

SER MULHER NA GUINÉ-BISSAU: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CUMPRIMENTO DOS ODS 3 (SAÚDE E BEM-ESTAR) E ODS 5 (IGUALDADE DE GÊNERO)

Lilian Galvão

Centro Universitário Maurício de Nassau - Uninassau
Avenida Antônio Apolônio de Oliveira, 354/1704
55024-815 Pernambuco, Brasil

liliangalvao.br@gmail.com

ORCID: 0009-0006-8245-4269

CRedit: conceptualização, curadoria dos dados, análise formal,
investigação, metodologia, redação do rascunho original

Clara Carvalho

Centro de Estudos Internacionais do Iscte
Instituto Universitário de Lisboa (CEI-Iscte)
Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal

clara.carvalho@iscte-iul.pt

ORCID: 0000-0002-5738-5322

CRedit: conceptualização, supervisão, validação

Ser mulher na Guiné-Bissau: desafios e perspectivas no cumprimento dos ODS 3 (saúde e bem-estar) e ODS 5 (igualdade de gênero)

Este artigo tem como objetivo contribuir para uma compreensão aprofundada da situação da saúde materno-infantil na República da Guiné-Bissau (RGB), abordando a mortalidade materna, natimortalidade e outros desafios enfrentados pelas mulheres e crianças no contexto dos direitos humanos e da saúde sexual e reprodutiva. O estudo examina o progresso e as lacunas na implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 e 5, sobre saúde e bem-estar, e sobre igualdade de gênero. O artigo utiliza uma metodologia qualitativa e baseia-se em entrevistas semiestruturadas a quatorze mulheres com filhos jovens, residentes na cidade de Bissau. Estas descrições são complementadas por dados de observação de terreno e ilustram os indicadores oficiais de saúde materno-infantil recolhidos através de pesquisa documental. Concluímos que a promoção da Saúde e Bem-estar (ODS 3) e da Igualdade de Gênero (ODS 5) na Guiné-Bissau é um processo multifacetado, ainda marcado por desigualdades, desafios culturais e fragilidades institucionais.

Palavras-chave: ODS, direitos sexuais e reprodutivos, saúde materno-infantil, mulheres, Guiné-Bissau

Being a woman in Guinea-Bissau: challenges and perspectives in achieving SDG 3 (health and well-being) and SDG 5 (gender equality)

This article aims to contribute to an in-depth understanding of the maternal and child health situation in the Republic of Guinea-Bissau (RGB), addressing maternal mortality, stillbirth and other challenges faced by women and children in the context of human rights and sexual and reproductive health. The study examines progress and gaps in the implementation of Sustainable Development Goals (SDGs) 3 and 5, on health and well-being, and on gender equality. The article uses a qualitative methodology and is based on semi-structured interviews with fourteen women with young children, living in the city of Bissau. These descriptions are complemented by field observation data and illustrate official maternal and child health indicators collected through documentary research. We conclude that the promotion of Health and Well-being (SDG 3) and Gender Equality (SDG 5) in Guinea-Bissau is a multifaceted process, still marked by inequalities, cultural challenges and institutional weaknesses.

Keywords: SDGs, sexual and reproductive rights, maternal and child health, women, Guinea-Bissau

Recebido: 31 de março de 2023

Aceite: 28 de abril de 2023

Entre 2020 e 2022, residindo em Bissau e trabalhando num programa de apoio à sociedade civil, financiado pela União Europeia, e interagindo com a população local, deparámo-nos frequentemente com relatos de morte materna ou de bebês nos hospitais, clínicas e centros maternos pelo país. As notícias de mortalidade eram correntes, divulgadas pelos noticiários, redes sociais ou disseminadas através das conversas entrepares no cotidiano.

Dar à luz em segurança era uma questão de preocupação apontada nos diálogos com as mulheres na zona urbana, na capital do país, e a consequente saída temporária de mulheres guineenses ou expatriadas, no final da gravidez, era bastante regular. Diante disso, decidimos auscultar colegas das organizações da sociedade civil e outras mulheres de referência no país, sobre algumas temáticas sensíveis, designadamente relacionadas à migração das mulheres na hora do parto para países da Europa, apontamentos e visões sobre a situação da infância guineense, análise sobre a condição da saúde pública e das políticas voltadas à mulher e à pequena infância, a fim de compreender e melhor caracterizar a saúde materna e infantil na Guiné-Bissau na atualidade.

A questão que nos colocámos foi: como são vivenciadas as dificuldades de implementação dos cuidados públicos de saúde materno-infantil na Guiné-Bissau? Sendo este país signatário dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, estão os ODS relacionados com a saúde materno-infantil a ser implementados? Estas questões foram tratadas de um modo amplo, em diferentes meios urbanos, ao longo de uma investigação de três anos contemplando dois períodos de estadia no país, inicialmente por três meses na cidade de Cacheu e depois por dois anos na cidade de Bissau, sendo esta última experiência essencialmente dedicada a trabalhar no terceiro sector. Os resultados foram apresentados numa tese de doutoramento (Galvão, 2023). Neste artigo nos debruçamos sobre um aspecto particular: como são implementados os ODS 3 e 5 na Guiné-Bissau? Qual a perspectiva e estratégias de busca de cuidados de saúde materno-infantil entre as mulheres informadas e favorecidas de Bissau?

Este artigo organiza-se em três partes. Iniciamos por descrever o contexto e traçar um panorama genérico socioeconômico e cultural do país, sem pretensões de realizar um trabalho minucioso e exaustivo. A segunda parte debruça-se sobre a oferta de cuidados de saúde materna e infantil no país. Na terceira parte procuramos uma perspectiva émica, das utilizadoras dos cuidados de saúde que, pelo seu estrato social, têm possibilidade de escolha. Procurando integrar este olhar microfocado numa perspectiva mais ampla, estas respostas são organizadas e analisadas segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), tendo em conta a seleção de algumas metas específicas que estão correlacionadas (ODS

3 e ODS 5) e que correspondem ao tema de estudo. As reflexões finais debruçam-se sobre a qualidade e equidade dos serviços de saúde e sobre as perspectivas, constrangimentos e limitações impostas às suas utentes.

Metodologia

A metodologia seguida foi diversificada e incluiu pesquisa documental de relatórios oficiais, trabalhos específicos sobre saúde sexual e reprodutiva na Guiné-Bissau e a composição do estado da arte através da contribuição de autores/as como: Chapman e Pfeiffer (2010), Barros (2012), Carvalho (2013), Carvalho e Afonso (2019), Einarsdóttir (2005), Handem (2008), Roque (2011), Pereira (2015) e N'bundé (2022). O trabalho de terreno incluiu um conjunto de entrevistas a mulheres residentes em Bissau, com um perfil socioprofissional diferenciado, que lhes permitia escolher entre os cuidados de saúde realizados no país ou no exterior.¹ Através da técnica bola de neve, identificámos mais de 20 mulheres de um meio social privilegiado, com meios e capacidade de decisão sobre a sua saúde reprodutiva, às quais enviamos, por email e WhatsApp, um guião de entrevista semiestruturada. Foram respeitadas as normas de ética na pesquisa do Iscte-IUL² e de todas foi obtido o consentimento escrito para o tratamento das suas respostas no quadro desta pesquisa. Obtivemos 14 retornos de mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos, que residiam e/ou transitaram na capital do país, entre fevereiro de 2022 e maio de 2023.³ Os dados de terreno para a redação e discussão deste artigo decorrem das contribuições dessas 14 mulheres, informantes-chave, que no percurso da investigação dispensaram suas reflexões e vozes, permitindo a inclusão de elementos que concederam maior aproximação da realidade e compreensão da atual situação da saúde da mulher e da criança no contexto local. Os achados foram triangulados com observações de campo, inspiradas na metodologia da autoetnografia (Herrmann & Adams, 2024) para responder à questão central: como são implementados os ODS 3 e 5 na Guiné-Bissau?

A Guiné-Bissau: um país multifacetado

A República da Guiné-Bissau é um pequeno país da costa ocidental africana, com território de 36.125 km², situado entre Guiné-Conacri e o Senegal. Embora

¹ Conforme foi descrito anteriormente, esta pesquisa enquadra-se numa tese de doutoramento na qual foram utilizadas outras técnicas de pesquisa, nomeadamente um inquérito alargado às parturientes.

² Ver Código de Conduta Ética na Investigação. https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2022/01/24/1643044824553_Co_digo_de_Conduta_E_tica_na_Investigac_a_o_ISCTE.pdf

³ A lista das entrevistadas é apresentada em anexo.

seja um país colonizado por portugueses (até 1974), as fronteiras territoriais favorecem a presença e influência da francofonia no país. A Guiné-Bissau faz parte dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (SIDS),⁴ tendo vivido um ciclo de instabilidade política desde os anos 1990 que não favorece a implementação de políticas de desenvolvimento.

Neste país concentra-se um mosaico étnico⁵ e multicultural (Carvalho, 2000). Na Guiné-Bissau, para além do crioulo ou *kriol*, coexistem uma variedade de línguas africanas, tais como: balanta, mandinga, fula, mancanha, pepel e manjaco, dentre outras. Embora o português seja a língua oficial, apenas 27,1% o falam fluentemente. O *kriol* é a língua⁶ que une toda a população, sendo utilizado como língua franca entre as diversas etnias e falado por cerca de 90,4% da população (Benzinho & Rosa, 2018, p. 22). O crioulo guineense é fruto de miscigenação, um bem cultural híbrido, uma língua composta de elementos de várias outras; um mestiço impelido a ficar a permanecer, num processo dinâmico a que obedecem as línguas vivas, talhado, no caso, por realidades linguístico-culturais – africana e guineense – e enriquecido também por aquele idioma que contribuiu efetivamente para sua composição e o viu desenvolver-se – o português. É nessa língua, o crioulo ou o guineense, que se vai encontrar a expressão de uma das manifestações culturais mais peculiares da Guiné-Bissau: as cantigas de *mandjuandadi*⁷ – uma das peças da tradição oral guineense (Semedo, 2010, p. 94).

⁴ Os Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (SIDS) – também conhecidos como Estados do Grande Oceano – são alguns dos países mais vulneráveis do mundo. Os SIDS também são particularmente vulneráveis aos impactos das mudanças climáticas e aos desastres naturais, que podem se tornar mais frequentes e intensos no futuro. Embora o caminho UN SAMOA (*SIDS Accelerated Modalities Of Action*) destaque a importância da ciência e tecnologia para esses países, as instituições científicas nos países SIDS geralmente têm capacidade limitada. <https://council.science/pt/what-we-do/our-work-at-the-un/small-island-developing-states/>

⁵ Existem entre 27 e 40 grupos étnicos, e segundo os censos de 2009, as etnias com maior expressão na Guiné-Bissau são: a Fula (28,5%), que vive essencialmente no leste do país – Gabú e Bafatá –, seguida da etnia Balanta (22,5% da população), que se encontra principalmente nas regiões sul (Catió) e norte (Oio), a Mandinga com 14,7%, no norte do país, a Pepel com 9,1% e a Manjaco com 8,3%. Com expressão mais reduzida encontramos ainda as etnias Beafada (3,5%), Mancanha (3,1%), Bijagó (como o próprio nome indica, vive no Arquipélago dos Bijagós e representa 2,15% da população total), Felupe com 1,7%, Mansoanca (1,4%) ou Balanta Mané com 1%. As etnias Nalu, Saracolé e Sosso representam menos de 1% da população guineense e 2,2% assumem não pertencer a qualquer etnia. Ver Guia Turístico *A descoberta da Guiné-Bissau* de Benzinho e Rosa (2018), estudo conduzido pela ONGD Afectos com Letras. <https://afectoscomletras.blogspot.com/>

⁶ Em março de 2021, quando viajava à ilha de Bubaque, tive a grata satisfação de conhecer o Padre Luigi Scantamburlo. Autor do dicionário guineense, ao falarmos sobre o ensino do *kriol* e a sistematização da escrita e da gramática, ele me disse algo importante: “A Guiné precisa assumir a língua mãe. Uma Pátria sem mãe é órfã”.

⁷ As *mandjuandadi*, embora conhecidas pelas suas atividades lúdicas, desempenham uma função menos conhecida enquanto grupo de solidariedade social de base. O fato de se tratar de formas de associação tradicionais, que se estendem por toda a idade adulta dos seus membros, permite-lhes ter uma continuidade e uma capacidade de intervenção que suplanta a das associações locais, incentivadas pelas ONG, que mencionamos anteriormente. Note-se que as *mandjuandadi* não funcionam como grupos de microcrédito, ao contrário de algumas associações referidas. Contudo, a sua abrangência em termos de associados nas *prassas* urbanas, a sua visibilidade e o apoio que dão em situações de crise de vida dos seus membros, permite-lhes assumir o papel de mutualidades populares vocacionadas para o apoio às famílias, em particular nas necessidades derivadas de problemas de saúde (Afonso & Carvalho, 2013, p. 102).

Do ponto de vista da diversidade religiosa, os praticantes das religiões étnicas e animistas representam 44,9% da população, os islâmicos (sunitas) são 41,9% da população, nas igrejas cristãs estão 11,9% dos guineenses, e os restantes 1,3% declaram-se ateus ou de outras religiões (Benzinho & Rosa, 2018, p. 20). Na cosmogonia guineense cruzam-se referentes das várias religiões:

Deus, irans, dufuntus (as almas) fazem parte da trilogia que integra a cosmogonia guineense, pelo menos nos grupos animistas. No imaginário guineense, esses seres acompanham as atividades do pekadur [pessoa humana, ser humano, gente] nas suas alegrias, angústias e inseguranças. Em diversas situações do cotidiano, Deus, Iran, dufuntus são convocados para socorrerem seus filhos e/ou devotos. Aos irans são atribuídas as benesses e também os infortúnios; por isso, são cantados nas mandjuandadi, seja em forma de enaltecimento dos seus poderes, louvando-os, seja pedindo e rogando-lhes proteção [...]. (Semedo, 2010, p. 117)

A República da Guiné-Bissau é signatária da Declaração do Milénio⁸ e da decorrente transição para a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Este país assumiu o compromisso político para a concretização dos objetivos propostos pelas Nações Unidas. Por essa razão, na organização deste artigo tomamos como ponto crucial a leitura documental e a análise conjetural dos dados disponíveis no país, com base em dois importantes ODS que focalizam respetivamente, a Saúde e Bem-estar (ODS 3) e a Igualdade de Gênero (ODS 5).

De acordo com projeção e dados do Banco Mundial (2023), a população bissau-guineense é constituída por 2,1 milhões de pessoas. No que se refere à organização administrativa, o país está dividido em oito regiões e um setor autónomo, a saber: Bafatá, Biombo, Bolama/Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara, Tombali e Setor Autónomo de Bissau, a capital do país. A análise de alguns dos indicadores oficiais de desenvolvimento confirma os diversos desafios enfrentados pela maior parte da população guineense no seu cotidiano. Observando o cenário socioeconômico, de acordo com o último relatório de desenvolvimento humano (IDH) do PNUD (2022),⁹ dos 191 países e territórios considerados, a República da Guiné-Bissau encontra-se na 177^a posição, com um índice médio de

⁸ Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030. <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

⁹ O Relatório do Desenvolvimento Humano de 2021/2022, *Tempos incertos, vidas instáveis - Construir o futuro num mundo em transformação*, é o mais recente de uma série de relatórios do desenvolvimento humano globais publicados pelo PNUD desde 1990, como uma análise independente e intelectual e empiricamente fundamentada das principais questões, tendências e políticas do desenvolvimento. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewpt1.pdf>

0,483, estando, portanto, entre os 33 países do mundo com baixo IDH. Quanto aos outros índices de desenvolvimento humano (PNUD, 2022), no tocante ao de gênero, o índice é de 0,867, o de desigualdade de gênero é de 0,627, e o índice de pobreza multidimensional está em 0,341.

Atualmente, a expectativa de vida ao nascer no país é de 59,7 anos de idade. No tocante à pobreza, o limiar encontra-se em 47,7%, a profundidade da pobreza está em 13,7%, e a pobreza severa em 5,35% (IDH, PNUD, 2022). O PIB de 2022 (Banco Mundial, 2023) é de 2 bilhões USD, o índice Gini (2018) de 34,8% (Banco Mundial, 2023), e o índice de Estados frágeis (Fragile States Index, 2023) é de 89,9 de 120. O desemprego juvenil é de 50% (Banco Mundial, 2023). Os jovens de 0-34 anos constituem 80% da população,¹⁰ e a taxa de alfabetização de adultos¹¹ é de 53%.

Este cenário de carência é particularmente penoso para as mulheres que, na sociedade guineense, assumem a responsabilidade das atividades de produção e reprodução. As diferenças são mais evidentes quando comparamos a situação da capital com a do interior (Carvalho, 2013, p. 84).

A antropóloga médica Rachel Chapman descreve desta forma a realidade da SSR em África, e os desafios que se levantam aos serviços públicos de saúde, partindo da sua investigação em Moçambique:

A vital research question in medical anthropology for the 21st century is then how do we change the behaviour of health economists and donor culture to invest more in African public sector health systems? Without nurses, health posts, laboratories, cars with petrol and tyres, and supply systems, innovations simply cannot be delivered. (Chapman & Pfeiffer, 2015, p. 214)

A discussão proposta por Chapman e Pfeiffer sublinha a importância de se considerar as condições estruturais essenciais para a entrega de serviços de saúde de qualidade, ressaltando que a melhoria dos sistemas de saúde não pode ser alcançada sem um compromisso real com o fortalecimento da infraestrutura existente.

Serviços institucionais e apoio social em prol da saúde da mulher e da criança

Na República da Guiné-Bissau, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) é referenciado como o documento sanitário nacional. O PNDS

¹⁰ IOM. Guiné-Bissau. <https://rodakar.iom.int/guinea-bissau>

¹¹ População com 15 anos ou mais (Banco Mundial, 2022).

II (2008-2017) substituiu o PNDS I (executado entre os anos de 1998 e 2002, e revisado para o período 2003-2007). Ambos passaram por processos de avaliação. Em 2017, foi concluído o processo de planejamento do novo PNDS III. Importa mencionar que a Política Nacional de Saúde foi legislada em 1993.

Convém lembrar que o PNDS reforça alguns dos principais obstáculos presentes na Guiné-Bissau no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, dentre os quais podemos mencionar: a carência no fornecimento de dispositivos contraceptivos; altas taxas de natalidade na adolescência; e o alto índice de mortalidade materna.

O PNDS,¹² publicado em 2017, constitui um documento estratégico do Sistema Nacional de Saúde da República da Guiné-Bissau. O PNDS reconhece a RGB como um dos países do mundo onde mais mulheres morrem por causas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, à MGF, à sexualidade, à gravidez e ao parto.

Em 2008 foi constituída na RGB a Plataforma Política que visa incentivar a participação das mulheres na arena política. Além disso, o Escritório Integrado para a Consolidação da Paz das Nações Unidas na Guiné-Bissau (UNIOGBIS),¹³ através de assuntos políticos, gênero e informação pública, tem criado oportunidades para que as guineenses participem efetivamente da tomada de decisões e desenvolvimento. Observa-se um crescimento dos mecanismos que promovem o empoderamento feminino. Contudo, a eficácia do discurso e das políticas de desenvolvimento é minada pela desigualdade de gênero, de modo que muitos esforços em direção à participação social de diversos setores precisam ser empreendidos.

A fragilidade das estruturas e políticas públicas para o setor de saúde na Guiné-Bissau levou as populações a recorrerem a mecanismos de autoajuda e/ou ao apoio das organizações da sociedade civil (OSC) para fazerem face às suas situações de infortúnio, em particular no que respeita aos problemas de saúde e do seu agregado familiar. A limitação dos serviços de saúde estatais disponíveis, a sua difícil acessibilidade, a falta de recursos destes serviços que obrigam os utentes a pagar ou a disponibilizar o material utilizado, conduzem os utentes a assumirem uma parte ou mesmo a totalidade dos custos, o que muitas vezes limita o acesso a estes serviços (Carvalho, 2013, p. 75).

Como assinala uma das entrevistadas, gestora de projeto na área da cooperação para o desenvolvimento:

O setor da saúde em geral é um setor extremamente fragilizado na Guiné-Bissau.

Embora haja programas e projetos que tentam minimizar as carências sociais e sa-

¹² O Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde refere que a taxa de mortalidade materna na Guiné-Bissau à data da publicação era de 900/10.000 nados-vivos.

¹³ Ver página oficial: <https://uniogbis.unmissions.org/pt>

nitárias, em particular na área da saúde sexual e reprodutiva, há ainda muita debilidade nesta área. Os motivos são vários: falta de condições de fornecimento de um serviço sanitário de qualidade; falta de conhecimento dos seus direitos por parte de uma grande franja da camada feminina; mitos relacionados com a “gestão” da sexualidade; hábitos e costumes nefastos fortemente enraizados; priorização da sobrevivência em detrimento de uma vida sexual e reprodutiva de qualidade; entre outros aspetos. (E9)

Focalizando o sistema de saúde, evidenciamos que ele é composto por um setor privado e um setor público, e tem três níveis (central, regional e local). Em termos de serviços de saúde, o Hospital Nacional Simão Mendes oferece serviços de saúde especializados (terciários), enquanto o setor médico privado é atualmente bastante fraco e subdesenvolvido. No entanto, a medicina privada é praticada por mais de 70% dos médicos como complemento de renda precária e irregular no setor público.¹⁴ Na Guiné-Bissau, considerando as fragilidades e adversidades no campo do desenvolvimento em diversas áreas, o setor da saúde assume uma das mais desafiadoras posições. Como revela uma das nossas entrevistadas, guineense, doutoranda e investigadora sobre MGF:

Infelizmente, todos os guineenses e amigos da Guiné-Bissau admitem que o país dispõe de péssimas infraestruturas e condições de saúde, e a saúde sexual e reprodutiva não foge à regra. Falta de tudo: políticas públicas claras ou consistentes para o setor, desde qualificação de técnicos, fornecimento de condições de trabalho, serviços de informação, sensibilização e orientação da população, etc. (E10)

Este cenário fragilizado é representado no testemunho de outra das entrevistadas, que indica:

Bastante limitada, a saúde sexual e reprodutiva é vista no campo da saúde pública como apenas um meio de prevenir a gravidez e as DST, e pronto, não se fala de prazer sexual para as mulheres, não se fala do sexo para as mulheres, a mulher que ousa desejar e sentir prazer sexual é vista com estereótipos negativos, porque o sexo é apenas para procriação. As políticas públicas acabam por legitimar estes estereótipos quando não fomentam debates que possam romper com estes paradigmas. (E8)

Diante desses dados, verifica-se que as mulheres e crianças ainda continuam particularmente expostas à pobreza e vulnerabilidades.

¹⁴ Plano de Acção para Cada Recém-Nascido na Guiné-Bissau (GB-ENAP). Um Plano para Acabar com Mortes Evitáveis dos Recém-Nascidos na Guiné-Bissau, 2017-2021.

A cooperação internacional em saúde sexual e reprodutiva

A cooperação internacional em saúde sexual e reprodutiva desempenha um papel crucial na promoção da equidade, no fortalecimento de sistemas de saúde e na garantia dos direitos humanos em escala global. No entanto, ela enfrenta desafios significativos relacionados à alocação de recursos, à imposição de ideologias políticas e culturais e à coordenação entre diferentes atores.

Estive hoje no auditório da Escola Nacional de Saúde para o lançamento do PIMI III – Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil. Finalmente! Digo isto pois a consolidação da parceria e assinatura do protocolo demorou mais tempo do que era esperado. Nesta nova etapa o objetivo continua sendo o mesmo, ou seja, contribuir para a redução das taxas de mortalidade materna e de crianças com menos de cinco anos, por meio do acesso qualificado dos cuidados de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil. Contudo há um foco importante ao que se pretende, igualmente, preparar o caminho para que a RGB tenha um sistema de cobertura universal de saúde, assegurando a assistência técnica e as intervenções específicas de apoio ao Governo para que isto se consolide. Saí de lá esperançosa! (DC, 19 de julho de 2022)

Evitar a mortalidade materna-infantil passa por investimentos em cuidados de saúde primários e o suporte aos sistemas de saúde para que se tornem mais fortes e resilientes.

Infelizmente a saúde na Guiné Bissau é muito precária, os profissionais não têm qualificações adequadas, faltam materiais para o trabalho, existe muita falta de higiene. Infelizmente não existe apoio do Governo para diminuir a mortalidade materno-infantil, que é muito alta aqui na Guiné Bissau. Muitas áreas como saúde, educação, agropecuária, são mantidas por ONG e projetos. (E11)

Dos programas em curso no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, destaca-se o PIMI. Desde julho de 2022 o PIMI III,¹⁵ implementado pelo IMVF, a Organização Mundial de Saúde e o Projeto Saúde Bandim, em estreita parceria com o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da Guiné-Bissau, está em atividade. O Programa é financiado pela União Europeia. Nesta nova fase, o PIMI

¹⁵ Dadas as fragilidades estruturais do sistema de saúde da Guiné-Bissau, e em particular as que concernem a saúde materno-infantil, a União Europeia desenhou, em 2013, o Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (PIMI). Inicialmente implementado em apenas quatro regiões sanitárias, depressa se compreendeu a importância da extensão deste programa a todo o território nacional. Após dois períodos de programação (PIMI I 2013-2016 e PIMI II 2017-2021), foi possível reduzir substancialmente a mortalidade materna e infantil e melhorar a assistência prestada às mulheres e crianças. Contudo, as debilidades que o setor ainda apresenta revelaram necessário o reforço da intervenção, com vista à implementação de uma cobertura universal dos cuidados.

III prestará particular atenção à necessidade de transferência progressiva de capacidade e responsabilidade para o MINSAP como ator central no processo de integração do sistema nacional de saúde, potenciando o impacto, financiamento e sustentabilidade das intervenções promovidas.

Acho insuficiente o número de pessoal qualificado para cobrir a demanda e os meios materiais para fazer face aos desafios da maternidade na Guiné-Bissau. Mas também, a Guiné-Bissau, definindo bem suas prioridades e gerindo bem seus recursos financeiros, está em condições de suprir as necessidades básicas ligadas à saúde pública, nem necessitaria de ajudas de parceiros internacionais. (E10)

O PIMI III¹⁶ findará em julho de 2025, ao que se espera, até à data, beneficiar diretamente cerca de 343.101 crianças até os cinco anos de idade, e 450.184 mulheres em idade fértil, com gratuidade de serviços,¹⁷ e 1.500 profissionais de saúde alocados em todas as regiões da RGB, abrangendo 133 estruturas de saúde, de diferentes níveis e perfis assistenciais, dentre os quais centros de saúde, hospitais regionais de referência e, ainda, o Hospital Nacional Simão Mendes.

A aposta é de que nesta nova fase, o Programa possa responder de forma sistêmica aos problemas e lacunas da SSR e dos cuidados materno-infantis. Entretanto, enquanto o Estado não for efetivo, democrático, justo, aberto à participação e à transparência, encarregado de seus quadros técnicos de forma responsável, muitos avanços serão travados pela inércia.

¹⁶ O Programa Integrado de Redução da Mortalidade Materna e Infantil PIMI II todo modo, há denúncias que revelam que o cartão gestante passa a ser taxado em certas unidades. Notícias nos canais de comunicação e dados oficiais revelam, de fato, a fragilidade do sistema público de saúde e, sobretudo, a alta vulnerabilidade que envolve a saúde e o cuidado da mulher, da rapariga e da pequena infância.

¹⁷ Na Guiné-Bissau, as cobranças das taxas foram legalizadas no ano de 1997, por meio do Decreto-Lei n.º 4/1997 que cria o sistema nacional de coparticipação nos custos de assistência médica e medicamentosa e, anos depois, reajustado por um despacho ministerial do MINSAP n.º 19/2003 e n.º 20/2003 que estabelece os moldes em que se deve dar a coparticipação nos custos referidos no Decreto-Lei n.º 4/1997 (Barros *et al.*, 2018). Segundo Cá *et al.* (2017), as cobranças das taxas são influenciadas pela insuficiência do orçamento que se destina ao MINSAP. Ou seja, se os orçamentos do MINSAP fossem suficientes, não seriam necessárias as cobranças das taxas, ou coparticipação no financiamento. De acordo com esta fonte, o orçamento regular do MINSAP depende majoritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. Grande parte dos setores de serviços não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta (p. S57). Na Guiné-Bissau, o financiamento do setor da saúde se dá por meio de duas fontes: interna e externa. De acordo com Barros *et al.* (2018), o financiamento pela via interna é proveniente do Orçamento Geral do Estado (OGE), do seguro de doença, da Iniciativa de Bamako (IB) e da Mutualidade de Saúde. O financiamento externo, por sua vez, provém dos parceiros de cooperação, mediante apoio direto ou indireto aos programas de saúde (p. 61). Do Serviço: O SNS está estruturado em quatro setores de serviço. Segundo Cá *et al.* (2017): Setor Público: patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do Estado, composto por: a) Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP; b) Serviços de Saúde Militar, na dependência do Ministério da Defesa; e c) Serviços de Saúde Prisionais, na responsabilidade do Ministério da Justiça; Setor Conveniado: entre a Igreja Católica (a qual assume o patrimônio imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual coloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir); Setor Privado: composto por clínicas com internação, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e postos de venda de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual com o Estado, e Setor Tradicional: ainda por caracterizar (Cá *et al.*, 2017, p. 57).

Práticas tradicionais de atenção à saúde

Na Guiné-Bissau, a interação e articulação entre os serviços biomédicos e as práticas tradicionais é ainda muito incipiente, e isto tende a enfraquecer o atendimento integral à saúde da população, negando vantagens e benefícios aos utentes. De fato, a medicina tradicional e as práticas tradicionais integrativas de atenção em saúde têm avançado na África Ocidental, sob o respaldo da OMS, mas na Guiné-Bissau o cenário não é o mesmo.

Em 2010 o MINSAP, através do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) e da Promoção da Medicina Tradicional, apresentou dois documentos: a Política Nacional de MT e o Plano Estratégico Nacional de MT.¹⁸ Contudo, os referidos documentos ainda aguardam pela apreciação do Conselho de Ministros (N'bundé, 2022).

Na África, caso concreto de Guiné-Bissau, faz mais sentido falar da ausência de uma gestão afrocêntrica, ou respaldada nos valores africanos, principalmente quando se trata das instituições públicas, ao em vez de falar de como tem sido o uso das suas abordagens para enfrentar os efeitos da colonização. Porque, ainda que Guiné-Bissau tenha sofrido a colonização europeia por cinco séculos, a vida cotidiana da massa populacional tem referência nos valores e na cultura local. No entanto, existe e é notável a reprodução e/ou a manutenção da cultura outra (colonizadora) na sociedade. Pode-se dizer que a elite política do país são os principais agentes da manutenção do *modus operandi* imposta pelos colonizadores, através da máquina pública (Estado), por terem sido os principais operadores desta máquina. Mas, vale observar que a postura desta elite se deve em parte ao efeito do pensamento colonial, que entre várias das suas atribuições, desqualifica a cultura e *modus operandi* do Outro e enaltece os seus. (N'bundé, 2022, pp. 43-44)

Há uma gama de oportunidades neste setor, ainda não integradas, não aproveitadas e não assumidas pelo SNS. A esse exemplo, o trabalho realizado pelas parteiras tradicionais poderia ser potencializado, sobretudo, como agentes de saúde comunitárias, os *mesinhos di tera*, investigados e tratados cientificamente, os remédios e alimentos transformados e produzidos nas Missões (da produção de muitos tipos de mel, aos sumos, chás, papas e suplementos nutricionais),¹⁹ que

¹⁸ Estes documentos versam sobre a organização política e administrativa da MT no SNS e o seu devido funcionamento na sociedade, sua avaliação, e critérios de credenciamento de terapeutas tradicionais. Os documentos denotam a articulação da Direção do Serviço da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional que integra a Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde do MINSAP, com apoio técnico e participação da OOAS, OMS e Caritas de Guiné.

¹⁹ As missões católicas no país, no geral, têm um grande compromisso com a transformação de alimentos, produção de suplementos e *mesinhos*.

geram apoio no campo dos cuidados em saúde e da nutrição, por exemplo, mas inexistem uma organização estruturante ou agenda sobre este tema.

Ainda sob esse viés de solidariedade, os grupos de *mandjuandadi* espalhados pelo país também apresentam formas de apoio no âmbito da saúde.

Num contexto de fragilidade social e vulnerabilidade no campo da saúde, no qual ainda se encaixa a Guiné-Bissau, indubitavelmente os grupos de *mandjuandadi* têm uma capacidade integrativa e de apoio às famílias que é crucial em situações de risco num país onde o sector da saúde se encontra gravemente debilitado. (Carvalho & Afonso, 2019, p. 74)

Os ODS 3 e 5 na Guiné-Bissau: perspectiva das mulheres

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, enquanto um plano de ação, definiu 17 ambiciosos objetivos e 169 metas com foco na prosperidade, na paz, no respeito aos direitos, na igualdade de gênero e na resiliência das populações. Esta Agenda foi adotada por 193 países, em setembro de 2015, dentre os quais a República da Guiné-Bissau.

A ONU estima até 2030 reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; porém na RGB, a mortalidade materna (Meta 3.1) ainda está em 667 por 100 mil nascidos vivos. A gravidez na adolescência (Meta 3.7) está em 87,5%, sendo um fator de risco para as *badjudas* (meninas).

A RGB apresenta uma das maiores taxas mundiais de mortalidade materna e infantil, ocupando o sexto lugar de um índice em que o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)²⁰ analisou a situação de 186 países, em 2016. O relatório assinalou que na África subsaariana se encontram oito dos dez lugares mais inseguros para se nascer no mundo, em razão da pobreza, dos conflitos e da fragilidade institucional dos serviços e dos equipamentos públicos, o que torna a probabilidade de assistência a mulheres durante o parto menos provável e segura. A cada 26 nascimentos, uma criança morre na Guiné-Bissau, o que representa 38,2 mortes por cada mil nascidos vivos. Este desafio é ainda assinalado pela Secção de Direitos Humanos (UNIOGBIS-SDH), que, em 2017, no relatório

²⁰ Ver relatório *Para Cada Criança, Vida*. Todos os anos, 2,6 milhões de crianças morrem antes de completar um mês, sobretudo nos países mais pobres do mundo, números considerados pelo UNICEF “assustadoramente elevados”. Guiné-Bissau é o pior país lusófono neste ranking, na taxa de mortalidade neonatal, ocupando o sexto lugar de um índice em que o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) analisou a situação em 2016 em 186 países. No polo oposto figura Portugal (168.^a posição), o que equivale ao 17.^o melhor índice, tabela em que o Japão continua a ser considerado o país com menor taxa de mortalidade infantil, com 0,9 mortos por cada mil nascidos vivos, o que é equivalente a uma morte por cada 1.111 nascimentos.

sobre o direito à saúde na Guiné-Bissau, revelou que a ausência de profissionais da saúde qualificados se configura como um desafio na saúde pública.

Nesta seção destacaremos narrativas das mulheres auscultadas através das entrevistas (E), e também destacamos alguns excertos do diário de campo (DC). Note-se que este é um olhar enviesado: selecionámos mulheres de um meio privilegiado que têm meios e capacidade de decisão sobre a sua saúde reprodutiva.

ODS 3. Saúde e Bem-estar²¹

O terceiro objetivo do desenvolvimento sustentável visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades.

Meta 3.1: Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos

No âmbito dos países que integram a CPLP, a RGB ocupava em 2017 o primeiro lugar com a maior taxa de mortalidade neonatal. Infelizmente a RGB permanece na primeira posição dos países da CPLP, pois ainda ocorrem 725 mortes por cada 100 mil nascidos vivos. Em segundo lugar aparece Angola, com 222 mortes, seguida por Timor-Leste, que regista 204 óbitos. Em Moçambique, a mortalidade é de 127, São Tomé e Príncipe regista 146 óbitos, e o Brasil concentra 72 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (UNFPA, 2022).

A Guiné-Bissau é um dos seis países da região ocidental africana a ter reduzido a mortalidade materna para quase metade à taxa de 40-47%. Entretanto, há ainda o desafio de superar a elevadíssima taxa de mortalidade, de acordo com o estudo *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*.²²

Na tentativa de não se tornar mais um número de óbito registado, buscando fugir da desgraça da morte materna ou das complicações decorrentes do parto e dos primeiros meses de vida do bebê, algumas mulheres que dispõem de recursos econômicos e/ou suporte familiar, migram temporariamente para outros países.

Três entrevistadas revelam explicitamente que saíram do país no momento do parto:

²¹ Ver: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

²² O relatório foi produzido pela OMS em nome do Grupo Interagências de Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas, composto pela OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo do Banco Mundial e Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. O grupo utiliza os dados nacionais para estimar os níveis e tendências da mortalidade materna de 2000-2020. Os dados desta nova publicação substituem todas as estimativas anteriores publicadas pela OMS e pelo Grupo Interagências para a Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

Eu sou uma delas [que saiu do país]. Porque não há condições no país para um parto 90 ou 100 por cento seguro. Os nossos hospitais não têm materiais para tratar, por exemplo, um caso de hemorragia pós-parto. Os partos por cesariana continuam a carecer de um tratamento eficaz. Apesar de alguns investimentos, o setor da saúde reprodutiva está aquém. Faltam especialistas e, muitas das vezes, o atendimento dos profissionais de saúde não é salutar. (E6)

Eu fui uma delas. Para a maioria [de nós] tem a ver com a falta de segurança do sistema nacional de saúde. (E14)

Por causa da falta de condição nos hospitais e pelas várias histórias de erros médicos que custavam a vida da mãe ou da criança. Eu sou exemplo desta situação, os meus filhos todos nasceram em Portugal, porque o meu marido não confia no sistema de saúde, não aceitava a ideia de os filhos nascerem aqui. (E2)

Outras mulheres validam a decisão de abandonar o país para procurarem condições seguras para o parto:

Meramente por questões de acesso às melhores oportunidades de saúde. Parir na Guiné-Bissau é um risco altamente elevado. Os hospitais não têm condições, morre-se por coisas simples e evitáveis. (E8)

Porque a chance de complicações e eventual morte dando à luz no país é muito alta. (E3)

As mortes maternas e infantis, em sua grande maioria, podem e devem ser evitadas, se forem cumpridas as necessidades de planeamento familiar, promoção e resiliência, oportunidades socioeconômicas e mecanismos de empoderamento das mulheres e das jovens.

Uma amiga viajou para o Brasil e na “bagagem” a esperança de ter um parto seguro! Viajou com dois filhos e, no ventre, a terceira, que nascerá em meados de janeiro. Ela viajou para dar à luz em segurança numa maternidade pública e referenciada no campo da humanização do parto e do nascimento. Assim como ela, muitas mulheres guineenses ou expatriadas desenharam a mesma rota. Querem um lugar seguro para parir. Tenho conhecido inúmeras histórias. (DC, 2 de outubro de 2021)

Morrer de morte evitável, durante a gravidez e/ou parto, pode ser uma realidade para muitas guineenses.

Fiquei grávida do meu segundo filho em 2015, ao quinto mês comecei a ter crises que me levavam à quebra de tensão brusca e repentina e aos desmaios sem expli-

cação. A minha situação foi analisada por uma comissão dos melhores médicos ginecólogos-obstetras e cardiólogos do país, mas sem sucesso. Já em Portugal, depois de uma bateria de exames, desde sangue, urina, rins, coração, etc., veio-se a descobrir através da endoscopia, que tinha contraído a bactéria *H. Pylori* no estômago. Tive que fazer sete dias de antibióticos fortes e seis meses de uns mais leves, até repetir o exame de endoscopia que não se faz aqui na Guiné. Se tivesse ficado cá, poderia pôr em risco a minha vida e a do meu bebê, os próprios médicos me aconselharam a seguir para Portugal, que eles não conseguiam perceber o que se passava comigo. (E5)

[...] então, creio que muitas mulheres correm risco de abortos que poderiam ser evitados, de cesáreas desnecessárias, de mortalidade materna e infantil. (E11)

As mortes podem ser evitadas, dado que, em geral, as causas permanecem entre as hemorragias graves, tensão arterial elevada, infeções relacionadas à gravidez, complicações do aborto inseguro, e condições subjacentes que podem ser agravadas pela gravidez (tais como VIH/SIDA e malária). Como afirma o sociólogo guineense Miguel de Barros,

A mortalidade materna é ainda uma das mais elevadas do mundo e as nossas mulheres sofrem, são hospitalizadas e morrem em geral por causas relacionadas com a sexualidade, reprodução, gravidez, cancro da mama e do colo do útero. Igualmente, embora se tenha observado algumas melhoras, as mortalidades infantil, juvenil e neonatal continuam ainda muito elevadas. A desnutrição crónica, o baixo peso à nascença, a prematuridade, infeções respiratórias agudas, paludismo, parasitoses intestinais e vesicais e doenças diarreicas, entre outras, continuam a afetar as nossas crianças, levando muitas delas à morte. (Barros *et al.*, 2018, p. 49)

As doenças oriundas da pobreza constituem-se grandes facilitadores da morte materna e infantil; a pobreza potencializa o risco de vida para as mulheres grávidas, portanto, as desigualdades sociais relacionadas com educação, raça ou etnia, trabalho e renda, ampliam as vulnerabilidades das mulheres marginalizadas, que são negligenciadas pelos cuidados maternos essenciais.

Acabo de saber que quadrigêmeos nascidos em Bafatá foram removidos para o Hospital Nacional Simão Mendes e com poucas horas, vieram a óbito! Entre as conversas com colegas e as notícias compartilhadas pelos meios de comunicação, soube-se que faltou incubadora, faltou cuidado médico para assistir às necessidades dos bebês. Houve um silêncio absoluto das autoridades responsáveis. A diretoria não quis se pronunciar. Estou consternada. (DC, 28 de julho de 2021)

Meta 3.2: Acabar com a mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos

Ser criança na Guiné-Bissau pode ser um grande fator de vulnerabilidade. A mortalidade infantil é uma constante. Nas vozes das entrevistadas, revelações do quanto é desafiador ser criança neste país.

Hoje recebi um telefonema do meu colega. Morreu o bebê, recém-nascido, seu filho. A companheira deu à luz ontem, numa clínica privada. O bebê nasceu e horas depois, morreu. A causa-morte? Ninguém explicou! Na semana retrasada o bebê de outro colega também faleceu. Este já estava em casa, sendo amado pelos pais. Era recém-nascido. Morreu no berço. Morte súbita. A causa, destrinchada, não se sabe. Que cenário. Quanta dor. Triste! (DC, 20 de novembro de 2021)

O risco de vida das crianças é uma realidade, como revelam as entrevistadas:

A criança antes dos seis anos é o ser mais frágil, que não tem dia de morrer por coisinha do nada. Digo, eu fui mãe por duas vezes. A minha filha mais velha tem oito anos e o meu filho, o mais novo, já tem seis anos. O meu maior desejo durante todo esse tempo era que os dois chegassem aos seis anos e saíssem desse quadro horroroso. Toda a mãe com crianças menores de seis anos, na Guiné-Bissau, vive com o coração nas mãos; vive cheia de medo, de incertezas, de esmorecimento. (E10)

Infância é um desafio carregado de perigos de várias ordens – paludismo, paralisia infantil provocada por poliomielite, desnutrição, diarreia, meningite, etc. (E1)

Há poucos hospitais, poucos com uma infraestrutura adequada para as mínimas emergências. Não se faz todos os exames de sangue mínimos necessários para saber se está tudo certo durante a gestação. (E11)

Todos os anos um colega de trabalho viaja com a esposa e a filha para Portugal durante as férias de verão na Europa e as escolares em Bissau. O principal motivo é levar a filha, uma menina de cinco anos, para consultas e seguimento médico. É um cuidado com a saúde da menina que está na primeira infância. (DC, 8 de agosto de 2021)

O Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS5), na Guiné-Bissau, revela que 27,6% das crianças com menos de cinco anos apresentam atraso no crescimento devido à desnutrição, e apenas 3% têm acesso à educação pré-escolar (INE, 2015).

Geralmente as crianças nessa idade não tem os cuidados adequados com higiene e alimentação. As crianças nessa fase aqui na Guiné, são consideradas meio que sem o devido valor. O que sobra é dado à criança, a partir dos cinco anos pode começar a trabalhar. (E13)

Na Guiné Bissau ser mulher é um desafio mas também esse desafio é extensivo às crianças, num contexto de extrema vulnerabilidade econômica e pobreza extrema, de zero a seis anos é uma idade em atenção, é muito virada às crianças, nomeadamente alimentação em particular, mas que é mais no sentido de não ter que passar fome mas sem uma orientação nutricional rigorosa, tem crianças que a partir de dois anos, viram praticamente a rotina alimentar como a dos adultos [...] em função desta realidade tem muitas crianças mal nutridas no país, pois esta realidade tem uma relação muito forte com a não escolarização das crianças muito cedo, às vezes você vê muitas crianças com mais de seis anos nem iniciou a primária, isto porque comer para sobreviver continua ser uma preocupação de muitas famílias. Segundo a OMS as crianças na Guiné-Bissau da idade de zero a cinco anos correm enorme risco de morte. (E1)

No país ainda residem práticas comunitárias de rejeição a crianças com deficiência (rejeição que pode chegar à sua eliminação física), subtração destas crianças à vida comunitária, ausência de registo de nascimento, ausência de matrícula na escola, dificuldades no acesso físico à escola, inexistência de recursos pedagógicos específicos e ausência de políticas sistemáticas de apoio às escolas e à formação de professores (UNICEF, 2023).

Acompanhei hoje alguns atendimentos realizados no âmbito do projeto *No Kume Sabi*. Dentre os atendimentos, conheci uma história de prevenção do infanticídio. A história parece de algum filme. Fugindo da família para que a filha não sofresse infanticídio, o pai saiu de casa para protegê-la numa outra localidade. A menina tem deficiência. Ela e o pai contam com apoio e guarnição das Irmãs Franciscanas de Nossa Senhora Aparecida, gestoras do CRN e do *No Kume Sabi*. (DC, 10 de janeiro de 2021)

Embora o infanticídio seja criminalizado e confrontado pelas ações de prevenção e salvaguarda das crianças por algumas ONG internacionais, Missões religiosas, UNICEF e através das ONG nacionais que fazem parte da FADPDGB (Federação das Associações de Defesa e Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência), o infanticídio ainda hoje é uma realidade sustentada no país, sobretudo por crenças animistas, por conta de um conjunto de interpretações cosmológicas presentes dentro dos grupos animistas. Como afirma a antropóloga Jonina Einarsdóttir, as crianças portadoras de algum tipo de deficiência visível, tal como

síndrome de Down, deformidade física, fissura labiopalatal, são interpretadas como sendo “filhos da serpente” ou “filhos do irã”. Segundo a autora, estas crianças são levadas para o rio ou para o mar em oferenda à serpente conjuntamente com ovos e farinha, na expectativa de que se não forem filhas dela acabarão por sobreviver e podem então ser levadas para casa (Einarsdóttir, 2004, p. 149).

Apesar de reconhecer os esforços no campo da atenção às crianças, a jurista entrevistada reforça a questão da discriminação e da marginalização das crianças com deficiência:

À primeira infância, as mães são mais dedicadas, assim como também os demais membros da família. Especialmente para as crianças que não tem nenhum tipo de deficiência, pois as crianças que sofrem de alguma deficiência são estigmatizadas desde muito cedo. (E8)

Embora estejamos a investigar um país geograficamente pequeno, distribuído em oito regiões e o Setor Autônomo de Bissau, há expressiva região insular e as condições de mobilidade quer seja em meio urbano, rural ou insular avultam a problemática. As estradas estão em condições precárias, algumas se encontram em obras; entretanto, uma boa parte é intransitável durante a temporada das chuvas, de Maio a Novembro. Barcos, canoas e botes são meios de transporte disponíveis, nem sempre regulares, nem sempre gratuitos.

T, psicóloga, mãe de duas crianças guineenses, afirma:

Sim, acho que tudo pode se transformar em um risco. As estradas são ruins, logo a mulher pode chegar tarde para ser atendida em uma urgência. (E11)

Deste modo, as populações que residem em tabancas nas ilhas, por exemplo, padecem ainda mais por estarem isoladas:

O que se verifica é que os centros de saúde situam-se a 40 km e com as estradas em más condições; por norma, os centros de saúde devem estar localizados a 5 km de cada comunidade; há dificuldades financeiras, daí que uma mulher não se pode deslocar com frequência para a consulta pré-natal, e outra questão é a falta de pessoal técnico qualificado, assim como a falta de materiais e equipamentos. (E12)

Como revela uma de nossas entrevistadas, jornalista guineense:

Em 2018, uma mulher veio de Biombo depois de seis horas de trabalho de parto. Foi recebida na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes e internada no pré-parto. Depois de várias horas abandonada na sala por falta de dinheiro para fazer cesariana, a mãe recorreu a uma amiga da família por esta ser uma dirigente

na altura. Mal chegou ao hospital alterou a forma de tratamento, mas era tarde. Foi levada à sala, fez-se a cesariana, logo depois da retirada do feto teve complicação, hemorragia, hipertensão e não resistiu. A criança ficou com a amiga da família. (E6)

A demora no atendimento emergencial devido à incapacidade de pagar pela cesariana é uma violação grave dos direitos humanos e do direito à saúde. O tempo prolongado de espera, em conjunto com a falta de recursos e de um tratamento adequado, expõe a fragilidade de um sistema de saúde que não garante atendimento universal e gratuito, especialmente em casos de emergência obstétrica. Isso cria um cenário de desigualdade, onde o acesso à saúde depende da influência social ou financeira, e não da necessidade médica.

A mobilização de uma amiga da família, que era dirigente, ilustra como a influência política pode, em certos contextos, ser mais eficaz do que o sistema de saúde em si, destacando uma prática de favoritismo que prejudica aqueles que não possuem conexões. No entanto, o fato de a ajuda ter chegado tarde demais demonstra a ineficiência e a falta de prontidão do sistema em lidar com complicações obstétricas, que exigem uma resposta rápida e adequada.

As complicações subsequentes da mãe, incluindo hemorragia e hipertensão, apontam para falhas na gestão do parto e no tratamento pós-operatório. Essas complicações são frequentemente evitáveis com monitoramento adequado e uma resposta médica eficaz, o que evidencia a necessidade urgente de melhorar a capacitação dos profissionais de saúde e o fornecimento de recursos e equipamentos para prevenir mortes maternas.

O desfecho trágico, com a morte da mãe e a criança ficando com a amiga da família, também levanta questões sobre a rede de apoio para as crianças órfãs por complicações médicas evitáveis. Esse caso reflete a necessidade de políticas robustas de proteção social e de apoio à família, além de evidenciar a urgência de investimentos em sistemas de saúde mais justos, acessíveis e eficazes.

Meta 3.3: Acabar com as epidemias de doenças graves e transmissíveis, aumentando o investimento em saúde e criar ações em prol da prevenção e promoção da saúde da população

Acabar com as epidemias de doenças graves e transmissíveis é uma prioridade essencial para promover o bem-estar global e garantir o desenvolvimento sustentável. Para alcançar esse objetivo, é fundamental aumentar o investimento em saúde, fortalecendo os sistemas de vigilância e resposta rápida, além de melhorar o acesso a tratamentos e vacinas. Ao mesmo tempo, é necessário implementar ações robustas de prevenção, que englobem campanhas educativas, acesso a serviços de saúde de qualidade com despiste e testagens adequados, e a promoção

de hábitos saudáveis. Uma das mulheres relata um caso que levanta questões críticas sobre a gestão de risco em procedimentos hospitalares, particularmente no que diz respeito ao controle de qualidade dos bancos de sangue e à prevenção de infecções em ambientes clínicos.

Tive uma tia que ficou contaminada com o vírus VIH, durante o parto por cesariana onde lhe foi feita uma transfusão com o sangue contaminado. Acabou por falecer um ano depois. (E5)

Primeiramente, a transmissão de VIH por transfusões de sangue reflete uma falha grave nos sistemas de triagem e testagem de sangue doado, que devem seguir protocolos rigorosos para garantir a segurança. Em localidades com infraestruturas de saúde menos desenvolvidas ou com recursos limitados, a capacidade de realizar testes de alta precisão para detectar doenças infecciosas pode ser insuficiente, expondo os pacientes a riscos evitáveis. Nesse contexto, é urgente que se aumente o investimento em tecnologias avançadas de testagem e se implementem padrões mais rigorosos em todos os níveis de cuidado à saúde, a fim de prevenir ocorrências similares.

Além disso, essa tragédia revela falhas no seguimento dos cuidados com pacientes infectados por VIH. O tratamento adequado, se iniciado precocemente, pode controlar a carga viral e permitir uma vida mais longa e saudável. Essa situação também destaca a necessidade de responsabilização e justiça para as vítimas de negligência médica. O trauma causado por essa perda e a injustiça de uma transmissão evitável evidenciam a importância de mecanismos de supervisão e controle dentro dos sistemas de saúde.

Meta 3.7: Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais

Durante a observação participante e diálogos não formais, identificámos que não existe no país busca ativa para engajar as mulheres ao acompanhamento pré-natal.

Penso que o acesso a informações e produtos de saúde sexual e reprodutiva evoluiu bastante nos últimos anos. No entanto, ainda se circunscreve a centros urbanos e periurbanos. Nas tabancas, as mulheres e, sobretudo meninas, têm fraco acesso à informação e produtos. Além de que os produtos muitas vezes não são os mais adequados à pessoa. Ex: o dispositivo contracepcional Jadele é oferecido indiscriminadamente a todas as mulheres e meninas, mas às vezes as mulheres/meninas não se adaptam e são incentivadas a ficar com eles. (E7)

Muitas mulheres não fazem o pré-natal devidamente correto, muitas descobrem a gestação após os três meses. Na Guiné-Bissau tem poucos especialistas que possam atender com qualidade e segurança. Os partos são realizados muitas vezes de forma precária, sem os materiais esterilizados, sem profissionais capacitados. E quando o parto é cesariano, é bem mais difícil, não temos anestesista; muitos aqui falam que são anestesistas após fazer apenas uma aula prática. E mesmo assim quase todo mês nas ilhas do Arquipélago de Bijagós precisamos transferir gestantes. Viajamos cinco horas de barco para fazer uma transfusão e para fazer partos cesarianos. (E13)

A disponibilização de serviços pré-natais promove a equidade de gênero, pois capacita as mulheres a evitar gestações não planejadas, planejar suas famílias e reduzir os riscos associados à gravidez, ao parto e às infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, a educação em saúde sexual contribui para a conscientização, a tomada de decisão e a adoção de comportamentos preventivos, ajudando a diminuir infecções, como VIH, e a mortalidade materna.

A integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais é também uma questão de desenvolvimento sustentável. Investir na saúde sexual e reprodutiva melhora indicadores de saúde pública, reduzindo os custos com complicações evitáveis e promovendo o bem-estar socioeconômico. Com populações mais saudáveis, os países podem avançar em questões relacionadas ao desenvolvimento, à produtividade e ao crescimento econômico, ao mesmo tempo que respeitam os direitos humanos. Assim, garantir o acesso universal a esses serviços é uma condição necessária para promover sociedades mais justas, saudáveis e inclusivas.

ODS 5. Igualdade de gênero

O quinto ODS pretende alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Neste âmbito, inclui:

Meta 5.2: Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos

Na Guiné-Bissau, embora o Governo tenha assinado a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)²³ em 1985, o que se observa, na atualidade, é que a instabilidade política ainda retarda a conquista das mulheres nos quadros de poder e de tomada de decisão, incidindo sobre as mudanças no campo da representatividade e da participação. O setor onde a dinâmica da vida associativa conheceu uma maior vitalidade du-

²³ Ver página oficial do Comitê CEDAW: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw>

rante a década de 90 foi o das associações de jovens e agrupamentos de mulheres (Handem, 2008).

De acordo com o INE, analisando dados do MICS 6, a nível nacional, 36,4% das mulheres foram sujeitas à violência doméstica pelo marido/parceiro, em 2018. Essa percentagem é mais elevada no meio rural (38,8% contra 33% no meio urbano), fenómeno que se verifica mais nas mulheres sem nível de instrução (INE, 2020).

A maior parte das práticas identificadas, relacionadas com a violência física, psicológica, sexual e económica contra as mulheres, têm origem, sobretudo, na família, quer na original, quer na de acolhimento/casamento. Os principais agressores diretos são os maridos, namorados ou companheiros, ou ainda, os pais e família alargada e a família do marido, conforme a faixa etária (Roque, 2011, p. 3). A violência física e psicológica são práticas constatadas. Em muitas escolas, por exemplo, as crianças recebem *suti* (surra, punição física, palmatória) como um mecanismo educativo, e isto é bastante normalizado, inclusive aceito por muitas famílias.

Na Guiné-Bissau mais de 48% das crianças com menos de 14 anos sofrem violência psicológica, punição violenta e outros métodos de punição. As causas deste fenómeno vêm sendo atribuídas a fatores socioculturais: o castigo corporal, por exemplo, é aceite como meio de educar e disciplinar crianças. Os principais perpetradores são as mães/tutoras ou outros membros do seu agregado. (INE, 2023)

Na Guiné-Bissau, 75,8% das crianças de 1 a 14 anos sofrem violências por parte dos seus pais/tutores. O caso da violência contra as crianças tem verificado uma ligeira diminuição de 2014 a 2018 (82,4 e 75,8). Desde 2015, a violência contra crianças tem diminuído tanto entre meninas como rapazes. No entanto, as meninas continuam a ser as principais vítimas, embora a diferença é mínima. Em 2018, 76,2% das meninas foram sujeitas a abuso de vários tipos, contra 75,4% dos rapazes. A nível regional, a violência contra as crianças é muito elevada em quase todas as regiões, com exceção de Bolama/Bijagós, que apresenta uma taxa menor (55,9%) em relação a outras que estão acima de 60% (INE, 2023).

Meta 5.3: Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas

Práticas tradicionais, com raízes em tradições sociais e culturais, incidem drasticamente sobre os direitos sexuais de meninas e mulheres pois revelam-se nefastas à saúde e proteção da vida. É evidente que práticas danosas impactam diretamente a vida e os direitos das meninas e mulheres guineenses, tais como:

o casamento precoce, o casamento forçado e/ou arranjado, o fanado/mutilação genital feminina (MGF), o infanticídio de crianças “irã”.

A maioria das mulheres guineenses foi vítima de mutilação genital feminina. Embora seja legalmente proibida, está a aumentar na Guiné-Bissau, posto que mais de 52% das mulheres e crianças foram vítimas dessa prática. A taxa em crianças de 0 a 14 anos é de 29,7% e nas pessoas de 15-49 anos é de 52,1%, conforme detalhado no MICS 6 (INE, 2020).

Na verdade, mais de metade delas são circuncisadas, independentemente da faixa etária. No entanto, nos últimos anos (2014 e 2018) verificou-se um aumento da prevalência da circuncisão feminina em todas as faixas etárias (45% e 52,1%). Este aumento é bastante mais significativo entre as mulheres adultas do que entre as meninas (INE, 2023, p. 40).

Mais de 30% das guineenses menores de 18 anos estão casadas. Os casos de casamento precoce estão a diminuir no período de 2014 a 2018 (37,1% e 30% respectivamente). As meninas são as principais vítimas desta forma de violência (antes de 15 anos 8,1%, e antes de 18 anos 25,7%). Estes hábitos se verificam menos nos rapazes (antes de 15 anos 0,8% e antes de 18 anos 2,2%). Como causa, o casamento infantil é uma fórmula que os pais adotam para salvaguardar a reputação da família, que pode ser posta em causa pelo início precoce da atividade sexual (INE, 2023, p. 36).

O casamento na adolescência ocorre em todo o país, porém com consideráveis variações regionais. Bissau é a única região onde apenas um quarto das meninas adolescentes se casam antes dos 18 anos de idade. Em Bafatá e Gabú, as taxas são tão altas quanto 52% e 67%, respectivamente. Aproximadamente 50,0% das garotas do meio rural e 21,0% dos setores urbanos se casam antes dos 18 anos de idade. Na região de Cacheu, a evolução do casamento precoce de meninas teve uma queda de 48,9% em 2010 para 35,6% em 2018 (INE, 2023, p. 37).

No tocante ao casamento forçado, este fenômeno afeta principalmente as mulheres. De 2014 a 2018, o número de casos de casamento forçado aumentou tanto para meninos como para meninas, e atingiu, em 2018, 8,1% de meninas contra 1% de meninos. Relativamente ao casamento forçado, houve um aumento na região de Cacheu de 1,4% para 4,5%, em 2018 (INE, 2023, p. 37).

De acordo com um relatório do UNICEF, na Guiné-Bissau a diferença de gênero nas taxas líquidas de matrícula na escola primária aumenta com a idade dos alunos. Na faixa etária de 10 a 11 anos, 25,7% das meninas estão fora da escola, contra 17,5% dos meninos. As meninas são mais propensas a abandonar a escola devido à gravidez precoce ou casamento (UNICEF, 2015).

É inegável que, quanto menor o nível de escolaridade, maiores serão as chances de violações de direitos, ou seja, ampliar-se-ão as vulnerabilidades das crianças, em especial das meninas e, sobretudo, das mais pobres, que poderão ser submetidas aos abusos físicos, psicológicos e sexuais, ao trabalho infantil, à mutilação genital, à gravidez na adolescência, ao casamento forçado e ao casamento precoce.

A dimensão da vulnerabilidade é apresentada por uma de nossas entrevistadas, diretora de uma organização nacional que atua com SSR:

Na Guiné Bissau, maioria das crianças não (se) beneficiam dos seus direitos. Vê-se as crianças dos seis anos sem registro de nascimento, fora da escola, a vender (bananas, amendoins, etc.), a pedir esmola nas ruas, a trabalhar nas lavouras ou em casa. (E12)

Meta 5.5: Garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública

A quase exclusão das mulheres na composição do governo atual reforça alguns estereótipos de gênero; além disso, desestabiliza e fragiliza as parcas conquistas travadas pelas plataformas de direitos e pelo movimento de mulheres no país. Na Guiné-Bissau, a organização da esfera onde atuam os atores políticos ainda reflete a cultura de *matchundadi* e masculinização do poder.²⁴

O analfabetismo feminino é superior ao masculino. De acordo com os dados descritos no MICS 6, a taxa de alfabetização em 2018 e 2019 registrou 45,6% nas mulheres e 56,5% nos homens, demonstrando assim que cerca de metade da população é analfabeta. E, neste ciclo de invisibilidade, crescem as meninas mais pobres, com parcas ou quase nulas oportunidades sociais e educativas.

A mulher guineense é o pilar da nossa sociedade. É a cara da paz, da unidade, da valentia, do amor e da solidariedade, ela é a força da economia informal, a dignidade da *prassa* bissau-guineense, mas também a sem voz, a discriminada e injustiçada, a relegada ao último plano, a violentada, a mãe que na maior parte das vezes se esquece de si a favor do filho, a que carrega todo o peso pesado e o fardo da Guiné-Bissau. (E5)

A mulher guineense, para mim, é aquela que por origem, naturalização ou vontade deseja ser guineense. É aquele ser social visto como frágil, mas ao mesmo tempo forte, resistente e resiliente, dependendo do contexto. Aquele ser apelida-

²⁴ A não respeitada Lei da Paridade foi aprovada pela Assembleia Nacional Popular (ANP) em 2018 e prevê uma participação mínima de 36% das mulheres nos lugares de tomada de decisão, a nível nacional.

do de “guerreira, valente, incansável, altruísta, *sufridor* no sentido de resignação”. Aquele ser que assume a maior parte da responsabilidade social: reproduz, educa, forma o ser humano; que não tem de falhar com suas responsabilidades enquanto mãe ou dona de casa e enquanto uma excelente profissional. (E10)

A mulher guineense é a mulher que apesar de alguns progressos depende de terceiros para decidir sobre a sua vida. (E6)

Meta 5.6: Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão

Nesse setor carecemos de quase tudo, para não de dizer de tudo! Poucas mulheres têm mínima orientação sobre a saúde sexual e reprodutiva, a maioria de adolescentes e jovens começam a vida sexual muito cedo e sem conhecimentos nenhuns que lhes permitam prevenir-se das doenças sexualmente transmissíveis e igualmente da gravidez precoce, que em muitos casos chega a pôr em risco a vida da mãe e do bebê. Isso sem falar da falta de infraestruturas sanitárias adequadas e de condições necessárias que permitam garantir um seguimento eficaz durante o pré e o pós-natal, das mulheres antes, durante e pós-parto, bem como das crianças precocemente. (E5)

Fica evidente que a saúde pública e o acesso aos serviços básicos e essenciais, sobretudo à saúde sexual e reprodutiva na Guiné-Bissau, exige esforços governamentais e apoio dos organismos de cooperação para a oferta qualificada de serviços públicos de saúde e atenção. A gravidade que acomete o sistema de saúde pode ser vista em relatos que abalam, comovem e escandalizam. É indiscutível que a fragilidade do setor da saúde vulnerabiliza e castiga as mulheres e as populações mais pobres. Isto denota que as vidas pobres importam pouco ao Estado, fato este amplamente reconhecido.

Nota final

Na RGB, a implementação e a avaliação dos ODS têm sido suportadas por Parceiros em Finanças e Tecnologia, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que adotou uma visão até 2025, com um Plano Nacional de Desenvolvimento (2015-2025) e suas ferramentas de implementação.

O documento nomeado Exame Nacional Voluntário²⁵, publicado em 2022, revela que o setor da saúde enfrenta grandes desafios, como a baixa despesa públi-

²⁵ Exame Nacional Voluntário dos ODS na Guiné-Bissau. <https://guineabissau.un.org/pt/191425-revis%C3%A3o-nacional-volunt%C3%A1ria-sobre-os-progressos-e-desafios-da-implementa%C3%A7%C3%A3o-dos-ods-na-guin%C3%A9>

ca, a falta de recursos humanos qualificados e a falta de infraestruturas, uma vez que apenas 6,9% das receitas públicas são afetadas à saúde, enquanto o Governo aspira a alcançar a meta de 15% estabelecida na Declaração de Abuja. A avaliação do progresso para os ODS tem sido limitada pela falta de dados, pela sua qualidade e pela ausência de um quadro institucional apropriado para o seu acompanhamento, bem como pela necessidade de desagregar os dados. Assim, por exemplo, a partir de Dezembro de 2020, apenas 27,9% dos indicadores necessários para monitorizar os ODS numa perspectiva de gênero estavam disponíveis. Para assegurar a realização dos objetivos até 2030, é necessário desenvolver e melhorar a estratégia nacional para o desenvolvimento de estatísticas, bem como a captura e utilização de dados de novas formas, incluindo dados geoespaciais, grandes dados e dados gerados pelas cidadãs e pelos cidadãos.

Considerações finais

Na Guiné-Bissau, a integração das práticas tradicionais, das experiências de reciprocidade das *mandjuandadis*, daquilo que a envolve e certamente caberia no escopo da promoção do bem-estar e da saúde, somente se dará quando decisores políticos revisitem a Guiné-Bissau numa ótica afrocentrada.

Portanto, no âmbito da saúde neonatal, da criança, da *prenhada* e da *padida*, caberia ao Estado revisar e ajustar as abordagens e planos previamente estabelecidos para alcançar determinados objetivos previstos nos ODS, de modo a qualificar as aprendizagens em saúde e promover a qualidade de vida e saúde das mulheres, das meninas, dos bebês e das crianças pequenas. A dimensão da multiculturalidade presente no país, como um todo, jamais deveria ser negada ou excluída pelos decisores públicos e pelos executores de programas e intervenções em saúde, nacionais ou da cooperação internacional, que devem estabelecer diálogos inclusivos, críticos, aprendentes, pautados na medicina baseada em evidências, e nas experiências locais e comunitárias ancoradas na medicina tradicional e as práticas tradicionais de promoção em saúde, que estão vivas e presentes na cultura do país.

Por fim, a promoção da Saúde e Bem-estar (ODS 3) e da Igualdade de Gênero (ODS 5) na Guiné-Bissau é um processo multifacetado, ainda marcado por desigualdades, desafios culturais e fragilidades institucionais. O ativismo das mulheres guineenses tem desempenhado um papel crucial na reivindicação de direitos e na luta pelos direitos, refletindo uma resistência histórica ao colonialismo e às estruturas opressivas. No entanto, persistem lacunas significativas, sobretudo no que diz respeito às barreiras culturais que limitam o pleno exercício de sua auto-

nomia e à precariedade dos serviços de saúde. Apesar de esforços de cooperação internacional voltados para melhorar os indicadores de saúde e gênero, muitos desafios permanecem, em grande parte devido à falta de uma adaptação adequada dessas intervenções ao contexto local. Para que se alcance um progresso sustentável, é imperativo que se fortaleça o ativismo local e que se enfrentem os entraves culturais com estratégias que assegurem a promoção efetiva dos direitos das mulheres e das raparigas, garantindo que suas vozes e experiências sejam centrais no desenvolvimento das soluções propostas.

Referências

- Afonso, A., & Carvalho, C. (2013). Adversidade e imaginação: Dinâmicas de suporte social entre as mulheres da Guiné-Bissau. In C. Carvalho (Org.), *Mulheres no mercado da saúde. Apoio social em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e Níger* (pp. 75-107). Almedina.
- Banco Mundial. (2023). *Sub-Saharan Africa macro poverty outlook*. <https://thedocs.worldbank.org/em/doc/bae48ff2f5a869546775bf010735-0500062021/related/mpo-ssa.pdf>
- Barros, M. de. (2012). *A sociedade civil face ao processo de democratização e desenvolvimento na Guiné-Bissau (1991-2011)*. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/AfricanaStudia/article/view/7397/6780>
- Barros, M. de, et al. (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 Missira*.
- Benzinho, J., & Rosa, M. (2018). *Guia turístico: À descoberta da Guiné-Bissau*. Afectos com Letras - ONGD.
- Carvalho, C. (2000). A revitalização do poder tradicional e os regulados manjaco da Guiné-Bissau. *Etnográfica*, 4(1), 37-59.
- Carvalho, C. (2013). Introdução. In C. Carvalho (Org.), *Mulheres no mercado da saúde. Apoio social em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e Níger* (pp. 17-45). Almedina.
- Carvalho, C., & Afonso, A. (2019). Gênero e pluralismo terapêutico: O acesso das mulheres ao sistema de saúde não estatal em Guiné-Bissau, Angola e Moçambique. Dossier Pluralidades em saúde: Análises lusófonas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 21(2), 67-75. <http://hdl.handle.net/10071/20420>
- Chapman, R. R., & Pfeiffer, J. (2015). An anthropology of aid in Africa. *The Lancet*, 385(9983), 2144-2145.
- Einarsdóttir, J. (2005). *Tired of weeping: Mother love, child death, and poverty in Guinea-Bissau*. The University of Wisconsin Press.
- Fragile States Index. (2023). Country dashboard. <https://fragilestatesindex.org/country-data/>
- Galvão, L. S. (2023). *Concepção, gestação, parto e maternagem: Representações sociais numa sociedade africana: Um estudo de caso das Filhas de Cacheu da Guiné-Bissau*. Tese de doutoramento, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa, Portugal. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/32376>
- Handem, A. (2008). Análise institucional das organizações da sociedade civil na Guiné-Bissau. Projecto *No Na Tisi No Futuro*. Instituto Marquês de Villa Flôr (IMVF).
- Herrmann, A. F., & Adams, T. E. (2024). *Assessing Autoethnography*. Notes on analysis, evaluation, and craft. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003281771>
- INE (Instituto Nacional de Estatística). (2015). *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS5) 2014, Relatório Final*. Ministério da Economia e Finanças & Instituto Nacional de Estatística. <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2781/get-microdata>
- INE (Instituto Nacional de Estatística). (2020). *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final*. Ministério da Economia e Finanças & Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística. <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/relatorios/inqu%C3%A9rito-aos-indicadores-m%C3%BAltiplos-misc6>
- N'bundé, D. S. (2022). *Medicina tradicional em Guiné-Bissau: Conhecer, institucionalizar e integrar no Sistema Nacional de Saúde - Implicações na saúde pública*. Tese de doutorado,

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, Brasil.

Pereira, M. N. A. (2015). *Cosmovisão e biomedicina na Guiné-Bissau. Leituras à depressão*. Tese de doutoramento em Psicologia, Universidade Nova de Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/11144/1857>

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). (2022). *Human Development Report 2021/2022*. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf

Roque, S. (2011). *Um retrato da violência contra mulheres na Guiné-Bissau*. Governo da República da Guiné-Bissau e Gabinete Integrado de Consolidação da Paz das Nações Unidas na Guiné-Bissau.

Semedo, M. O. da C. S. (2010). *As mandjuandadi: Cantigas de mulher na Guiné-Bissau: Da tradição oral à literatura*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Letras, Belo Horizonte, Brasil.

UNFPA (United Nations Population Fund / Fundo das Nações Unidas para a População). (2022). *Vendo o invisível: Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. Relatório Situação da População Mundial 2022*. https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2022_

UNICEF (United Nations Children's Fund / Fundo das Nações Unidas para a Infância). (2015). *Situation analysis of children and women. Guinea-Bissau*. https://www.unicef.org/guineabissau/pt/media/696/file/An%C3%A1lise-da-situa%C3%A7%C3%A3o-de_crian%C3%A7as-e-mulheres-2015.pdf

UNICEF (United Nations Children's Fund / Fundo das Nações Unidas para a Infância). (2023). *Plano Estratégico Nacional de Educação Inclusiva 2022-2028*. <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/relatorios/plano-estrat%C3%A9gico-nacional-de-educ%C3%A7%C3%A3o-inclusiva-para-guin%C3%A9-bissau-2022-2028>

ANEXO

Mulheres de Bissau (MB) respondentes da entrevista dirigida na modalidade on-line

Entrevistadas	
1.	24 anos, mulher guineense, solteira, sem filhos, residente na Guiné-Bissau, estudante universitária e ativista para o Abandono das Práticas Nefastas.
2.	41 anos, guineense, socióloga, casada há nove anos, mãe de três filhos, técnica de reforço institucional de um projeto de cooperação para o desenvolvimento.
3.	29 anos, cidadã guineense, licenciada em Relações Públicas e Publicidade, com pós-graduação em Comunicação para o Desenvolvimento, profissional de comunicação.
4.	59 anos, mulher guineense, mãe, trabalhou em várias ONG de desenvolvimento e como jornalista.
5.	41 anos de idade, guineense, mestre em Comunicação e Tecnologias, jornalista. Membro da plataforma política das mulheres.
6.	46 anos, guineense, jornalista há 25 anos, reconhecida e premiada internacionalmente.
7.	42 anos, formada em Administração. Há 16 anos atua no setor social, é dirigente de uma ONG nacional e consultora.
8.	42 anos, brasileira, cidadã guineense, operadora de direito e consultora de projetos.
9.	36 anos, guineense, mãe de duas crianças, licenciada em Relações Internacionais e pós-graduada em Estratégia.
10.	37 anos, natural da Guiné-Bissau, vive em Portugal. É mestre e doutoranda, ativista dos direitos das mulheres.
11.	31 anos, nascida e criada no Brasil, psicóloga, casada com guineense, mãe de três crianças. No final de 2019 mudaram-se para a Guiné-Bissau, com um filho de dois anos e uma gestação de sete meses em curso.
12.	52 anos de idade, guineense, casada, mãe de uma criança, licenciada em Relações Internacionais com especialização na área econômica. Diretora executiva de uma associação voltada ao planejamento familiar.
13.	36 anos, missionária católica brasileira, enfermeira. Atualmente gestora de um projeto que acolhe gestantes em situação de risco em diversos pontos do país e diretora de uma casa de acolhimento (abrigo) de crianças.
14.	60 anos, guineense, jurista de formação e consultora internacional. Atua na área dos direitos humanos, mais concretamente sobre mulheres e crianças.

Fonte: as autoras (2022)