perspectiva adicional dos profissionais de saúde e coordenadores de projetos que operam neste centro hospitalar.

Ademais, da análise de conteúdo, foi possível identificar diferentes constrangimentos registados, que limitam a eficácia de um atendimento propício às grávidas e às parturientes, remetendo assim para a necessidade da importância de implementação de políticas públicas direcionadas para a saúde materna.

Palavras-chave: Saúde. Mulher. Maternidade. Guiné-Bissau

Abstract

In the field of Health, the theme presented, has been object of study, namely in the area of Sociology.

It is known that the health system in Guinea-Bissau is precarious, resulting from the structural vulnerability of the State and the inability of the Guinean government, which has been shown to be ineffective in the sense of creating public policies with a view to protect the rights of its citizens, among which the right to health stands out.

One of, if not the main victims of this state of affairs are precisely women, whose health problems have not received the attention they demand from the country's authorities. Evidence of this lies in the various cases of women who resort to public health posts to seek care, who not infrequently, end up being victims of discrimination, violence, abandonment and morbidity and mortality due to preventable and avoidable causes.

This work was carried out through library research and a qualitative study using the semi-directive interview technique administered to parturients, from the maternity of the Hospital Simão Mendes, in Guinea-Bissau, as well as the additional perspective of health professionals and project coordinators who operate in this hospital center.

Furthermore, from the content analysis, it was possible to identify different registered constraints, which limit the effectiveness of an adequate service to pregnant women and women in labor, thus referring to the need for the importance of implementing public policies aimed at maternal health.

Keywords: Health. Woman. Maternity. Guinea-Bissau

ÍNDICE

Agradecimento.....	(IV)
Resumo.....	(V)
Índice.....	(VI)
Abstract.....	(VII)
Lista de Siglas e Acrónimos.....	(VIII)
Lista de Quadros e Figuras.....	(IX)
Introdução	11
Capítulo I - Guiné-Bissau: Contexto socio-económico e sanitário	13
1.1 - Um panorama da saúde na Guiné-Bissau e da saúde da Mulher	14
1.2 - Mortalidade materna no mundo e na Guiné-Bissau.....	17
1.3 - A condição da mulher na sociedade guineense	18
Capítulo II – Revisão da Literatura	21
2.1 – Estado-providência / Políticas de Saúde e cidadania	21
2.2 - A questão cultural e religiosa na reprodução das desigualdades na saúde	23
Capítulo II – Metodologia da Pesquisa	27
Capítulo IV - Apresentação e análise dos dados	31
4.1 - Sociodemografia e quantificação das práticas assistenciais.....	31
4.2 - Vivências e perspectivas das parturientes: principais obstáculos que condicionam o desenvolvimento da saúde materna.....	34
4.2.1 – Condições físicas e materiais da maternidade	34
4.2.2 - Pagamentos ilícitos.....	36
4.2.3 - Violência Obstétrica	38
4.3 – Perspetivas complementares dos profissionais de saúde e coordenadores de ONG’s.	41
Capítulo V – Considerações finais	46
Bibliografia:	50
Anexos	

Lista de Siglas e Acrónimos

HNSM – Hospital Nacional Simão Mendes

INASA – Instituto Nacional de Saúde Pública

INE - Instituto Nacional das Estatísticas

LGDH - Liga Guineense dos Direitos Humanos

MICS - Inquérito aos Indicadores Múltiplos (Multiple Indicator Cluster Survey)

MINSAP - Ministério da Saúde Pública

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIMI – Programa Integrado para a redução da Mortalidade Materna e Infantil

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIOGBIS - Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau

Lista de Quadros e Figuras

Tabela 1 – caracterização sociográfica das utentes entrevistadas

Gráfico 1 – Situação da distribuição percentual de pagamentos ilícitos

Gráfico 2 – Situação da distribuição percentual de Violências Obstétricas

Fotografia - Sala de partos da maternidade do HNSM

INTRODUÇÃO

É fundamental considerar o facto de que determinados problemas de saúde afetam de maneira diferente homens e mulheres. O que por si, as questões de gênero devem ser encaradas como determinantes da saúde na realização de políticas públicas.

Segundo a UNICEF (2021) *“o parto é considerado como um evento médico, que a qualquer momento pode se tornar de alto risco, e necessitar de procedimentos mais invasivos. É importante que profissionais reflitam e revejam essa conceção e adotem como pressuposto que parto e nascimento são naturais da vida, essenciais para a reprodução de nossa espécie no planeta e que, portanto, devem ser considerados processos fisiológicos”*. Nesse sentido, as questões de saúde materna têm merecido uma atenção especial e prioritária, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de mulheres e crianças.

A Guiné-Bissau é um dos países com maior taxa de mortalidade materno-infantil (Bjerregaard-Andersen, 2018). Somos diariamente confrontados com situações de perda humana em que as mulheres e crianças se afiguram, naturalmente, como vítimas com maior dose de vulnerabilidade, sendo expostas a um elevando nível de risco de vida.

O presente trabalho identifica e analisa as consequências de ausência de incorporação de dimensão de gênero nas políticas de saúde públicas guineense. Analisa-se, especificamente, as causas de morte materna, dentro deste contexto, tomando como paradigma a maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, o maior centro hospitalar do país.

Objetivo Geral

Fazer uma abordagem das políticas de saúde materna existentes na Guiné-Bissau, através do estudo de caso da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, entender como estas são compreendidas pelas parturientes, avaliando assim as suas valências e fragilidades, e complementarmente entender a perspetiva dos técnicos de saúde e dos coordenadores de projetos que operam juntamente com a maternidade.

Objetivos Específicos: a perspetiva das parturientes (com recurso a entrevistas).

- Revisão de literatura sobre os níveis de prestação de serviços oferecidos à população feminina na maternidade do HNSM e a sua relação com as barreiras sociais e económicas do país;

- Identificar as práticas nefastas para a saúde materna;
- Através dos resultados obtidos, evidenciar a necessidade de propor uma política nacional integral à saúde materna, de modo a oferecer os melhores cuidados às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

No primeiro capítulo, descrevem-se as características socioeconómicas e culturais da Guiné-Bissau, e a sua relação com as políticas de saúde materna.

No segundo capítulo abordam-se diferentes perspetivas teóricas, de forma a entender os aspetos a considerar sobre os direitos sociais, o acesso aos serviços de saúde público, cruzando com os planos políticos, sociais, económicos e culturais.

No terceiro capítulo justificam-se opções metodológicas do presente estudo, caracterizando a natureza do mesmo, as técnicas e procedimentos de recolha e análise de dados, os participantes no estudo, e os locais de administração da entrevista.

O quarto capítulo apresenta e discute os resultados da análise das entrevistas, subordinados aos seguintes tópicos: socio-demografia e quantificação das práticas assistenciais; vivências e perspetivas das parturientes e os principais obstáculos que condicionam o desenvolvimento da saúde materna (condições físicas e materiais da maternidade, pagamentos ilícitos, e violência obstétrica); e a perspetiva dos profissionais de saúde e coordenadores de projetos ligados à saúde materna.

O quinto capítulo elabora as principais conclusões relativas ao objetivo geral e recomendações daí decorrentes. Adicionalmente, fazem-se sugestões de investigação acerca das políticas de Saúde Materna na Guiné-Bissau e salientam-se limitações do estudo.

CAPÍTULO I - GUINÉ-BISSAU: CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO E SANITÁRIO

A independência da Guiné-Bissau, oficialmente República da Guiné-Bissau, de Portugal, foi declarada em 1973 e reconhecida no ano seguinte (Lopes, 2015; Mendes, 2010).

Após este reconhecimento, e, de modo similar ao que sucedeu em muitos outros países africanos, a Guiné-Bissau esteve subjugada durante muitos anos a um regime ditatorial de partido único. Contudo, o início da década de noventa trouxe consigo uma nova era, tendo a Guiné-Bissau enveredado por um processo de liberalização política e multipartidarismo que, por sua vez, se alicerçou na reforma do seu quadro constitucional e legal (Moreira, 2020).

Deste modo, e tendo por base toda a evolução do seu contexto histórico e político, poderá afirmar-se que, nos dias de hoje, a República da Guiné-Bissau constitui um Estado Democrático e de Direito (LGDH, 2012; Mendes, 2010).

Segundo o Banco Mundial (2021), a Guiné-Bissau é um pequeno país da África Ocidental, com 36 125 Km² quadrados de área e uma população estimada de 2.061 milhões de habitantes. Um país caracterizado por uma população muito jovem, aproximadamente 54% tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51% da população e 49% tem entre 15 e 49 anos de idade.

No que concerne à cultura, este país é rico em grupos étnicos, representando mais de 85% da população, como Fula, Pepel, Mandinga, Balanta, Mancanhe e Mandjaco. Por outro lado, existem também diversas crenças religiosas: muçulmanos, católicos, protestantes, religião tradicional e animistas. E embora a língua oficial da Guiné-Bissau seja o português, a verdade é que apenas 27% da população fala esta língua. Maioritariamente, cerca de 90,4% do povo guineense fala a língua crioula, e os restantes falam línguas nativas (PNDS-III, 2017; Silva et al., 2007).

De facto, na Guiné-Bissau, 80,4% da população, sofre de pobreza multidimensional, isto é, um mesmo agregado familiar sofre privações relativamente à saúde, educação e nível de vida, enquanto outros 10,5% da população vive perto da pobreza multidimensional. Efetivamente, apenas menos do que 10% da população usufrui de condições mais favoráveis (Yaya et al., 2019).

Segundo Silva et al. (2007), em 2004 a taxa de analfabetismo neste país encontrava-se em torno de 65%, sendo a taxa bruta de escolaridade de 37%, com um grande índice de abandono, principalmente no que toca ao sexo feminino, com maior incidência no Leste do país.

Comparativamente com os países PALOP, a Guiné-Bissau ficou em último lugar com 26% do índice global do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável realizado em 2017 (Malta et al, 2019).

1.1 - Um panorama da saúde na Guiné-Bissau e da saúde da Mulher

O direito à saúde constitui um dos direitos humanos fundamentais. Contudo, associado a este direito, encontra-se um emaranhado de questões de alguma complexidade, dado que, a saúde e o bem-estar estão interligados de forma indissociável, ao longo de todas as etapas e aspetos da vida humana. Este está consagrado também no artigo 15º da Constituição da República da Guiné-Bissau. Tal significa que o Estado guineense está comprometido em alocar esforços no acesso aos cuidados de saúde curativos e preventivos, e na promoção da saúde (Barros et al., 2018). Cabe ao estado definir as normas e os procedimentos necessários à prestação de cuidados de saúde de qualidade. O mesmo estado deve ainda ser o agente fiscalizador da implementação destas normas e procedimentos, mas, no caso da Guiné-Bissau, verifica-se que os resultados práticos da aplicação da lei são bastante deficitários. (Barros et al., 2018; Djabatá, 2021; Guerreiro et al., 2017; LGDH, 2018).

Como assinalam Barros et al. (2018), o conceito do Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau é caracterizado pelo setor público, setor privado e inclui também a medicina tradicional, no que toca à prestação de cuidados de saúde. Este último é utilizado pela população com bastante regularidade, como alternativa à incapacidade de dar resposta às suas próprias necessidades.

O Sistema de Saúde da Guiné-Bissau estrutura-se em 11 regiões, e subdivide-se em três níveis, cada um deles com estruturas de gestão próprias, destacando-se, no topo, o Ministério da Saúde Pública (MINSAP). Existem depois programas nacionais a nível central, equipas e direções de saúde regionais e equipas de área sanitária (Sigríður, 2018; Mané, 2014; Kitson 2019).

Na República da Guiné-Bissau, os cuidados de saúde primários compreendem 114 áreas sanitárias que contemplam 132 centros de saúde de várias categorias (A, B e C), que se distinguem pela sua capacidade em oferecer intervenções de saúde de maior ou menor complexidade. Na generalidade, estes centros de saúde prestam diferentes tipos de serviços, tais como vacinação, consultas pré-natais, controlo do crescimento, partos e cuidados curativos (Mané, 2014; Kitson 2019). Os cuidados de saúde secundários são prestados por 5 hospitais regionais que oferecem atendimento mais especializado. Verifica-se que, algumas regiões, como por exemplo Quínara, Bolama, Bijagós, Biombo e Farim, não possuem hospital regional, sendo que os utentes destas regiões recorrem a hospitais de outras regiões, ou ao hospital nacional de Bissau (Mané, 2014; Kitson, 2019). Já a nível dos cuidados de saúde terciários, existe o Hospital Nacional Simão Mendes, na capital, Bissau. De considerar que o nível central inclui ainda o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA - Instituto Nacional de Saúde Pública) (Mané, 2014; Kitson 2019).

Na realidade, após uma curta guerra civil, os serviços de saúde guineenses atravessaram um período de regressão, e, apesar da oferta de cuidados de saúde incluir, para além do sector público, um sector privado essencialmente urbano, e alguns serviços prestados por missões ONG, o acesso aos cuidados de saúde é muito deficiente (Kitson, 2019). Silva et al. (2007) referem que, no nível dos prestadores dos cuidados de saúde, existe uma pirâmide de trabalhadores com uma base larga, constituída por funcionários maioritariamente não especializados. Estes últimos foram, na maioria das vezes, herdados do tempo de guerrilha, mantendo, aos dias de hoje, baixos níveis de alfabetização e competências técnicas. Urge formá-los e prepará-los, de modo a contribuírem para a reforma do sistema de saúde do país. Paralelamente, verifica-se que as condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional contribuem para a baixa taxa de aprendizagem durante a formação inicial dos colaboradores, ou durante os escassos programas de formação contínua, o que, por sua vez, conduz a níveis insatisfatórios de produtividade (Silva et al., 2007).

Ao nível das infraestruturas, o aspeto mais comum dos centros de saúde e dos hospitais assemelha-se a algo em ruínas, sendo o ambiente maioritariamente insalubre e sem condições de acolher os pacientes que a eles recorrem. O exemplo mais paradigmático desta realidade é o próprio Hospital Nacional Simão Mendes. Neste estabelecimento, o quadro sanitário é alarmante, e, por exemplo, os serviços de pediatria e maternidade não dispõem de instalações suficientes para responder às necessidades materno-infantis que ali ocorrem (Kitson, 2019).

A agravar este quadro global, já de si extremamente preocupante, acresce o facto de, embora os dados estatísticos não sejam oficiais, se estima que cerca de 75% dos medicamentos introduzidos no mercado guineense por entidades privadas não tem qualidade cientificamente comprovada, o que constitui um enorme risco de vida para os utentes (Kitson, 2019, LGDH,2012).

Em face de tais constatações, e tendo em conta o indicador de síntese, o Índice de Segurança na Saúde (Prevenção, Diagnóstico, Respostas rápidas, Sistema de Saúde, Cumprimentos de normas internacionais e Risco/Fragilidade e Vulnerabilidade) calculado em 2019 pela Universidade John Hopkins e parceiros, é importante salientar que a Guiné-Bissau se encontra no penúltimo lugar dos piores países, estando Somália em último lugar (Sangreman et al., 2020).

É indiscutível que o sistema de saúde guineense enfrenta desafios graves e persistentes, tendo os mesmos, origem na insuficiente despesa pública no sector, nas inadequadas infraestruturas, na escassez de profissionais de saúde e insuficiente formação dos existentes, num sistema de informação inoperacional, e, em última instância, numa gestão inadequada. Os gastos do governo guineense representam apenas cerca de 20% dos gastos com a saúde do país, cobrindo essencialmente salários, sendo que, os parceiros de desenvolvimento internacionais financiam a

maioria dos gastos recorrentes. Nos últimos anos, quase não houve investimento público no sector da saúde (Guerreiro et al., 2019; Kitson, 2019; Barros et al., 2018).

Organização do sistema de saúde de apoio na saúde materna

No que diz respeito à saúde reprodutiva, a mesma está também contemplada no quadro legislativo da República da Guiné-Bissau, tendo sido, inclusivamente, promulgada em 2010 a Lei da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. De acordo com o Artigo 7º, o *“Direito de acesso aos cuidados e aos serviços de saúde”*, da referida lei, *“qualquer indivíduo ou casal tem o direito de beneficiar dos cuidados de saúde de melhor qualidade possível e de não estar exposto a práticas que prejudiquem a saúde reprodutiva”*. O mesmo artigo diz ainda que, *“qualquer indivíduo ou casal tem o direito de aceder aos serviços de proximidade, seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis”* (Lei da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, República da Guiné-Bissau, 2010).

Efetivamente, as mulheres estão mais expostas no que concerne à saúde, devido ao número de doenças que podem suportar em idade fértil, o que por si explica as suas necessidades específicas de acesso aos cuidados de saúde. Têm-se verificado, porém, que neste país, uma educação abrangente para a saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva é praticamente inexistente, o que limita a capacidade de a população feminina melhorar a qualidade da sua saúde (UNIOGBIS, 2017).

Relativamente à disponibilidade no apoio à saúde materna, a Guiné-Bissau dispõe de cuidados particulares à saúde da mulher como planeamento familiar, destinado aos dois sexos, a vacinação antitetânica para idades compreendidas dos 14 aos 45 anos, e as consultas pré-natais e pós-parto (Mané, 2014). O planeamento familiar é um dos componentes cruciais da prestação desses cuidados, com direito a métodos modernos de contraceção (Carvalho e Afonso, 2019; Coelho e Porto, 2009; Dias et al., 2009). Porém, segundo a Estatística (2019), neste país, as mulheres casadas ou em união de facto, com idades entre os 15 e os 49 anos de idade, somente 4,1% usa método contraceptivo, e 21,1% destas mulheres não se encontra satisfeita com as suas necessidades de planeamento familiar. E no que toca à gravidez precoce, 19,5% teve grávida ou teve pelo menos um filho entre os 15 e os 19 anos de idade. Assim, revela-se que um dos obstáculos para o escasso uso de métodos contraceptivos nestas sociedades, é a falta de conhecimento e os custos sobre estes serviços, e as questões sobre a aceitabilidade social (Mané, 2020; UNFPA, 2018). Outro ponto importante evidenciado neste estudo é o estigma e exclusão que manifestam em várias etnias/culturas em torno da menstruação. Entre 2018 e 2019, 8,2% de mulheres entre os 15 e os 49 anos, não participaram em atividades sociais ou escolares quando estavam menstruadas (Jabula, 2021).

Na Guiné-Bissau, a prestação de informações e serviços de planeamento familiar juntamente com a população feminina é muito limitada, sobretudo com a comunidade muçulmana (que representa 50% da população (UNIOGBIS, 2017). Tem sido um enorme desafio devido às práticas culturais e religiosas que falaremos mais à frente. A privação das mulheres em relação à sua própria saúde reprodutiva, precisando sempre do consentimento informal/opinião do marido e dos familiares, e as baixas taxas de utilização de anticoncepcionais e a gravidez na adolescência são as principais preocupações relacionadas com os direitos sexuais e reprodutivos na Guiné-Bissau, que por si condicionam a precária saúde materna no país (UNIOGBIS, 2017).

Assim, a questão concreta que ora se pretende evidenciar, e que se encontra relacionada com as implicações resultantes dos problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva guineense espelham-se notoriamente na elevada taxa de mortalidade materna e neonatal, e no inadequado uso dos serviços de saúde (Yaya et. Al, 2021)

1.2 - Mortalidade materna no mundo e na Guiné-Bissau

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a mortalidade materna como sendo um problema público de saúde, um evento com ocorrência durante o período da gravidez, parto e pós-parto, que pode se alargar até 42 dias depois do término da gestação (Fernandes et al., 2022; Mendes, 2020; Yaya et al., 2019). De um modo mais específico, a morte materna direta está ligada a complicações obstétricas durante o período de gestação, parto e período puérpero devido a intervenções, falhas, tratamento incorreto ou devido a um conjunto de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Contrariamente, a morte materna indireta é aquela que resulta de doenças que já existiam antes da gravidez ou que se expandiram durante esse período. Não é provocado por causas obstétricas, mas vai se agravando por motivos fisiológicos da gestação (Mendes, 2020). Ademais, as principais causas diretas da morte materna são a hemorragia pós-parto (principal causa de 40% das mortes obstétricas), infeções pós-parto, doenças hipertensivas, distocia e complicações de abortos (UNIOGBIS, 2017; Mendes, 2020; Silva et al, 2007; UNIÃO AFRICANA, 2003).

De 1990 a 2015, a taxa global de mortalidade materna reduziu 44%, mas verifica-se que apesar desses esforços, ainda há desafios por cumprir nos países em desenvolvimento, sobretudo na África Ocidental e noutros países da África Subsaariana, responsáveis por elevados números de óbitos por causas evitáveis. Em 99% dos casos, ainda são notificados 66% nestes países (Adebisi et al., 2021; Djata, 2021). Segundo o PNUD (2019), na África Subsariana a morte causada pelo parto é elevada, sendo que 1 em cada 180 mulheres morrem a dar à luz. E essas mortes maternas poderiam ser

evitadas com assistência ao parto adequada, assegurando sempre o bem-estar e a segurança da mulher e do recém-nascido (Fernandes et al., 2022; UNICEF, 2009).

Na Guiné-Bissau, preocupações ligadas à saúde como os direitos sexuais e reprodutivos, tuberculose, VIH/SIDA, saúde mental, acesso aos medicamentos e malária são os determinantes que colocam o país na 175ª posição do ranking do Índice do Desenvolvimento Humano. E em virtude da falta de qualidade e credibilidade de dados em alguns países africanos, devido às suas instabilidades, torna-se difícil precisar os reais indicadores de mortalidade materno-infantil (Rodrigues, 2014). Porém, na Guiné-Bissau, desde 16 de março de 2015, com um despacho da MINSAP, a recolha de dados sobre as mortes maternas melhorou, pois foi exigida a notificação obrigatória das mesmas (UNIOGBIS, 2017). Assim, neste país a taxa de mortalidade materno-infantil situava-se em 900 mortes por 100.000 nascimento, entre 2007 e 2014 (UNIOGBIS, 2017). Em 2014, a UNICEF apresentou uma proporção de 900/100.000 nados vivos, e mais uma vez, importa reforçar que são por causas evitáveis e tratáveis (citado por Nóbrega et al., 2022).

Deste modo, torna-se importante referir que haverá necessidade de analisar de forma precisa os fatores que exponham as mulheres a estes fatores de risco, em vez de se focar apenas em causas individuais ou em causas médicas (Yaya et. al, 2021). É impossível estudar a mortalidade materna, sem olhar com outro enfoque para as características das mulheres de cada sociedade. Segundo a OMS (2007), *“A saúde das mulheres e raparigas constitui uma preocupação particular, porque em muitas sociedades elas são desfavorecidas pela discriminação baseada em fatores socioculturais”* (Mané, 2014).

Ora, como resulta do referido supra, analisaremos o papel da mulher na esfera guineense.

1.3 - A condição da mulher na sociedade guineense

Para se estudar o nível e as características dos riscos de saúde e dos padrões de mortalidade materna, é primordial saber distinguir as diferentes condições ambientais (naturais e sociais) das mulheres nas variadas regiões do mundo (OMS, 2009). Liberato (2021) defende que homens e mulheres posicionam-se em pontos desiguais na sociedade em virtude do desequilíbrio de poder a favor dos homens. Através de normas socioculturais que se encontram enraizadas num sistema patriarcal, esse poder tem sido enaltecido, remetendo a mulher numa posição de inferioridade. O que por si, acaba por impossibilitá-la dos mesmos direitos e deveres, no que respeita à saúde, à educação, família e vida profissional.

Milhares de anos se passaram e as sociedades continuam a legitimar o poder patriarcal. Nas culturas africanas, a mulher continua a ter um papel de submissão e humilhação no cumprimento de normas tradicionais (Mendes, 2010). As convicções tradicionais e os costumes guineenses engendraram uma construção de poder entre o homem e a mulher, atribuindo a cada um, um papel na sociedade (Silva, 2019). Quanto à mulher guineense, esta é caracterizada como mãe, esposa, dona de casa. Estes atributos acompanham-na sempre independentemente das suas conquistas e experiências pessoais ou profissionais. É de se referir que a responsabilidade da mulher no seio familiar e na sua casa ultrapassa qualquer cargo que possa vir a desempenhar na sociedade (VOZ DI PAZ, 2018). Para Biague (2018), esta prática existe desde séculos passados onde as mulheres foram direcionadas ao ambiente privado. Em certas etnias e regiões, a maioria destas dedicavam-se apenas às tarefas domésticas e nem se quer podiam ir à escola, não sabendo o que era vida pública, fechando-se naquele núcleo privado.

Na nação guineense, há todo um meio simbólico, construído à volta do fidju-matchu (filho macho acrescenta “tradução direta do crioulo”), que normalmente são os favoritos dos homens e também das mulheres em todo o seio familiar. Muitas mulheres ficam frustradas e sentem-se culpadas quando não conseguem “dar ao seu marido” um filho macho, o que leva certos homens a procurar outras parceiras para essa realização (Moreira, 2020). A mesma autora afirma ainda que a cultura de “matchundadi” prevalece até aos dias de hoje, estando enraizada nesta sociedade. E desde uma tenra idade, que a própria sociedade, a família educam as crianças dentro de um padrão social que enaltece essa desigualdade. Os meninos são incutidos com valores como a liderança e a coragem, de modo a superar todas as adversidades, enquanto às meninas é exatamente o contrário. A submissão e a obediência são os valores que devem adquirir. Os trabalhos domésticos são destinados às meninas enquanto os rapazes são dispensados para tal. Esses mesmos trabalhos tiram muito tempo às raparigas, estando limitadas aos estudos, lazer e associativismo, o que conseqüentemente, estas posições enaltecem a autoestima dos meninos em detrimento das meninas. Como tal, nos últimos anos, foram feitos vários esforços, mas a taxa de alfabetização das mulheres continua muito baixa, persistindo desigualdade no acesso à educação (VOZ DI PAZ, 2018).

Desde a sua infância, a mulher guineense é preparada para o casamento, fazendo desse objetivo o seu principal foco. Ela deve acreditar que precisa de alguém para tomar conta dela. Deste modo, estamos perante uma sociedade em que a mulher adquire um papel secundário, é vítima da pobreza, da violência e da discriminação, vivendo diariamente da carência de um Estado ausente e de uma sociedade onde é vista como opressora (Moreira, 2020; Roque et. Al, 2011).

Em contrapartida a este quadro, é visível o grande contributo da mulher guineense nas atividades económicas, no equilíbrio e bem-estar do seio familiar e no progresso social, tanto nas zonas rurais como nas zonas urbanas. E apesar de todas as discriminações que as mesmas têm sido alvo, estas cooperam de forma ativa na educação das crianças, e na saúde de toda a família (VOZ DI PAZ, 2018; LGDH, 2012).

Perante este pano de fundo, importa sublinhar que as mulheres guineenses têm sido alvo de violências com base no género e estas erguem-se de inúmeros contornos como violência física, violência sexual e práticas nefastas como casamento precoce/forçado, poligamia, mutilação genital feminina, viuvez herdado, que acarretam consequências prejudiciais na saúde materna (LGDH, 2012). Da mesma forma, o estudo de Silva (2022) defende que tais violências resultam de condições culturais, sociais e tradicionais intercalados por desigualdade de género e poder do ambiente privado e público na Guiné-Bissau.

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 – Estado-providência / Políticas de Saúde e cidadania

Para Santos (2002), quando falamos de Estado-providência, estaremos a referir nada mais, nada menos que sistemas públicos de proteção social nacionais nas áreas consideradas peculiares e consagradas como direitos básicos sociais, das quais podemos citar primordiais a saúde e a educação, que foram implementados em vários países, sobretudo os europeus. Segundo este autor, os últimos 50 anos têm sido marcados fortemente por debates entre várias doutrinas e teoremas sobre o Estado-providência e a sua correlação com os sistemas do mundo. Porém, ainda persistem discussões e pontos de vista controversos em torno das potencialidades e dos limites do modelo de Estado-providência em vários países.

Segundo Mozzicafreddo (1992), diferentemente da maior parte dos países europeus desenvolvidos, a consolidação de Estado de Direito em Portugal é recente e as formas de intervenção de Estado na economia, assim como da regulação das relações económicas, inscrevem-se no desenrolar das transformações pós 1974. Razão pela qual, o autor argumenta que, a problemática Estado-providência, desde então, tem sido de alguma forma subsumida tanto no papel desempenhado pelo Estado no estímulo ao crescimento económico e na produção de fatores de interação social, como na moderada dimensão quantitativa das políticas sociais.

Tal como acima mencionado, apesar de ainda persistirem contradições em termos de pontos de vista entre vários pesquisadores e cientistas que se enveredam aos estudos sociais, Santos (2002) argumenta entre diferentes elementos, podendo destacar quatro como principais recursos estruturais que podem estar na base de desenvolvimento do Estado-providência:

“Primeiro, um pacto social entre capital e trabalho sob égide do Estado, cujo objetivo último é compatibilizar democracia e capitalismo; Segundo, uma relação sustentada, mesmo se tensa, entre duas tarefas de Estado potencialmente contraditórias: a promoção da acumulação capitalista e do crescimento económico e a salvaguarda da legitimação; Terceiro, um elevado nível de despesas no consumo social; Quarto, uma burocracia estatal que internaliza os direitos sociais como direitos dos cidadãos, em vez de benevolência estatal” (Santos, 2002: página 9).

Nesta pesquisa, também se analisam as desigualdades sociais de género, e o autor Carmo (2018), chama atenção para algo fundamental referindo-se aos indicadores de saúde e doença: “(...) decorrem de dinâmicas estruturais de desigualdade assentes no modo de organização social, política

e económica em que as sociedades se baseiam". E de forma clara acrescenta: *"Estes elementos devem obrigatoriamente estar refletidos nas políticas sociais, sabendo-se que as políticas são poderosos instrumentos de regulação da vida política, logo potencialmente condicionadores das possibilidades individuais"*. Este mesmo autor chama a atenção para a necessidade de não menosprezar a influência da *"geoestratégia internacional"* e os seus mecanismos para a *"compreensão da criação de serviços (...) e facilitação no acesso"*, significando isto dizer que, as análises das desigualdades numa determinada sociedade devem comportar as dinâmicas externas que, por mecanismos vários, são correias de transmissão e têm a capacidade de se impor internamente (Carmo, 2018).

Aceitando como verdadeiras estas premissas, são necessárias então políticas públicas endógenas de carácter reformista que deem respostas multidimensionais ou, se quisermos, interseccionais, aos problemas com os quais se confrontam as mulheres.

O papel do trabalho, ou a sua valorização a nível salarial é um dos aspetos que se deve ter em conta num possível leque de soluções do foro político-jurídico-económico para enfrentar as desigualdades de género. Porquê que esta questão é importante? Em uma sociedade onde a posse material é sinónimo de potencial liberdade, opressões várias resultam, exatamente da posição da mulher desprovida de independência económica. Como tal, entende-se que *"O trabalho assume um papel duplamente para a compreensão das desigualdades: em primeiro lugar, porque determina o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade e está fortemente correlacionado com o seu rendimento, escolaridade, habitação e redes de sociabilidade"* (Cabral, 2002). O fator trabalho/rendimento é central para a compreensão das desigualdades, sobretudo as de género.

Relativamente à elevação dos rendimentos provindos do trabalho, Cabral (2002) acrescenta que, é necessário refletir sobre as vantagens de um verdadeiro Estado-providência ou social que abranja o que é entendido fundamental para a realização do potencial dos indivíduos – proteção social, saúde, educação, direito ao lazer, segurança, etc., – neste caso concreto, o potencial da mulher guineense.

Em oposição ao Estado liberal, para Mozzicafredo (2000), o Estado-providência é sinónimo de Estado social na medida em que através de mecanismos vários procede a uma redistribuição da riqueza através da providência de serviços públicos – como por exemplo uma rede de centros de saúde e hospitais públicos ou a criação e o alargar da rede de creches públicas a valores acessíveis, e impõe uma poupança, através do desconto para a Segurança Social e que serve como garante em casos de desemprego, incapacidade de trabalho permanente por acidente ou velhice.

Uma das facetas clássicas de um Estado-providência/social é a massificação do acesso aos serviços de Saúde seja pela sua total gratuidade, isto porque é pago indiretamente com impostos, seja pelo valor

cobrado meramente residual. Esta, inegavelmente, é um dos pilares de um conjunto de direitos políticos, os direitos de cidadania (Mozzicafredo, 2000).

Mas será possível existir um Estado social sem um Estado de Direito democrático? Pensamos que não porque a segunda é o sustento da primeira. As garantias jurídicas próprias de um verdadeiro Estado de Direito democrático são condição sine qua non para a emergência de um Estado social, ou seja, um Estado que tenha no bem-estar e desenvolvimento do cidadão as suas principais prioridades. Como tal, o Estado social é ramificação do Estado de Direito democrático. As liberdades democráticas, como a “(...) *liberdade individual, a liberdade de expressão e de pensamento, bem como pelo direito à justiça*” (Mozzicafredo, 2000) devem ser incluídas como pautas nas lutas do gênero feminino na Guiné-Bissau.

Na nação guineense, um aumento real de rendimentos salariais e transferências sociais de várias ordens a par com a emergência de um verdadeiro Estado-providência e não uma caricatura de Estado providência/social, darão um contributo deveras importante para não só reduzir as inúmeras desigualdades, com particular incidência nas desigualdades de gênero, mas também permitirão que a luta pela emancipação feminina continue, mas a partir de um patamar acima, qualitativamente diferente do anterior.

Então depreende-se que as lutas por um Estado de Direito democrático, por um Estado-providência e aumento de salários deverão ser lutas onde as mulheres guineenses, por interesses concretos próprios, devem estar na vanguarda. Não somente pelos direitos de cidadania “*estatutariamente iguais*” (Mozzicafredo, 2000), a tal igualdade, mas delapidando as desiguais condições materiais e simbólicas.

2.2 - A questão cultural e religiosa na reprodução das desigualdades na saúde

Os direitos humanos das mulheres, a cultura e a religião encontram-se emaranhados, sobretudo nas sociedades africanas. Este tema tem sido um dos focos principais nos centros de debates, mormente no que se refere à saúde materna.

Um dos aspetos sobre o qual é importante que nos detenhamos, no âmbito da cultura, é a questão religiosa que, pelo seu aspeto estruturador da sociedade e forma que permeia as relações humanas no nosso contexto. “*O comportamento dos indivíduos na sociedade é guiado pelos códigos legitimados pelos textos sagrados, Alcorão, Bíblia, etc., e pelos usos e costumes tradicionais*” (Batisai, 2015, citado por Jabula, 2021). Na maioria das sociedades africanas, homens e mulheres são educados de modo a aceitarem costumes sexualmente diferentes. E a mulher assume as responsabilidades domésticas e reprodutivas, não tendo domínio total do seu corpo, e decisões

sobre a sua saúde sexual assim como definir se quer ou não ter filhos, determinar que total e o momento certo para essa realização (Bass&Sow, 2006).

A religião seja com o cunho atribuído, mas sobretudo a muçulmana, pertinente ou não, as suas interpretações atuais dominantes expressam uma divisão social de tarefas e responsabilidades na família, com base no género, que reforçam o comportamento patriarcal de relações sociais, no aspeto mais grave que se possa entender. Vários são os autores que defendem que o Islão é utilizado para reprimir a reprodução e a sexualidade das mulheres. Estas são controladas através das premissas do Alcorão, narradas por homens que na maioria das vezes são chefes patriarcais. (Bass&Sow, 2006; Bop, 2005).

Ainda sobre a cultura, de modo a atenuar as suas incógnitas, é importante esclarecer que a violência contra as mulheres é efeito de práticas culturais e tradicionais que precisam ser mudadas, sem menosprezar a importância do património cultural. Para esta autora, as práticas nefastas encontram-se enraizadas nos modelos de família e religião (Malukeke, 2015). Segundo Silva (2022), é conhecido por práticas nefastas todas as convenções/usos feitos propositadamente por homens ou mulheres, em outros indivíduos por motivos não médicos, mas sim por costumes culturais e religiosos, que têm consequências prejudiciais para a saúde, sobretudo das mulheres e das crianças.

Para Moreira (2020), a questão de práticas nefastas associadas a religiões como a excisão genital feminina, conhecido na Guiné-Bissau como *“fanado de mindjeris”*, é um dos aspetos enraizados na cultura de certos grupos étnicos com a falsa associação a *“prática religiosa”*, logo legitimada por si. Não se trata de uma mera mutilação, mas a recusa consciente de um poder, ainda muitas vezes impune, que a mulher usufrua de um dos direitos no âmbito dos *“direitos sexuais e reprodutivos”*. Como toda a violação de um corpo, nestes casos, para além dos efeitos físicos permanentes com a mutilação do clitóris, os efeitos psicológicos são iguais ou superiores ao àquela (Moreira, 2020). Ainda faltam estudos que possam demonstrar a correlação e os efeitos desta prática multidimensional no desenvolvimento de doenças do foro psíquico como, por exemplo, a depressão.

Também a poligamia, conhecida como uma organização familiar, na qual um homem possui mais do que uma mulher em simultâneo. Esta, com base em interpretações religiosas, seja com base estritamente económica, no contexto da Guiné-Bissau cria barreiras para uma emancipação desejada. O facto de que a decisão sobre vários aspetos da vida da mulher, como por exemplo, direito a prosseguir estudos, que normalmente é colocado em contradição com a criação de uma família, o direito à livre mobilidade ou o direito a dispor do seu corpo nomeadamente tanto a nível da contraceção como direito ao aborto, e sobretudo a não ser punida socialmente e penalmente pela prática. Todas estas questões, mais uma vez, refletem o patriarcado (Maluleke, 2015).

Bass&Sow (2006) argumentam que, outro aspeto religioso-cultural é no âmbito do sociologicamente apelidado *“casamento precoce”*, também conhecido por casamento infantil. Independentemente de preconceitos e relativismos culturais, determinadas práticas humanas devem ser determinadas pela maturidade dos indivíduos que nelas intervêm, nomeadamente a comunhão de mesa, cama, lar e projeto de vida: o casamento. Não obstante poder usar-se o argumento de que há sociedades específicas onde a maturidade se atinge em menor espaço de tempo do que outras, ainda se está por provar que casamentos com indivíduos em que certas mutações biológicas que determinam um desenvolvimento biológico do corpo, mas não forçosamente uma maturidade social, possam corresponder a um casamento entre iguais e onde exista o livre consentimento, para que seja de facto uma relação e não uma imposição/obrigação. Esta realidade ainda é existente na Guiné-Bissau.

Elencámos um conjunto de práticas culturais extremamente nefastas para o são desenvolvimento da mulher guineense e sua sã convivência em sociedade, com legitimação na religião, ou melhor, em certas interpretações religiosas muitas vezes dominantes na Guiné-Bissau. Assim, importa salientar que todas essas práticas, trazem consequências negativas para a saúde materna.

Contudo, Jabula (2021), introduz uma crítica à cultura como legitimadora de práticas opressoras concretamente para com a mulher. Afirma: *“A maior parte do que é entendido como “Cultura” na África contemporânea é em grande parte um produto de construções e (re)interpretações de antigas autoridades coloniais em colaboração com os patriarcas masculinos africanos”*. E acrescenta, como referimos acima, que a cultura não é estática e que aproveitando essa mesma dinâmica deve-se *“descartar criativamente os aspetos positivos e a emancipação das mulheres”*. Apesar de acreditarmos na boa intenção da autora quando invoca instituições culturais africanas como os rituais de iniciação e escolas tradicionais como possíveis veículos para a sensibilização e consciencialização em forma de *“educação sexual”* parece-nos que Tamale (2010) manifesta as fronteiras das possibilidades culturais e das suas instituições quando afirma que *“a transformação radical da sexualidade da mulher pode acontecer dentro da cultura”*.

É que existem instituições culturais irreformáveis, pois traduz atentados à saúde materna e à dignidade da mulher pois a mutilam física e psicologicamente – o que implica a sua expansão para que desenvolvam outras formas de cultura. Por conseguinte, ao acontecer essa transformação radical pensamos que já teríamos manifestado as fronteiras da anterior cultura e ter feito emergir uma nova cultura: desabrochada, sã, aberta às influências positivas de outras culturas e comunicativa com elas (Tamale, 2010).

Apesar das barreiras culturais e religiosas que concorrem para a manutenção e até agravamento das desigualdades de género na Guiné-Bissau, nomeadamente no acesso à saúde, a cultura, apesar de

poder ser impercetível aos olhos o processo de mudança, não é um fenómeno permanente – antes pelo contrário. A cultura é o reflexo da situação económica de um povo que, por sua vez, depende do projeto de sociedade assumido como desígnio nacional pelo poder político (Silva, 2022; Maluleke, 2015; Bop, 2005).

Para além das linhas gerais alavancadas, a luta por um Estado Direito Democrático, conjugado com a defesa e conquista de um Estado social, e no âmbito cultural, coloca-se a questão: que estratégias são necessárias para que a mensagem chegue? Daí a necessidade das atrizes e atores – seja Governo, organizações da sociedade civil, partidos políticos, sindicatos, cooperativas, associações de estudantes ou *ONG's* – desta empresa civilizacional de transformação de instituições culturais milenares, e destruição de outras tantas, como dizia Amílcar Cabral, de *“conhecerem a realidade que pretendem transformar”*.

Moreira (2020) destaca que a necessidade de planificação para a criação e solidificação de parcerias transformadoras consequentes entre estes atores será imperativa. Trata-se de eliminar um projeto de sociedade retrógrado, pré-histórico, e edificar e que, desta forma, projete a mulher guineense e a sua emancipação para o lugar central que merece na (nossa) História.

Ora, o Estado de Direito e o Estado-providência/Social serão fatores decisivos para a emergência de uma nova cultura na qual as mulheres estarão em posição de destaque para a definir. E quanto maior for a capacidade de organização e mobilização da mulher guineense, maior ritmo de transformação também será impresso à cultura guineense e, a partir de um determinado momento, essa mesma cultura será ela mesmo um fator positivo referencial de mudança da situação da mulher na Guiné-Bissau.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente trabalho enquadra-se num estudo de caso centrado na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, em Bissau, na Guiné-Bissau.

Para concretizar o objetivo deste estudo, de natureza qualitativa, de entre as técnicas disponíveis e que se esperavam úteis na recolha de dados (observação direta, questionário, entrevista) optámos pela técnica da entrevista e de carácter semiestruturado. Esta técnica apresentou vantagens que se sobrepunham às outras, embora se reconheçam em todas limites.

Uma vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade, ao permitir clarificar respostas “vagas” e obter mais informação (Ghiglione e Matalon, 1997; Quivy e Campenhoudt, 1992; Uwe, 2013) além de concordarem com esta vantagem, referem o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos, através da colocação de questões inesperadas face ao discurso do entrevistado (Uwe, 2013; Carmo e Ferreira, 2008), o que por exemplo, não é possível, através de um questionário ou de uma observação direta.

Como a entrevista se destinava a analisar aprofundadamente a interpretação que as entrevistadas faziam da experiência da gravidez, parto e pós-parto, recorreremos à entrevista semiestruturada, em detrimento da estruturada e da livre, uma vez que esse tipo de entrevista é mais adequado para aprofundar um assunto, já que não exige uma ordem rígida na colocação das questões (apesar de haver um guião), permitindo maior flexibilidade na exploração da informação pertinente e colocar questões adicionais (Ghiglione e Matalon, 1997). Outra vantagem da entrevista semiestruturada é permitir obter dos respondentes, dados razoavelmente padronizados, já que se socorre de um guião (Borg e Gall, 2002), possibilitando a comparação de diferentes entrevistados com perfis idênticos.

Contudo, apresenta limites. Por um lado, alguns entrevistados poderão não se sentir totalmente confortáveis com as diretivas de uma entrevista, por exemplo, pela eventual dificuldade de exposição e não familiarização com a sujeição a esta técnica. Assim, o sucesso desta técnica pode depender, em parte, da relação estabelecida entre o entrevistador e o entrevistado e a perspetiva de utilidade e dos benefícios que identificam no objeto de estudo. Outras desvantagens da entrevista estão relacionadas com eventuais influências de comportamentos do entrevistador, durante a entrevista, sobre o entrevistado (a título ilustrativo, inconscientemente as suas posições mediante perguntas tendenciosas, gestos significativos e tom de voz). Além disso, é um processo moroso (desde a conceção do guião das entrevistas, à aceitação da sua implementação, ao delineamento do cronograma, à administração, à transcrição, e respetiva análise de conteúdo).

Participantes do estudo

Participaram neste estudo 44 pessoas ligadas, de forma direta e indireta, à maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes: 20 parturientes neste centro hospitalar; 7 médicos; 7 enfermeiros; 7 parteiras; o diretor da maternidade; e 2 coordenadores de projetos de ONG's que operam juntamente com a maternidade em estudo.

Guião de entrevistas

Foram desenvolvidos 6 guiões de entrevista, consoante o perfil do entrevistado, na sua relação com o centro hospitalar.

O guião destinado às parturientes da maternidade em estudo inclui 19 questões, distribuídas pelos seguintes grupos: características sociodemográficas (idade, nível académico, visto que foi difícil especificar o termo escolaridade, religião, profissão/ ocupação e número de filhos); gestação, parto e pós-parto (Anexo 4). Esta organização visa relacionar as experiências das entrevistadas entre si, nestes diferentes períodos e com as suas características sociodemográficas.

O guião direcionado aos médicos destinou-se a recolher informação sobre de que modo qualificam os cuidados prestados naquela maternidade, a disponibilidade dos meios de diagnóstico e equipamentos, os desafios que enfrentam, e as suas perspetivas no que pode contribuir para melhoria de resposta na maternidade (Anexo 5).

Os dois guiões foram destinados a cada uma das categorias, enfermeiros e parteiras, da qual se difere só em termos da especialidade referente a formação profissional, mas por se tratarem de técnicos de saúde que estão mais próximos às grávidas e puérperas, procuramos saber quantos dias depois vão para casa, se as mesmas pagam para serem assistidas, quais as dificuldades que enfrentam nesse centro hospitalar e o que contribuiria para melhoria de resposta na maternidade (Anexo 6).

Com o guião da entrevista administrada ao diretor da maternidade pretendeu-se obter respostas acerca de dados relativos à saúde materna das utentes seguidas neste serviço, e de decisões e práticas que o mesmo serviço adota (Anexo 7).

Foi desenvolvido outro guião destinado a ser usado na entrevista aos coordenadores de projetos que apoiam a maternidade, nomeadamente, a AIDA (Ajuda Intercâmbio e Desenvolvimento) que tem como a denominação legal original (Ayuda Intercambio y Desarrollo), a qual intervém no serviço de maternidade, com a colocação de uma assistente social que faz a identificação de todas as grávidas

que têm critério de vulnerabilidade social e as mesmas são apoiadas ao longo de todo o seu internamento com o apoio de medicamentos, e outros materiais médicos que elas possam precisar. Enquanto **Ianda Guiné Saúdi**, um projeto da Cooperação Portuguesa do Instituto Camões, atua com o Ministério na componente da governação e liderança em saúde. Este intervém na maternidade do Hospital Nacional de Simão Mendes, na medida em que visa reforçar a capacidade dos médicos com a formação avançada para médicos clínicos-gerais, com áreas específicas que vai ao encontro da maternidade, que é a ginecologia (Anexo 8).

Em comum a todos guiões, verifica-se o esclarecimento ao entrevistado acerca do objetivo da investigação e o pedido de consentimento informado, salvaguardando o anonimato de cada um (o que é conseguido através da codificação dos entrevistados por números).

Procedimentos de recolha das entrevistas

As entrevistas foram gravadas com a ferramenta de gravador digital do telemóvel (Dictafone). Por vontade dos entrevistados, estas foram realizadas em língua crioula, exceto as entrevistas direcionadas aos coordenadores, que foram gravadas em português. Ademais, as mesmas tiveram duração média de 10 minutos e foram transcritas e traduzidas após o término de cada entrevista.

Local das entrevistas

As entrevistas às parturientes do centro hospitalar foram realizadas no seu domicílio, para sua comodidade, tendo em conta que tinham bebés, e por assegurar a privacidade do que poderiam falar. Já as entrevistas realizadas aos profissionais de saúde da maternidade do HNSM foram realizadas nestas mesmas instalações com autorização prévia dada pela Direção do hospital (Anexos 1, 2 e 3), e as entrevistas efetuadas aos coordenadores de projeto foram realizadas nos seus gabinetes, nas instalações das referidas ONG's.

A maternidade do HNSM

Em termos de infra-estruturas, o serviço de maternidade dispõe de: 1 sala de triagem com uma maca de observação, 1 sala de pré-parto com 7 camas, e 1 sala de realização de partos com 4 marquesas. Das 3 salas existentes para puerpérios normal, a maior possui 9 camas, 2 salas com 8 camas, e a menor com 4 camas. Relativamente às salas de puerpérios de cesariana, a sala maior possui 10 camas, uma sala com 9 camas e a sala menor com 6 camas.

Segundo os dados fornecidos pelo diretor dos serviços da maternidade, da qual afirmou que, os funcionários da maternidade encontravam-se distribuídos pelas seguintes categorias: 32 Médicos, 28 clínicos-geral e 4 especialistas; 22 enfermeiros; 37 parteiras e 4 serventes (funcionárias de limpeza).

Informou-se também que, em relação ao fluxo de pacientes recebidos nos serviços da maternidade diariamente, calcula-se numa média geral de 60 grávidas atendidas nos serviços de urgência, das quais são realizadas aproximadamente 30 partos naturais e 8 partos com recurso a cesariana.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.1 - Sociodemografia e quantificação das práticas assistenciais

A caracterização sociodemográfica das parturientes entrevistadas neste estudo foi obtida a partir de um conjunto de questões incluídas no início da entrevista, relativas a indicadores sociográficos (conforme a tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas das parturientes entrevistadas:

Utentes	Idade	Escolaridade	Religião	Profissão	Nº filhos
1	26	7	Muçulmana	NT	1
2	19	9	Muçulmana	NT	1
3	24	7	Muçulmana	NT	1
4	22	11	Muçulmana	NT	3
5	27	12	Muçulmana	NT	3
6	22	10	Muçulmana	Doméstica	1
7	30	10	Muçulmana	NT	2
8	32	10	Muçulmana	NT	2
9	39	10	Muçulmana	Estudante	4
10	22	3	Muçulmana	NT	4
11	31	12	Muçulmana	NT	2
12	27	12	Católica	NT	3
13	26	9	Muçulmana	NT	3
14	26	10	Muçulmana	Cabeleireira	2
15	30	9	Muçulmana	NT	3
16	25	12	Muçulmana	NT	1
17	36	Não estudou	Muçulmana	Vendedora	8
18	23	9	Católica	NT	2
19	29	Licenciada	Católica	NT	3
20	25	12	Muçulmana	NT	1

Em relação à idade das parturientes, esta varia dos 19 a 39 anos, o que demonstra que são mulheres em idade fértil. Quanto à escolaridade, 1 cursou o ensino básico incompleto, 2 o ensino médio incompleto e 4 o ensino médio completo. Assim como, 5 das entrevistadas cursou o ensino

secundário completo, 6 o ensino secundário incompleto, 1 o ensino superior completo e 1 das parturientes nunca estudou.

Em termos de religião, 17 das entrevistadas são da religião muçulmana, enquanto 3 são católicas. Dado esse importante no nosso estudo, na medida em que foi evidenciado no Capítulo II que as mulheres muçulmanas são as que se encontram mais sujeitas às práticas nefastas.

Quanto à profissão, 4 afirmaram que trabalham, 1 referiu que apenas é doméstica e 16 das utentes disse não estar a exercer uma profissão, o que nos remete para a ideia de que as mulheres guineenses normalizam as tarefas domésticas como sendo suas obrigações e não como um trabalho.

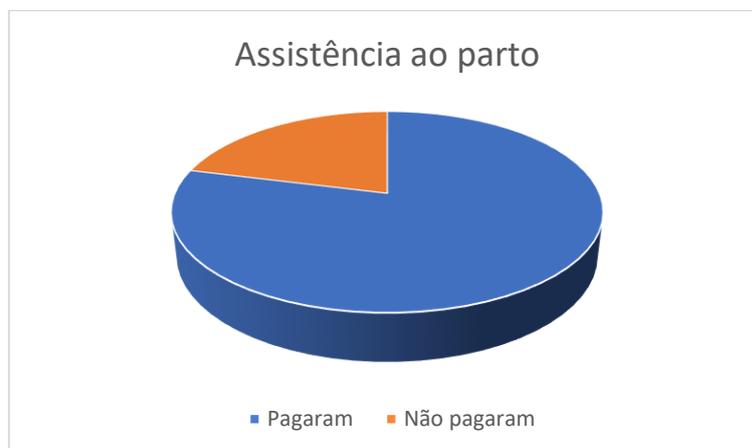
Quanto ao número de filhos, 5 são primigestas, outras 5 têm dois filhos, 6 têm três filhos, 2 entrevistadas têm quatro filhos, 1 tem oito filhos e 1 das parturientes perdeu o filho uma semana após o seu nascimento devido a complicações de saúde.

No que se refere ao tipo de parto, 15 das entrevistadas fez parto normal/vaginal e 5 fizeram cesariana.

Relativamente à assistência na maternidade, 15 afirmaram ter pago o parto, 4 não pagaram e 1 referiu não saber. Os valores estão compreendidos entre os 10 000 XOF – Franco CFA (que corresponde a 15,19 euros usando o conversor de moeda em <https://www.xe.com>, a 30/03/2023), o que acresce a compra dos medicamentos e dos materiais 14 000/17 000 XOF (que corresponde respetivamente a 21,26/25,22 euros, usando o conversor de moeda em <https://www.xe.com>, a 30/03/2023), e 1 utente afirmou ter pago 100 000 XOF (que corresponde a 151,85 euros usando o conversor de moeda em <https://www.xe.com>, a 30/03/2023) no total.

Segundo o Banco Mundial (<https://data.worldbank.org/country/guinea-bissau?locale=pt>), a República da Guiné-Bissau, em 2021, apresentava um PIB per capita de 795,1 USD\$ (correspondente a 479.508,75 XOF e 728,30 euros, em 30/03/2023, usando o conversor de moeda em <https://www.oanda.com/currency-converter/pt>). Estes valores sugerem que estas despesas de saúde representam um valor bastante significativo no orçamento familiar, num país com elevadas disparidades económicas entre pessoas, e em que os produtos alimentícios constituem uma necessidade básica com custo elevado que deixa pouca folga orçamental para outras despesas. Por comparação, de acordo com dados da PORDATA, em Portugal, o PIB per capita provisório, em 2021 foi de 197.220,0 euros (<https://www.pordata.pt/portugal/pib+per+capita+e+pib+a+precos+constantes-2953>).

Gráfico 1: Distribuição percentual de pagamentos informais na assistência ao parto



Quando questionadas sobre a forma como foram tratadas pelos profissionais de saúde na maternidade, 11 afirmaram que foram bem tratadas, e as restantes declararam ter sido maltratadas, sofrendo violências desde o momento que chegaram à maternidade, no parto, e no período do pós-parto. Assim, 4 das entrevistadas alega ter sido vítima de violência verbal, 3 violência psicológica e 1 violência física; ademais, 1 das utentes disse que a trataram de forma normal.

Gráfico 2: Distribuição percentual de casos de violência obstétrica



Após o parto, 11 das entrevistadas regressaram a casa no dia seguinte, a maior parte das vezes em menos de 24 horas (nomeadamente, as que tiveram parto normal); e as restantes entre dois dias a duas semanas, em regra as que fizeram cesariana, as que contraíram problemas de saúde como tensão alta ou anemia, e as mulheres cujos filhos ficaram com alguma complicação após a nascença.

Sobre o acompanhamento pós-parto, 11 das entrevistadas afirmaram que regressaram ao hospital depois de 45 dias, sobretudo para a vacinação dos seus bebés, e a fim de verificar o estado dos pontos e se contraíram algum problema de saúde devido ao parto, e outras receberam telefonemas de um técnico de saúde de modo a saber como a mãe e o bebé se encontram.

Quando questionadas se tiveram algum tipo de apoio durante a fase da gestação, parto e pós-parto, de alguma associação, ONG ou da Segurança Social, apenas 1 das entrevistadas obteve ajuda de uma ONG que se encontrava a trabalhar na maternidade. Alegando assim não ter pago nada desde o início do processo até ao regresso a casa.

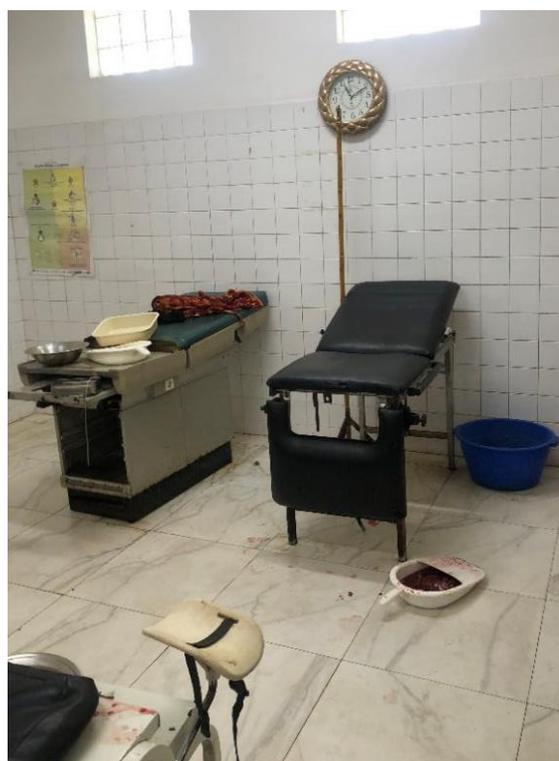
4.2 - Vivências e perspetivas das parturientes: principais obstáculos que condicionam o desenvolvimento da saúde materna

Como observamos acima, no Capítulo II, vários autores como Mendes (2020) e Barros et al. (2018) reforçaram o fraco investimento do Estado no setor de saúde, o que conseqüentemente espelha-se na carência da prestação de serviços e as péssimas condições em que se encontram as infraestruturas dos centros hospitalares da Guiné-Bissau, sem o mínimo de necessidades físicas e materiais para acolher os pacientes, como é o caso da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes. A pesquisa realizada neste centro hospitalar, ao longo de dez dias, permitiu através da observação, refletir e corroborar alguns fatores que contribuem para um ambiente inapropriado para a grávida e parturiente, condicionando, assim, o desenvolvimento da saúde materna.

4.2.1 – Condições físicas e materiais da maternidade

Foi neste quadro que, evidenciou-se a fraca capacidade das infraestruturas de receber a quantidade de grávidas que procuram este serviço, havendo sobrelotação, com o número de camas insuficientes nas salas e sobretudo a pequena dimensão da única sala de partos; a inexistência de berços e a falta de higiene nas casas-de-banho também foram dos problemas presenciados.

Fotografia: sala de parto da maternidade do HNSM



Fonte: Alcilinda Cabral, maio de 2022

Em face de tais constatações, torna-se crucial perscrutar a opinião das parturientes entrevistadas em relação a esta situação, nos seguintes discursos:

“Para mim, a sala onde vai se ter o bebê. Lá é que devem mudar, não tem as mínimas condições. Imagina uma mulher com a sua dor de parto, tens de pegar as tuas pernas com as tuas mãos para poder abrir para teres o bebê. Com aquela dor toda. Imagina com aquele calor, com as tuas mãos a suar, a escorregar, para pegares os teus pés. Não há sítio para pegar para fazer força, não há sítio para colocar os pés. Não está em condições. Disseram que aquela marquesa está lá há muito tempo. Até ficas com problemas no traseiro, para o tempo que lá estás deitada” (Parturiente 6).

“Se houver forma de se arranjar berço, para facilitar. Cada um na sua cama. E tenda também. Há muitos mosquitos no hospital. Logo, és obrigado a estar a abanar o bebê para que nada o pique. No meu caso, como fico gorda, sou obrigada a sentar a noite toda para o meu bebê puder deitar. Porque se me deito com ele, posso matá-lo. E as casas de banho também, são muito sujas. Cada uma está a fazer à sua maneira, e se uma pessoa se agacha, corres o risco de apanhar algo” (Parturiente 9).

“O que acho que devem melhorar é acrescentar mais quartos, e aumentem o número de camas porque quando tivemos o bebê, estavam a receber outras recém-mamãs durante a madrugada, tivemos de deitar 2/3 por cama porque não havia mais camas. Divides a meio, deitas o menino e a outra menina tem de fazer o mesmo. É isso que acho que devem melhorar. Se houver possibilidade de aumentar a maternidade, porque às vezes ouço que até deitam 4 numa cama. Ou seja, deitam os bebês e as mães têm de sentar” (Parturiente 19).

Este resultado converge com o estudo realizado por Silva et al. (2007), em que se considerou que apesar do Hospital Nacional Simão Mendes ser uma instituição prestadora de cuidados terciários, este funciona indevidamente como uma unidade que consequentemente presta também cuidados de saúde primários e secundários, o que determina o congestionamento nas consultas externas e nas urgências, originando a lotação excessiva na maternidade. Face à evidência, neste estudo compreendemos nas entrevistas que estes episódios recorrentes justificam a alta precoce/antecipado das parturientes, sem beneficiarem do devido repouso e cuidados necessários que o pós-parto carece.

4.2.2 - Pagamentos ilícitos

Outro dos grandes condicionantes que comprometem a eficiência da prestação dos serviços de saúde da maternidade em estudo são os pagamentos informais, já referidos atrás. De modo a ter assistência adequada, as parturientes pagam valores exorbitantes pelos serviços que tecnicamente têm direito (LGDH, 2018).

Como sustenta Silva et al. (2007), existe uma desregulação relativamente à prestação de cuidados de saúde, em que cada funcionário efetua a sua estratégia de compensação, sem qualquer tipo de controlo. Em alguns casos, esta prática espelha-se muitas das vezes no facto das grávidas adiarem as idas à maternidade por falta de recursos económicos, chegando tardiamente ao hospital, o que conseqüentemente pode gerar complicações no trabalho de parto.

Efetivamente, no processo de entrevistas, a maioria das parturientes entrevistadas não mostrou ter conhecimento da gratuidade dos serviços de assistência materna e quando questionadas se pagaram para serem assistidas e se na realidade constataram alguma diferença na forma como foram tratadas pelos técnicos de saúde, dependendo das suas condições financeiras, eis algumas das suas respostas:

“Eles fazem diferença porque se tens dinheiro tratam-te bem, mas se não tens, ninguém te olha, só quando elas se apercebem que realmente estás cansada, é que vão para perto de ti” (Parturiente 1).

“Puseram a minha mãe a pagar pela cama. Se chegar lá, e a grávida estiver mal, se tiveres meios, basta só embrulhar o dinheiro na mão deles, automaticamente vão te assistir” (Parturiente 2).

“Só quando tive o bebé é que disseram que não podiam mostrar o bebé até eu pagar. Chamaram, perguntaram quem é o pai do menino, eu disse que estava na rua. Foram chamá-lo e o meu marido tirou 10 000 XOF e deu-lhes” (Parturiente 3).

“Sem dinheiro, eles não aceitam fazer a cesariana. Não fazem” (Parturiente 8).

“Se não tivesse pagado, não iam me assistir. As coisas são como são” (Parturiente 10).

“Eles só funcionam com dinheiro. Se deres dinheiro tratam-te muitíssimo bem, perguntam o que precisas e tal, mas se não tens dinheiro sofres. Se os chamares nem te respondem” (Parturiente 11).

“Com eles tem de ser com dinheiro. Se deres dinheiro eles assistem-te bem, se não, mal olham para ti” (Parturiente 13).

“Porque no Simão Mendes, tu mesma sabes que sem dinheiro, não tens bom atendimento” (Parturiente 14).

A título ilustrativo, duas entrevistadas que apesar de terem consciência de que esta prática não é lícita, justificam-na e perspetivam-na como uma gratificação aos profissionais que assistem as grávidas e parturientes, decorrente das suas más condições de trabalho:

“Aquilo não é pagar, nós chamamos de “laba remo (gorjeta)” quando alguém te ajuda a parir e o marido chega e eles pedem para oferecer algo” (Parturiente 5).

“É só aquele dinheiro que pedem às pessoas. Mas depois, se formos a ver, não é culpa deles. Porque se o nosso Estado pagasse os seus ordenados a tempo e hora, não pediriam nada às grávidas. Por outro

lado, as nossas condições não são iguais, uma grávida pode ter, mas a outra pode não ter, depende. Mas os profissionais de saúde têm as suas famílias, e o Estado não lhes presta a devida atenção quando precisam. Eles têm rendas para pagar, os seus filhos, por isso é que pedem às grávidas” (Parturiente 14).

Kitson (2019) argumenta que há uma cultura de exigir e/ou aceitar pagamentos ilícitos neste país, ou seja, uma espécie de ‘tradição de corrupção’. O mesmo autor acrescenta ainda que esta prática se encontra enraizada na sociedade guineense para a realização de atividades de maneira ilícita para benefício pessoal. Para este autor, são diversos os motivos que levam a que estas práticas persistam até aos dias de hoje pois muitas das vezes as pacientes com baixo nível escolar, não têm informações adequadas sobre taxas e encargos.

Ademais, tornou-se evidente em muitos dos discursos das parturientes entrevistadas acima que as mesmas acabam por normalizar e aceitar este comportamento por parte dos funcionários de saúde, uma vez que supõem que se não pagarem para serem assistidas, serão ignoradas e vítimas de violências obstétricas. E, em consequência destes episódios recorrentes, evidenciou-se que estas criam constrangimentos para um espaço no qual é raro uma grávida/parturiente denunciar o profissional de saúde, pois creem que podem retornar a este serviço materno e ser atendido pela mesma pessoa.

4.2.3 - Violência Obstétrica

Esta questão resulta diretamente de mais uma das vicissitudes à saúde materna, de que as mulheres guineenses são alvo. Podemos compreender o termo Violência Obstétrica como sendo a apropriação do corpo e dos processos produtivos da mulher, mais especificamente da sua saúde sexual e reprodutiva por parte dos profissionais de saúde, por meio de tratamentos cruéis nos períodos pré, durante e após o parto (Belli, 2013 citado por Rogmonolo et al. (2018). Efetivamente, para Santiago et al. (2017), este termo é usado para caracterizar inúmeros comportamentos durante o cuidado obstétrico profissional como maus-tratos psicológicos, físicos, verbais e uso de procedimentos irrelevantes e muitas das vezes dolorosos que a mulher é subjugada.

Como sustentam os autores Jardim e Modena (2018), os profissionais de saúde, utilizam o seu poder para manter a obediência às suas regras, ignorando as interações humanas, o que faz com que haja fragilização das pacientes, e consequentemente submissão das mesmas diante de todas essas imposições. Os mesmos referem que, segundo a Organização Mundial da Saúde, muitas são as mulheres, no mundo inteiro que são acompanhadas de forma violenta, experienciando situações

desagradáveis de abusos, desrespeito, negligência, e violação dos direitos humanos por parte dos técnicos de saúde, cada vez mais frequentes na assistência ao parto.

Jardim e Modena (2018) acrescentam ainda que, este cenário atinge nomeadamente mulheres de baixo nível socioeconómico, de minorias étnicas que se encontram expostas ao poder profissional e institucional, com características tiranas e dominadoras que isolam a subjetividade feminina. No Capítulo I constatamos que a mulher guineense está longe de se distanciar dessas mesmas características, e como efeito, atinge a maior maternidade do país.

Dá-se destaque ao momento de acolhimento, o modo como foram tratadas durante todo o processo, que acabou por ser percecionado por 40% das participantes, de forma negativa. As mesmas manifestaram terem sido vítimas de violências verbais, psicológicas e até físicas:

“Devias lhe deixar parir sozinha porque na hora de ter relações sexuais, fazem-no muito bem e na hora de parir fingem que estão cansadas” (Parturiente 2).

“Viu-me a chorar por causa dos sintomas, da dor do parto, e insultou-me, disse para parar de fazer escândalos pois havia pessoas que queriam dormir, disse-me uma conversa como “quando eu estava a levar com ele, se sentia dores e se era assim que eu estava a gritar” (Parturiente 6).

“Apenas quando o Dr. X me disse aquela conversa, fiquei muito chateada. Vai na volta dava por mim a chorar na sala, para ser sincera. Lembrando a conversa dele, de que eu ou o bebé iríamos morrer. (...) As auxiliares também não se comportam bem porque, por exemplo há gravidez de vômito, ou se o sangue tocar no chão, e ao pedires ajuda, vão te dar com más conversas” (Parturiente 8).

“Houve um dia que uma das senhoras me estava a tentar dar injeção, tentou, mas aquilo partia. Então ela bateu-me no peito” (Parturiente 10).

“O pessoal de saúde deve mudar o seu comportamento. O comportamento deles quando uma pessoa chega lá cheia de dores, ficam a falar mal contigo, chamam-te de covarde. Havia lá uma que me disse que se fosse ela no meu lugar, seria muito mais corajosa do que eu, e eu respondi que não haveria problema, que um dia ela também verá. Portam-se mesmo muito mal com as pessoas” (Parturiente 13).

“Estavam a falar mal com ela, a dizer-lhe que ela tem de parar de ter mais filhos porque a “máquina” dela já não está a funcionar mais para parir, ou seja, o útero dela. E muitas outras coisas” (Parturiente 14).

“Há uma mulher quando lá cheguei, ela assustou-me um bocado. Cheguei, observou-me, sabe com as gémeas fiz cesariana. Ela viu o meu cartão, e disse que eu iria para o bloco operatório porque fiz asneira e voltei a engravidar. Eu disse que engravidar é destino de Deus (...) Uma outra senhora que lá

estava a trabalhar é que me ajudou (...) Porque da forma como a outra senhora falou comigo, deixou-me triste” (Parturiente 17).

“Quando lá cheguei, o médico que estava lá, bateu uma menina que estava a ter o bebé” (Parturiente 20).

Em nenhum momento se identifica como sendo necessário fazer evidencia ao facto de estas violências acontecerem num puro momento de plena vulnerabilidade das parturientes, dado que a mulher não tem conhecimento que é vítima e interpreta que os profissionais de saúde estão a desempenhar correctamente a sua função (Estumano et al., 2017). Quando questionadas com quantas e que pessoas se encontravam na sala de parto, todas responderam estar presentes os profissionais de saúde e outras grávidas em trabalho de parto e, mas sem nenhum familiar para as acompanhar. Assim, Santiago et al. (2017) destaca que um dos direitos da parturiente durante todo o processo do parto, é ter um acompanhante à sua escolha, de modo a sentir-se mais tranquila e segura.

No caso da maternidade do Hospital Simão Mendes, uma parturiente constatou esta questão:

“O que lembro é o facto de não estar com alguém no momento do parto para me apoiar” (Parturiente 4).

Face a esta evidência, Mendes (2020) reforçou a importância de um acompanhante durante o processo do parto, expressa pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de assegurar conforto físico e apoio emocional à mulher, mas também reforçar segurança e qualidade de atendimento. E partindo da mesma perspectiva, são várias os autores que corroboram que impedir uma mulher de ter um acompanhante é um ato de violência obstétrica (Jardim e Modena, 2018; Romagnolo et al., 2018; Santiago et. al, 2017; Silva et. al, 2014;).

Ora, neste centro hospitalar materno, não sendo proibido, as condições físicas do espaço impedem completamente que as mulheres tenham direito a um acompanhante. Já referido acima, nesta maternidade existe apenas uma sala de partos, sem cortinas, o que dificultará a privacidade das parturientes no momento do parto. Este ponto converge com o estudo de Castañeda et al. (2022) que enfatiza a existência de muitas maternidades públicas que se encontram em edifícios relativamente antigos, e muitas das vezes com salas coletivas, sem privacidade e sem quartos individuais.

4.3 – Perspetivas complementares dos profissionais de saúde e coordenadores de ONG's.

Olhando para as perspetivas das parturientes entrevistadas acerca das precárias condições de assistência em termos de espaços e de materiais, procurou-se saber se estas encontram correspondência na dos técnicos de saúde entrevistados. O que se verificou. Tais técnicos mostraram a sua grande indignação e lamento por a maternidade ter espaços desadequados face à procura, à falta de materiais e equipamentos de trabalho, revelando bloqueios e limitações à adequada prestação dos cuidados que devem prestar, como enfatizam Guerreiros et al. (2017), conforme os seguintes testemunhos:

“As marquesas não são suficientes, porque muitas das vezes estão todas ocupadas, temos de ficar à espera de quem já teve o bebé para podermos ocupar essa marquesa” (Parteira 6).

“Aumentar a maternidade, pelo menos mais uma sala de parto, no pós-parto também. Aquilo enche imenso, 2 a 3 pessoas numa cama. Só que não ficam lá permanente, num parto normal, no dia a seguir vão para casa. Mas claro que seria bom também elas poderem deitar e descansar confortavelmente, depois de um parto, com os seus filhos nos braços. Mas não há forma” (Enfermeira 1).

Outro ponto importante evidenciado neste estudo é a falta de especialização dos profissionais de saúde materna que afigura-se noutra problemática na qualidade do atendimento às parturientes relatadas pela maioria dos profissionais entrevistados, conforme o ilustram os seguintes excertos:

“(…) quando terminamos o curso, ficamos por lá, não há nenhum curso, por exemplo, levar as parteiras e enfermeiras, para fazer reciclagem. Um estágio, algo do género para podermos ver o que precisamos de melhorar. Mas nada disso há aqui. Quando acabas o curso, tu mesma é que tens de te esforçar para ver de que forma deves ajudar no trabalho” (Parteira 1).

“Porque primeiro tem de se ter qualificação de técnicos, porque a maioria dos médicos que estão aqui colocados na maternidade, são médicos clínicos geral. A passo que, a maternidade deveria ter muito mais especialistas, do que clínicos gerais por causa dos casos que atendemos. Temos muitos médicos, mas não temos muitos especialistas. E como os especialistas não são muitos, nós os de clínica geral é que tentamos fazer o trabalho dos especialistas. De modo que não é suficiente, tão bom como deveria ser” (Médico 2).

Com base nestes discursos, importa destacar que a nível nacional, existem apenas 4 especialistas na área da obstetrícia e ginecologia, e todos se encontram a trabalhar na capital, na maternidade do HNSM, o que significa que o resto do país se encontra descoberto de especialistas. Há muitos médicos-clínicos gerais a exercer funções em todos os serviços na Guiné-Bissau, pois não existe programas de especialização no país.

No que tange às cobranças ilícitas na maternidade do Hospital Simão Mendes, os profissionais de saúde justificam os seus atos argumentando com as péssimas condições de trabalho, de que são exemplo o atraso dos pagamentos, os salários baixos e a falta de materiais:

“Bem, eu não posso lhe dizer que pagam ou não para ter o bebé aqui. Mas cada uma que vem para ter o bebé, ou está doente ou qualquer coisa que precise, a maioria tem de comprar os seus medicamentos. Aqui não há nenhum preço fixado pela direção da maternidade a dizer que tens de pagar ou não, nunca funcionou assim, mas se há uma receita elas podem ir comprar, ou então se tiver um parto, e vires que a pessoa foi simpática, podes oferecer algo da tua vontade” (Parteira 1).

“Aqui é a falta de materiais, não há materiais. Não há. Automaticamente, como disse que não se paga nada, acabas por passar receita à mãe para ir comprar os materiais fora, porque não há materiais (...) Mas se vieres com o teu dinheiro no bolso, nem se fores coitada, e mostrares que estás na altura de pagar tudo, vão te assistir a 100%. É que nem se quer te vou esconder isso. Mas é muito complicado. É muito triste, sinto-me muito mal porque os bebés é que são penalizados” (Enfermeira 6).

Estes testemunhos corroboram as experiências relatadas pelas parturientes entrevistadas, conforme apresentado em 4.3.2, ao nível do pagamento dos materiais, dos medicamentos, e do serviço, cujos valores estão dependentes de quem os cobra. Embora estes pagamentos não sejam formalizados pelo centro hospitalar, parece existir um acordo tácito para que isso aconteça entre funcionários e parturientes.

Esta prática é também observada por coordenadores de projetos de ONG’s entrevistados. E como membros importantes no apoio à maternidade em estudo, e com um olhar de enfoque diferente a esta barreira da prestação de saúde neste centro hospitalar, eis os excertos de testemunhos em relação aos pagamentos ilícitos:

“(...) chega uma senhora grávida, já não há o pacote de gratuidade, as pessoas são obrigadas a pagar tudo o que é atendimento nos serviços de saúde. Portanto, o que falta neste momento, e as dificuldades que as moças grávidas enfrentam para ter acesso aos serviços da maternidade e que não conhece e nem sente que há direitos que podem ser beneficiados como sendo uma pessoa grávida (...) Todo esse pacote sai do bolso da família, que é um dos maiores financiadores do setor da saúde da Guiné-Bissau. Há um estudo que foi feito em 2011, de contas nacionais de saúde, que revela que 47% do financiamento do setor da saúde vem da família. O último estudo que foi feito em 2015/17, revela que 74% de financiamento do setor da saúde provém da família. Isto aqui eu posso garantir que vai continuar a subir porque o Estado subvenciona o setor da saúde só para o pagamento dos recursos humanos, mas não intervém na própria melhoria. 93% do financiamento das atividades de saúde, provém dos parceiros. Isto é um desafio imenso” (Coordenador 1).

“Não sei se a Maimuna tem noção que é um terror parir aqui. É o atendimento, é o serviço daqui do hospital, é dos serviços mais corruptos, digo isso sem grandes problemas, nomeadamente no que são às equipas de enfermagens e nas equipas das parteiras, são serviços extremamente corrompidos, em que as mulheres são cobradas ilicitamente para parir, e quando não têm meios financeiros são vítimas de violência obstetra e muitas outras coisas” (Coordenador 2).

Das entrevistas aos técnicos de saúde, a hemorragia nas parturientes emerge como uma grande preocupação, pois é a causa de muitas mortes decorrentes no período do parto (como referenciado no Capítulo I). A propósito, duas dificuldades referidas são a falta de farmácia e de Banco de Sangue dentro da maternidade. Existe uma farmácia para todo o hospital, e outra dedicada ao serviço de Pediatria. Relativamente ao Banco de sangue, é o único da cidade e encontra-se no HNSM, com condições precárias e insuficientes para dar resposta às necessidades dos utentes. É de se destacar que, na Guiné-Bissau não existe nenhum especialista na área da imunohematologia e na transfusão sanguínea e também não existe nenhum plano de formação em relação à mesma (UNIOGBIS, 2017; Barros et al., 2018; Silva et al., 2007). Consequentemente, relatos de profissionais da maternidade, como o seguinte, foram observados em entrevista:

“Era muito bom que tivéssemos um banco de sangue na maternidade, seria muito bom que tivéssemos um laboratório aqui. Porque o tempo de espera conta muito para salvar a vida da mãe e do bebé. Gostava muito, que o próprio hospital tivesse um banco de sangue onde tivesse capacidade de separar Hemo componentes, porque às vezes há complicações e até mortes pelo simples facto de a doente ter tomado sangue completo. Muitas vezes, a doente só precisa de um plasma ou de um glóbulo branco, ou glóbulos vermelhos, e tem de tomar o sangue completo. É obrigada a tomar aquilo tudo e o organismo começa a reagir.” (Enfermeira 7).

“A situação que mais me marcou foi uma senhora grávida que veio com sangramento, foi levada para o bloco porque a sua vida e do bebé estavam em risco. Então, neste tipo de situações, privilegia a mãe porque pronto, a ela já temos e o bebé ainda não. Foi operada, tiramos o bebé e estancamos o sangramento, mas não havia sangue. Não podes fazer nada, fizemos tudo ao nosso alcance, mas o sangue estava difícil por causa do seu grupo sanguíneo. Então a senhora acabou por falecer. E acho que é uma situação que não deveria de acontecer porque pronto, se consideramos este hospital como referência, deveria estar equipado, deve ter condições, materiais necessários e medicamentos disponíveis para emergências.” (Médico 5).

Para além do Banco de Sangue não se encontrar em condições de resolver o problema de hemorragia de muitas parturientes, as mesmas são obrigadas a pagar valores altos para obter sangue. Quando não têm dinheiro para comprar sangue, as grávidas e/ou os familiares vão para a rua fazer peditórios de modo a conseguirem o valor necessário. Nas entrevistas aos funcionários de saúde, os mesmos lamentaram também muitas situações de grávidas provindas das zonas rurais da

Guiné-Bissau sem as mínimas condições económicas para suportar os gastos com a assistência ao parto.

“Para além de que, as nossas compatriotas, as que vêm do interior, com a hemoglobina de 2 ou 3, se Deus decide que o teu acabou, os familiares correm e correm para encontrar sangue para elas, mas umas salvam-se e outras não conseguem. Há casos que, tentas salvar, mas não sabes onde segurar para o fazer” (Parteira 7).

“Os familiares quando não têm, vão para a rua pedir, e doente fica deitada à espera. Tu mesma fazes questão de sair e perguntar se ainda não compraram. Logo, como fazer? O tempo fica a correr. E acabam por sofrer” (Enfermeiro 6).

“(…) e encontrando com essas pacientes carenciadas, que vêm da zona rural, que têm dificuldades até na alimentação. Vêm de transferência e muitas vezes sem família. Queres salvar a vida dessa paciente, mas é necessário algum medicamento de emergência, e se por exemplo tiver um sangramento e tiver um hematoma ou rutura, e precisa de uma intervenção cirúrgica de imediato, mas precisa de sangue, praticamente naquele momento, essa paciente não tem condições de comprar sangue e não tem nenhum doador de momento, é muito alarmante” (Médico 5).

De acordo com os profissionais de saúde, não só de problemas materiais e físicos vive a maternidade do HNSM. Para estes, ainda existe muita resistência a certas barreiras sociais e culturais, evidenciados no Capítulo II, por parte das mulheres guineenses e seus familiares, que conseqüentemente dificulta a realização das suas funções, como podemos verificar nos seus discursos:

“Olhemos para as nossas crenças, que temos na nossa sociedade, de mulheres que começam com a mutilação genital; que permitem que os seus parceiros tenham muitas outras parceiras; que ficam grávidas e ficam em casa, sem ir ao hospital para fazer um controlo pré-natal e outras que têm o bebé em casa. Deixam-se ficar e quando complicam vão tardiamente para o hospital, ok? Muitas vezes, os familiares preferem um curandeiro a um médico para tratar as suas mulheres” (Diretor da maternidade).

“Há mulheres que se recusam a serem vistas por um homem, ou há mulheres cujos maridos não deixam que elas sejam vistas por homens. E isso é um problema muito grande aqui. Já tivemos várias situações aqui na maternidade, ou seja, da mulher entrar em trabalho de parto, com uma suposta rutura de bolsa e que ela não pode ser examinada porque, os maridos por exemplo não deixam que seja um homem a tocar” (Coordenador 2).

Ora, de modo a solucionar/amenizar esta questão complexa, Cabral (2002) argumenta que a educação é uma alavanca imprescindível no que concerne aos cuidados de saúde, considerando que

um indivíduo com maior nível escolar tem maior capacidade de observar recomendações de campanhas de prevenção e promoção de saúde, o como resultado, será refletido numa mudança positiva de práticas.

Em suma, quando questionados sobre o que pode contribuir para melhoria de resposta na maternidade, todos os técnicos de saúde destacaram e reforçaram a importância de o Estado olhar com mais precisão para o sector da saúde, sobretudo na maternidade, pois como alguns referiram nas entrevistas *“é na maternidade que nasce uma nação, onde tudo começa”*.

“Educar as pessoas sobre a saúde. As pessoas têm de conhecer que a saúde é a responsabilidade de cada pessoa (...) Os nossos políticos, os nossos governantes, têm de entender quais as suas responsabilidades” (Diretor da maternidade).

“Mas aqui, para mim, sem dúvida, uma reestruturação de recursos humanos; protocolos de formação, de preferência com pessoas permanentes, ou seja, médicos especialistas permanentes que estivessem dentro do serviço, (...) e ter uma política de recursos humanos séria de quem não cumpre é entregue ao Ministério da Saúde, e se não cumpre, nós não queremos que esta pessoa esteja aqui” (Coordenadora 2).

De modo geral, os relatos de parturientes, profissionais de saúde e coordenadores de ONG's entrevistados convergem para descrições similares acerca de condições materiais e físicas da maternidade e de pagamentos ilícitos. Tais condições físicas e materiais apresentam-se precárias e insuficientes para um atendimento de qualidade às grávidas e parturientes. Os pagamentos ilícitos são entendidos por quem os cobra e quem os paga como necessários, no entanto, as parturientes consideram que só terão um bom atendimento se pagarem, e os profissionais de saúde justificam-nos como devidos pela falta de materiais e medicamentos.

Dos discursos das parturientes emerge que a maioria considera que a violência obstétrica é prática reiterada no parto e manifesta vontade de que esta seja alterada por a considerar inadmissível.

É importante referir que, ao falar num sistema de saúde, significa ter em conta os objetivos das políticas públicas com atenção à melhoria da qualidade de saúde materna. Deste modo, é crucial dar destaque à criação de uma organização de serviços de saúde adequados às necessidades da população e por outro lado, promover a competência profissional dos técnicos de saúde e garantir recursos humanos qualificados, equipamentos e materiais de saúde, com vista à satisfação dos utentes e quebrar barreiras que têm dificultado a sua eficácia (Poisco, 2007, citado por Djata, 2021).

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo geral fazer uma abordagem das políticas públicas de saúde materna existentes na Guiné-Bissau, através do estudo de caso da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, assimilar como estas são entendidas pelas parturientes e complementarmente entender o ponto de vista dos técnicos de saúde e coordenadores de ONG's, de modo a analisar as suas valências e fragilidades.

De um modo geral, parturientes, profissionais de saúde e coordenadores de ONG's manifestaram perspectivas com muitas afinidades acerca das políticas de saúde materna implementadas no HNSM. Releva-se que os relatos de parturientes possuem aspetos comuns aos dos profissionais de saúde e dos coordenadores de ONG's entrevistados no que concerne às condições de atendimento. Estas são caracterizadas como deficitárias ao nível de falta de espaço e sobrelotação, falta de privacidade entre parturientes, bem como da falta de limpeza e higiene das instalações e do material (in)disponível, falta de farmácia e de um Banco de Sangue, dentro da maternidade.

Sendo este o hospital de referência nacional, admite-se a possibilidade de os outros que integram a rede nacional de saúde pública da Guiné-Bissau apresentarem condições ainda mais deficitárias, revelando uma fragilidade.

A taxa de mortalidade materna ainda é muito elevada na Guiné-Bissau, incluindo na capital, onde a falta de um Banco de Sangue capacitado, falta de condições materiais e físicas de atendimento é uma das causas apontadas pelos entrevistados. Por conseguinte, urge investimento do Estado, ao nível da dotação de equipamento e materiais das maternidades (meios de diagnóstico, blocos de partos e quartos) do país, bem como da higiene e limpeza dos espaços. Recomenda-se que o Estado deve investir em instalações de rede de atenção básica de saúde materna no país inteiro, inclusive nas zonas rurais e nas zonas isoladas de difícil acesso para todas as grávidas, reduzindo assim a sobrelotação na maternidade do HNSM, o que irá repercutir no acessível acesso aos serviços de saúde desse serviço.

De acordo com as entrevistas levadas a cabo, estas condições de trabalho, não raro, têm conduzido a pagamentos ilícitos por parte dos profissionais de saúde materna do HNSM. Esta prática é normalizada e entendida como necessária, tanto pelas parturientes com o objetivo de terem bom atendimento, livre de maus-tratos e por parte dos profissionais de saúde com a justificação de más condições de trabalho, como falta de materiais e medicamentos. Efetivamente, uma possível explicação é a falta de transparência de informação acerca da gratuidade do serviço e do

fornecimento de instrumentos de trabalho e medicamentos (alguns resultados de doação, conforme indicação dos coordenadores das ONG's).

Nessa medida, seria interessante que as Políticas Nacionais de Saúde, oficializassem as recomendações para que todas as maternidades disponibilizassem informações às parturientes de forma explícita e fiscalizassem esta prática abusiva. Da mesma forma, e de modo a corrigir as irregularidades dos preços nos centros hospitalares, é fundamental que a divulgação de todas as informações seja reforçada nas rádios e redes sociais, destacando sempre a gratuidade dos grupos vulneráveis, neste caso específico, o das grávidas e crianças até aos cinco anos de idade. Ademais, urge dotar as maternidades dos equipamentos e materiais indispensáveis às boas práticas, para que as parturientes tenham um atendimento de qualidade e desejável.

Ao longo desta pesquisa, vários autores evidenciaram que um dos grandes desafios que o país enfrenta é a insuficiência de recursos humanos, quer em quantidade como em qualidade (Barros et al., 2018). Existem vários profissionais afetos à saúde pública a exercer função no HNSM, que desempenham as funções de médicos clínicos-gerais. Tem-se verificado ao longo dos anos falta ou pouca disponibilização dos programas de formação para especialistas médicos na Guiné-Bissau, o que pode repercutir negativamente nas aprendizagens e nos resultados dos técnicos de saúde e contribui significativamente para que o país continue ainda a ocupar lugares desvantajosos em termos de mortalidade materna (Guerreiro et al., 2018).

Uma das dimensões de carência na formação destes profissionais, na perspetiva da maioria das parturientes entrevistadas, é a empatia e humanização no tratamento antes, durante e após o parto, ao manifestar que a violência obstétrica é prática reiterada no parto e por a considerar inadmissível. Uhatela et al. (2022) abordam esta temática com a necessidade de dar ênfase à atenção humanizada na saúde, demonstrando que cada pessoa é um ser único, e que deve existir uma relação de compreensão, carinho e respeito entre o profissional da área e o paciente. O foco da atenção puerperal passa por acolher a mulher desde o início da gravidez, no parto, assegurando a vinda de um bebé saudável, com a garantia do bem-estar materno. A violência obstétrica é um grande entrave de saúde pública e uma considerável barreira à concretização do direito à saúde, na Guiné-Bissau. Por seguinte, Carmo (2018) chama a atenção de que a discriminação por parte dos profissionais de saúde para com os pacientes cria reprodução nas desigualdades sociais devido ao uso de estereótipos e julgamentos morais, o que conseqüentemente refletisse-a nos resultados de saúde. Deste modo, é fundamental a qualidade e humanização na atenção obstétrica e neonatal, devendo os profissionais de saúde e os serviços acolher com zelo, dignidade e preocupação a mulher e o recém-nascido.

Nessa lógica, importa frisar que todas as mulheres têm o direito de receber os melhores tratamentos, desprovidos de maus-tratos e danos, com o direito de receber todas as informações, de forma clara e integral, sobre os procedimentos e cuidados que será submetida, de modo a participar de forma ativa nas decisões, com a segurança de que será respeitada as suas escolhas e preferências. (Silva et al., 2014). Os técnicos que saúde devem atuar de maneira a respeitar a ética médica, juntamente com os valores culturais e tradicionais da sua sociedade, respeitando assim todas as grávidas e parturientes. Protegê-las e assegurar a sua segurança deverão ser objetivos primordiais nas maternidades, e para isso, deve ser considerado um escritório para que quando as grávidas e parturientes não estejam satisfeitas com o comportamento dos funcionários de saúde, serviços, intervenções e preços que possam denunciar formalmente essas práticas. Também é de se considerar uma lei interna na maternidade para todos os técnicos de saúde, de quem não cumprir as regras estabelecidas, será punido.

Após várias pesquisas desenvolvidas, chegamos à conclusão que na Guiné-Bissau o Estado-providência é apenas uma utopia, uma vez que nunca chegou a existir nenhuma política nacional voltada ao sector da saúde materna, como podemos verificar nos discursos dos Coordenadores:

“Mas são coisas muito fragmentadas, quer dizer, não há um documento único que unifique todas as questões e insisto, não só da saúde materna, mas sim da saúde da mulher” (Coordenadora 2).

De um modo geral e fazendo uma correlação do Estado-providência no contexto guineense, tratando-se de um tema específico ligado à saúde materna, chegou-se à conclusão, após várias pesquisas envolvendo várias entidades intervenientes que:

“Não há definição clara sobre componentes de saúde materna na Guiné-Bissau, e quando digo que não há definição clara, existe um plano, e não existe uma política em termos da saúde. E a própria definição de todo esse pacote, não está legislado, o que me deixa um bocado sem resposta, é porque até hoje, a Guiné-Bissau não tem uma política de saúde oficial. Existe um grafe que foi elaborado desde 1993, foi revisado em 2015, há um comité que trabalhou em 2017 para a sua oficialização, mas infelizmente está no conselho de Ministros que aguarda uma oficialização. Se não há uma política que banisse as barreiras, que define as regras, portanto, esta parte especializada não poderá ter uma orientação clara. Portanto, para mim, é um pacote ainda com muita indefinição e que não tem uma solução fiável ou visível a um curto médio prazo” (Coordenador 1).

Ora, em face do até aqui exposto, entende-se assim que, decorrente dos testemunhos das parturientes entrevistadas, complementados pelos profissionais de saúde e dos coordenadores, as políticas de saúde materna existentes na Guiné-Bissau, e em particular, no HNSM, possuem fragilidades que devem ser colmatas. É crucial criar uma política pública que atue a favor do direito à saúde sexual e reprodutiva da mulher, tendo assim assistência integral digno e de qualidade nos postos de saúde e nas maternidades, de modo a garantir os direitos básicos da mulher, receber todas

as informações sobre os métodos contraceptivos mais adequados para si, quais as intervenções que serão feitas no seu parto e assegurando o direito de acompanhante de sua livre vontade.

No que tange às limitações, das limitações sentidas foi na resistência de alguns profissionais de saúde entrevistados em partilhar as suas experiências, possivelmente, devido a medo das represálias por parte das hierarquias. Algumas das entrevistas não foram usadas neste estudo, pois algumas das parturientes evidenciaram receio de que os seus testemunhos fossem considerados no atendimento em eventuais futuras situações de gravidez e parto. Outra limitação foi o processo moroso de obtenção de autorização para a recolha de entrevistas, no HNSM, o que diminuiu o número de entrevistas recolhidas, e conseqüente diminuição de diversidade de dados. Sendo um estudo de caso, uma limitação é a não extrapolação para a realidade do país.

BIBLIOGRAFIA:

ADEBISI Y A, Alaran A, Badmos A, Bamisaiye AO, Emmanuella N, Etukakpan AU, Oladunjoye IO, Oluwaseyifunmi O, Musa SK, Akinmuleya T, Olaoye OC, Olarewaju OA, Lucero-Prisno DE (2021). How West African countries prioritize health. *Trop Med Health*. 2021 Oct 26;49(1):87. doi: 10.1186/s41182-021-00380-6. PMID: 34702370; PMCID: PMC8547726.

BARROS, M., Menut, A. Z., Embaló, A. S., Oliveira, S. B., Baldé, A. S., Viegas, C. A., Pereira, N. V., (2018) *Diagnóstico das Políticas Públicas para o Acesso aos Serviços de Saúde na Guiné-Bissau - Estudo de Caso nos Bairros da Periferia de Bissau: Belém, Cuntum-Madina, Militar e Míssira*, ESSOR-ANADEC.

BASS, L. E., & Sow, F. (2006). Senegalese Families: The Confluence of Ethnicity, History, and Social Change. In Y. Oheneba-Sakyi & K. T. Takyi (Eds.), *African families at the turn of the twenty-first century*.

BIAGUE, G. (2018), *Da Invisibilidade à Representatividade: breve discussão sobre a mulher na esfera pública de Guiné-Bissau*.
https://joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_700_7005cb64089ef224.pdf

BJERREGAARD-ANDERSEN, M., Lund, N., Joergensen, A. S. P., Jepsen, F. S., Unger, H. W., Mane, M., Rodrigues, A., Bergström, S., & Benn, C. S. (2018). Stillbirths in urban Guinea-Bissau: A hospital- and community-based study. *PloS one*, 13(5), e0197680. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197680>

BOP, C. (2005). Islam and Women's Sexual Health and Rights in Senegal. *Muslim World Journal of Human Rights*.

CABRAL, Manuel Villaverde (2002), *Saúde e Doença em Portugal, Cap1. Saúde e Sociedade*, Instituto de Ciências Sociais.

CARMO, Renato Miguel do, João Sebastião, Joana Azevedo, Susana da Cruz Martins e António Firmino da Costa (Orgs.) (2018), *Desigualdades Sociais. Portugal e a Europa*, Lisboa, Editora Mundos Sociais.

CARMO, Hermano, Ferreira, Manuela Malheiro (2008) - *Metodologia da investigação [Em linha]: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARVALHO, C., Afonso, A. (2019), *Género e pluralismo terapêutico: o acesso das mulheres ao sistema de saúde não estatal em Guiné-Bissau, Angola e Moçambique*. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/20420/1/Carvalho_2019_Genero_e_pluralismo_terapeutico.pdf

CASTAÑEDA, A. N., Hill, N., and Johnson, J. (2022), *Obstetric Violence Realities and resistance from around the world*, Demeter Press.

COELHO, Suelene, Porto, Yula Franco (2009), *Saúde da Mulher*. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

DIAS SF, Rocha CF, Horta R. (2009) *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI); 174 p.

DJATÁ, Etelvina Vaz (2021), *Governabilidade do Sistema de Saúde na Guiné-Bissau: Oportunidades e Desafios da Governança para a Promoção dos Cuidados de Saúde Primário na Guiné-Bissau*.

ESTADÍSTICA, I. N. de. (2019). Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2018-2019. 859. https://micssurveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS6/West and Central Africa/Guinea-Bissau/2018-2019/Survey findings/Guinea Bissau 2018-19 MICS Survey Findings Report_Portuguese.pdf

ESTUMANO, V. K. C., Melo L. G. S., Rodrigues, P. B., Coelho A. C. R. (2017), *Violência Obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes*. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, [S. l.], v. 7, n. 19, p. 83–91, 2017. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.19.83-91. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/126>. Acesso em: 3 abr. 2023.

FERNANDES, W. K. M., Schimith, U. M. D., Oliveira, G., Weille, T. H. (2022), *Qualidade da assistência e humanização do cuidado à saúde da mulher no período de parto no contexto de São Tomé e Príncipe, África Subsaariana*. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, e8811326104, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26104>.

GALL, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (2002). *Educational research: An introduction* (7th ed.). White Plains, New York: Pearson/Allyn & Bacon.

GUERREIRO, C. S., Hartz, Z., Ferrinho, P., e Havik, P. J. (2019), *25 Years of national health policy in the Republic of Guinea-Bissau: Memories of its strategic health planning*. *Cadernos de Estudos Africanos*.

GUERREIRO, C. S., Hartz Z, Neves C, Ferrinho P. (2017) *Training of Human Resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau: Evolution of Structures and Processes in a Fragile State*. *Acta Med Port*. 2018 Dec 28;31(12):742-753. Portuguese.

GHIGLIONE, R., & Matalon, B. (1997). *O Inquérito – Teoria e Prática* (3ª ed.). Oeiras: Celta Editora

JABULA, I. A. (2011), *Resistências ao abandono do casamento precoce e/ou forçado e da MGF no espaço da CEDEAO: caso da Guiné-Bissau*.

JARDIM DMB, Modena CM (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069. PMID: 30517571; PMCID: PMC6280177.

KITSON, Nicolau (2019), *Pagamentos Informais No Setor De Saúde Pública Na Guiné-Bissau*, ODI. [//.cdn.odi.org/media/documents/guinea-bissau_portuguese.pdf](http://cdn.odi.org/media/documents/guinea-bissau_portuguese.pdf)

LGDH – Liga Guineense dos Direitos Humanos (2018), *Relatório Temático Sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau*, <http://www.lgdh.org/p/relatorios.html>.

LGDH – Liga Guineense dos Direitos Humanos (2012), *Relatório Sobre a Situação dos Direitos Humanos na Guiné-Bissau*, <http://www.lgdh.org/p/relatorios.html>.

LIBERATO, Tânia (2021), “Desenvolvimento Humano e Desigualdades de Género nos PALOP – Tendências do Novo Milénio”, Observatório das Desigualdades e-Working Papers, Nº1/2021: CIES-Iscte, ISSN 2183-4199, doi: 10.15847/CIESODWP012021. Disponível em <http://observatorio-das-desigualdades.com/working-papers-od>.

LOPES, Catarina (coord.), 2015 – *Recortes da História da Guiné-Bissau*. S.L.: Vigaprintes Lda.

MALTA, D. C., Cardoso, L., Azevedo Teixeira, R., de Carvalho, Q., Pinto Ribeiro, A., Carvalho de Freitas, P., & Hartz, Z. (2019). Avaliação das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionadas à saúde nos países de língua portuguesa. *Anais do Instituto De Higiene E Medicina Tropical*, 18, 30-41. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.336>

MALUKEKE, T. (2015). African Cultures and the Promotion of Sexual and Reproductive Rights. In Heinrich Boll Stiftung (Ed.), *Bodies, Morals and Politics Reflections on Sexual and Reproductive Rights in Africa* (p. 40). Perspectives: political, analyses and commentary - Africa. Marcúsan, A. K. (2018). Inquéritos sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas de MGF na Gâmbia;

MANÉ, Cadija (2020), *Enfermagem De Saúde Familiar e a Saúde Da Mulher: Um Programa De Educação Para a Saúde Na Guiné-Bissau*.

MANÉ, Maram (2014), *Mortalidade das Mulheres em Idade Fértil e Mortalidade Materna: Tendências, Determinantes e Causas numa Coorte Comunitária na Guiné-Bissau de 1996 a 2007*.

MENDES, Aminata (2020), Perfil Epidemiológico Da Mortalidade Materna no Hospital de Referência Nacional da Guiné-Bissau - 2013 a 2018.

MENDES, Livonildo (2010), *Democracia na Guiné-Bissau: Por uma mudança de mentalidades*.

MOREIRA, J. K. (2020). Matchundadi: Género, Performance e Violência Política na Guiné-Bissau (1a Ed.). Teatro Praga / Sistema Solar (chancela ed._). <http://hdl.handle.net/10071/17067>.

MOZZICAFREDDO, J. (1992). O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias, ISCTE.

MOZZICAFREDDO, Juan (2000); “Estruturação do sistema de saúde” e “Indivíduo, Estado Providência e Cidadania”, in Estado Providência e Cidadania em Portugal, Oeiras, Celta, pp.53-62; 179-182.

NÓBREGA, T., Bruins, S., & Costeira, M. J. (2022). National audit on maternal mortality in Guinea-Bissau, West-Africa: A retrospective observational study of 2020. *Tropical Doctor*, 00494755221119000.

QUIVY, R., Campenhoudt, L. V. (1995). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

PAZ, VOZ DI, & Interpeace. (2019). Fala di Mindjer. Swiss Typefaces.

PNDS-III, Ministério de Saúde - Pública da Guiné-Bissau (2017). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário - PNDS-III.

PNUD. (2019). Relatório do Desenvolvimento Humano 2019 Além do rendimento, além das médias, além do presente: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf.

RODRIGUES, Adulai G. (2014), *Sistema de Informação Hospitalar Informatizado na Guiné-Bissau Contribuição para melhoria de qualidade de dados clínicos na Guiné-Bissau*.

ROMAGNOLO, A. N., Januário, B. S., Freitas, V. B., Sousa, N. L., Gomes, M. B. (2018), *REALIDADE OBSTÉTRICA DO BRASIL: PANORAMA TEÓRICO E BIBLIOGRÁFICO ACERCA DAS PROBLEMÁTICAS ENVOLVIDAS*, SPA – Instituto Universitário.

ROQUE, S. (2011). Um retrato da violência contra mulheres na Guiné-Bissau. Universidade Lusófona da Guiné.

SANTIAGO, D. C., Souza, W. K. S. (2017), *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise das consequências*, Revista Científica da FASETE.

SANTOS, B. D. S., & Ferreira, S. (2002). A reforma do Estado-Providência entre globalizações conflituantes. *Risco Social e incerteza: pode o Estado social recuar mais?* 177-225.

SANGREMAN, C., Turé, B., Sanhá, C., Barros, I., Barreto, N. (2020), *Observando Direitos na Guiné-Bissau educação, saúde, habitação, água, energia, justiça, igualdade de género*, ACEP - Associação para a Cooperação Entre os Povos: LGDH - Liga Guineense dos Direitos Humanos: CESA - Centro de Estudos Sobre África, Ásia e América Latina, (2020); 20 cm. - ISBN 978-989-8625-21-2.

SIGIDUR, Baldursdóttir, Geir Gunnlaugsson & Jónína Einarsdóttir (2018) Donor dilemmas in a fragile state: NGO-ization of community healthcare in Guinea-Bissau, *Development Studies*.

SILVA, C. (2022) - *Violência Contra Mulheres na Guiné-Bissau: as fronteiras da tradição, cultura, justiça e afirmação dos direitos humanos*. [S.l.]: [s.n.], 2022. 156 p.

SILVA, Cleunismar (2019), *Violência contra mulheres e os desafios da igualdade de género na Guiné-Bissau*, https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/12028/1/2019_S2_01_Silva.pdf

SILVA, Michelle Gonçalves, M. G., Marcelino, M., C., Rodrigues, L. S. P. Rosário; Toro, C., Shimo, A. K. K. (2014), *Violência obstétrica na Visão de Enfermeiras Obstetras*. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324032212020.pdf>

SILVA, Augusto P., Cardoso, P., Neves, C. (2007), *Função “recursos humanos” no Sector da Saúde da Guiné-Bissau Ponto de situação & Recomendações de ações e objetivos a integrar num segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2012*.

TAMALE, S. (2010). The right to culture and the culture of rights: A critical perspective on women’s sexual rights in Africa. In *Old Wineskins, New Wine: Readings in Sexuality in sub-Saharan Africa*.

UHATELA, W. K. M. F., Schimith, M. D., Oliveira, G., Weiller, T. H. (2022), *Qualidade da Assistência e Humanização do Cuidado à Saúde da Mulher no Período de Parto no Contexto de São Tomé e Príncipe, África Subsaariana*, *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, e8811326104 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.2610>

UNFPA (2018), *O Poder De Escolha - Direitos Reprodutivos e a Transição Demográfica*, <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/direitos-reprodutivos-e-transicao-demografica>

UNICEF (2021) – *Fundo das Nações Unidas para a Infância e ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento*. <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/assistencia-ao-parto-e-nascimento>.

UNICEF (2009), *Situação Mundial da Infância*, https://issuu.com/fatimaalmeida/docs/situacao_mundial_da_infancia.

UNIÃO AFRICANA. (2003). *Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, Relativo aos Direitos da Mulher em África*.

UNIOGBIS-ACNUDH. (2017). *Relatório sobre o direito à saúde na Guiné-Bissau*. UNIOGBIS Secção de Direitos Humanos/ACNUDH, 41. http://www.ohchr.org/Documents/Countries/GW/RightHealthGuineaBissau_PT.pdf

UWE, Flick (2013) *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Monitor (capítulos II e III).

YAYA, S., Anjorin, S. S., & Adedini, S. A. (2021). Disparities in pregnancy-related deaths: spatial and Bayesian network analyses of maternal mortality ratio in 54 African countries. *BMJ global health*, 6(2), e004233. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004233>

YAYA, S., Bishwajit, G., Gunawardena, N. (2019), *Socioeconomic factors associated with choice of delivery place among mothers: a population-based cross-sectional study in Guinea-Bissau.*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31139452/>

WORLD BANK (2019) Guinea-Bissau: service delivery indicators report – health. Washington, DC: World Bank.

Fontes:

Constituição da República da Guiné-Bissau, 04/12/1996

Lei da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, n.º 11/2010, de 29 de setembro

Outras fontes:

<https://data.worldbank.org/country/guinea-bissau?locale=pt>

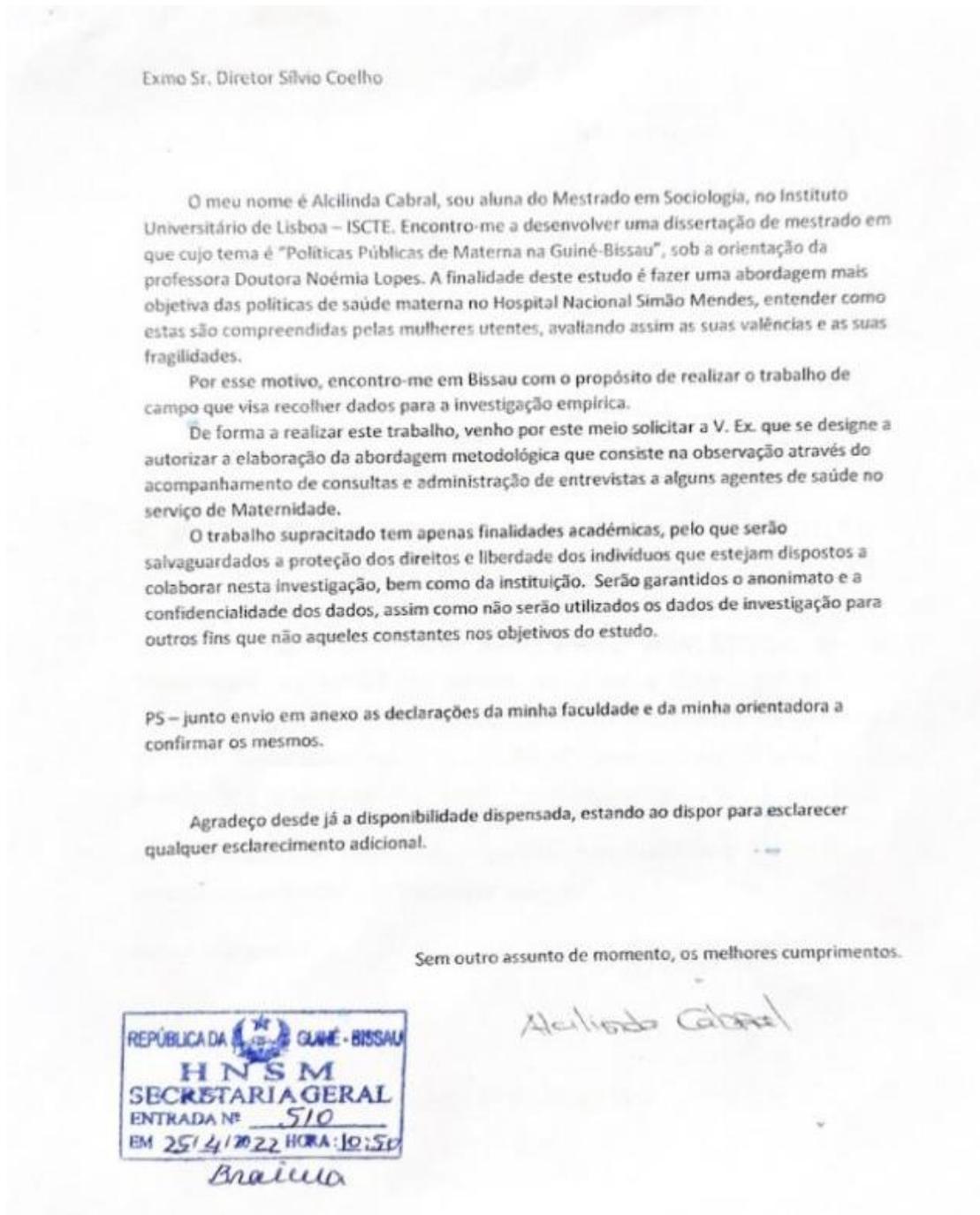
<https://www.oanda.com/currency-converter/pt>.

<https://www.pordata.pt/portugal/pib+per+capita+e+pib+a+precos+constantas-2953>

conversor de moeda em <https://www.xe.com>, a 30/03/2023

Anexo 2

- carta escrita e entregue formalmente ao diretor do HSNSM, conforme solicitado nesta instituição.



Anexo 3

- Resposta positiva da direção da maternidade em estudo.


República da Guiné-Bissau
Ministério da Saúde Pública

HNSM
Hospital Nacional Simão Mendes
Departamento de Ensino, Estudos
Epidemiológicos e Investigação Científica

Autorização nº ____/mat/04202

Bissau, 28 de abril de 2022

TERMO DE ANUÊNCIA

O Departamento de Ensino, Estudos Epidemiológicos e Investigação Científica, declara para os devidos efeitos que autoriza a realização da pesquisa intitulada "POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNA NA GUINÉ-BISSAU: UMA ANÁLISE DE CASO DO HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES" no Serviço de Maternidade do HNSM no período de 02/05 a 02/06/2022. O Estudo é coordenado pela Sr^a Alicinda Cabral, estudante de Mestrado em Sociologia, no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE), para fins de Dissertação. Ainda, solicita-se a colaboração e amparo do referido serviço na coleta dos dados.

A coordenadora do estudo responsabiliza-se de todos os danos de materiais e instrumentos durante a coleta de dados.

Sem mais assunto.

Chefe de Departamento

Mestre Bubacar Embaló


955827424

Anexo 4

Guião de entrevista - parturientes

Sociodemografia: idade; escolaridade; religião; profissão; número de filhos (idades)

- Gestação

- Após a descoberta da gravidez, recorreu a algum posto de saúde? Se sim, qual?

- Fez alguma consulta no HNSM ou noutra posto de saúde?

- Fez alguma ecografia, exame ou análise? Se sim, quantos e que tipo?

- Tomou algum medicamento recomendado para a gravidez? Se sim, os preços eram acessíveis? Teve alguma ajuda para os comprar?

- Teve alguma dificuldade em marcar consultas? Quais dificuldades? Teve de pagar para ser consultada?

- Durante a sua gravidez, teve algum apoio? Se sim, de quem? (Segurança Social, ONG, família, associação, etc.)?

- Parto

- Quando sentiu dores ou a bolsa rebentou, dirigindo-se ao HNSM, como foi recebida?

- Teve de pagar para ser assistida? Se sim, quanto?

- O seu parto foi normal ou com recurso à cesariana?

- Lembra-se de quantas pessoas estavam na sala de parto?

- Consegue explicar como foi o processo do parto?

- Como avalia o tratamento que recebeu dos profissionais de saúde durante o parto?

- Pós-parto

- Após o parto, quantos dias depois foi para casa?

- Os profissionais de saúde deram-lhe algum conselho/precauções sobre os cuidados de saúde e do bebé que deverão ter? Se sim, quais?

- Registou o seu filho? Onde e como?

- O seu bebé tomou as primeiras vacinas?

- Sentiu alguma dificuldade ou regalia em relação às suas condições financeiras enquanto esteve no HNSM?

- Qual foi o episódio que mais a marcou nestas 3 fases?

- O que considera que contribuiria para a melhoria de resposta nesta maternidade

Anexo 5

Guião de entrevistas - Médicos

- Qual a sua função?
- Qual a sua especialidade?
- Há quanto tempo trabalha no HNSM?
- Como qualifica os cuidados de saúde aqui aplicados?
- Considera que os meios de diagnósticos e equipamentos são suficientes e eficientes?
- Quais os desafios enquanto médico aqui na maternidade do HNSM?
- Qual foi a situação mais difícil com que você se deparou nesta instituição hospitalar?
- O que considera que contribuiria para a melhoria de resposta nesta maternidade?

Anexo 6

Guião de entrevista - Enfermeiros e parteiras

- Qual a sua função?
- Há quanto tempo trabalha como enfermeira aqui na maternidade do HNSM?
- Qual a sua especialidade? (apenas para os enfermeiros)
- Que conselhos dão às mães na fase da gestação e no período pós-parto?
- As utentes pagam para serem assistidas? E em caso de cesariana?
- Quantos dias depois as mães vão para casa depois de darem à luz?
- Quais os desafios que encontra enquanto enfermeira parteira?
- Qual foi a situação mais difícil que você se deparou nesta instituição hospitalar?
- O que considera que contribuiria para a melhoria de resposta nesta maternidade?

Anexo 7

Guião de entrevista - Diretor da maternidade do HNSM

- No seu ponto de vista, quais são os maiores desafios enquanto médico e diretor na maternidade do HNSM?
- Como avalia a saúde materna de há dois anos para cá no HNSM?
- Considera que as políticas de saúde implementadas dão resposta às necessidades das mulheres na GB?
- Quais as entidades que mais investem e apoiam a maternidade do HNSM?
- A taxa de mortalidade materna reduziu bastante nos últimos anos, mas ainda assim, os números são alarmantes. Como explica essa elevada taxa?
- No que toca a barreiras sociais e culturais, quais acha que são as mais desafiantes no que toca à saúde materna? E quanto às barreiras económicas/financeiras?
- O que considera que contribuiria para a melhoria de resposta nesta maternidade?

Anexo 8

Guião de entrevista - Coordenadores de ONG's

- De que forma apoiam a maternidade do HNSM?
- Quais as dificuldades que as mulheres guineenses enfrentam no acesso à maternidade?
- Quais as barreiras sociais e culturais que dificultam a saúde materna das mulheres guineenses?
- Na vossa opinião, quais as lacunas que se encontram na saúde materna na Guiné-Bissau?
- Qual a faixa etária que mais procura ajuda?
- Quais os maiores desafios enfrentados no que toca à melhoria da saúde materna na Guiné-Bissau?
- O que considera que contribuiria para a melhoria de resposta na maternidade do HNSM?