



Instituto Superior de Economia e Gestão  
UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

# Mutualidades de Saúde: um caminho para o empoderamento feminino – o caso das associações de mulheres na Guiné-Bissau

Trabalho final de Mestrado em  
Desenvolvimento e Cooperação Internacional 2011

Jerusa Costa

Trabalho orientado por:  
Prof. Doutora Sara Falcão Casaca

## Índice

1. Introdução	03
Opções metodológicas	05
2. Enquadramento da problemática	06
2.1) O empoderamento feminino no centro dos pressupostos para a cooperação e desenvolvimento	06
2.2) Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio	10
2.3) O movimento mutualista no contexto de acção de internacional para a cooperação e o desenvolvimento	11
3. O caso da Guiné-Bissau	13
3.1) A situação das mulheres na Guiné-Bissau	14
3.1.1) As mulheres e a Saúde na Guiné-Bissau	15
3.2) O papel das mutualidades	17
3.2.1) Projectos em curso	20
3.2.2) A capacitação e o empoderamento feminino por via da promoção da saúde, da educação e do emprego	23
4. Conclusões	24
5. Referências Bibliográficas	26
6. Notas	30
7. Anexos	33

## Introdução

O fraco acesso a cuidados de saúde em contextos de subdesenvolvimento reflecte (e agrava) a condição de pobreza. Actualmente, cerca de metade da população mundial encontra-se em situação de exclusão no que respeita ao acesso a cuidados básicos de saúde, sendo os segmentos populacionais mais afectados e vulneráveis aos riscos de doença, as populações rurais e o sector informal urbano. Embora esta situação traduza a vulnerabilidade da generalidade da população destes contextos, é de maior incidência no ciclo de vida das mulheres. As estratégias internacionais e nacionais de promoção da igualdade de género e empoderamento feminino têm vindo progressivamente a investir na melhoria de condições de vida das mulheres, designadamente ao nível da saúde e da educação para a saúde, por via também do incentivo à sua autonomização económica no seio familiar.

A privação ou exclusão de cuidados de saúde prende-se com a redução de orçamentos nos sectores da saúde e apoio social, a falta de eficiência na utilização de recursos, a insuficiência e débil oferta de cuidados, o peso das práticas tradicionais e o saber tradicional étnico-cultural das populações. A escassez de recursos e a insuficiência e/ou desresponsabilização dos Estados na prestação destes apoios e serviços têm remetido essa responsabilidade para os sectores privados e associativo. Neste âmbito, as autoridades dos países, as ONG e os doadores/financiadores internacionais têm acordado a constituição de mutualidades de saúde, vendo nelas um instrumento da extensão da protecção social, uma alternativa ao financiamento da saúde pelo poder central para a prestação de serviços básicos de saúde. A constituição destas mutualidades assume, assim, particular relevância no percurso de desenvolvimento dos países visados. Importa-nos aqui sobretudo reflectir sobre o respectivo contributo para o empoderamento feminino no contexto guineense.

Esta dissertação decorre do trabalho realizado no âmbito da iniciativa de “Cooperação para o Desenvolvimento” promovida pela Fundação Calouste Gulbenkian iniciada em 2009, cujo objectivo é o financiamento de projectos de cooperação para o desenvolvimento em Timor e nos PALOP. Decorre ainda do estabelecimento de um acordo de parceria com o Centro de Estudos sobre África e do Desenvolvimento do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, no âmbito do mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional, e que compreende a atribuição de uma bolsa para a realização de pesquisa no terreno inerente à elaboração do presente trabalho, desenvolvido no âmbito do trabalho de avaliação. Inserido no âmbito do estudo sobre a condição da mulher no domínio específico da saúde, os objectivos deste trabalho são:

- 1) Proceder a um enquadramento da situação da mulher em contexto guineense, focando as suas condições de saúde e de saúde materna.

Para tal, pretende-se observar alguns indicadores que permitem ilustrar a situação nestes domínios, assim como dar conta das iniciativas internacionais desenvolvidas no sentido de atenuar as situações de privação e exclusão. Por isso, esta análise terá de ser elaborada num quadro de definição de políticas e estratégias globais de combate à pobreza e promoção da igualdade de género, como é o caso dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) 3 – Promover a igualdade de género e capacitar as mulheres, e 5 – Melhorar a saúde materna estabelecidas nos ODM – dois objectivos essenciais para a promoção e alcance do desenvolvimento.

- 2) Analisar o processo mutualista na Guiné-Bissau no domínio da saúde e a respectiva influência no processo de capacitação e de empoderamento feminino.

É nosso propósito desenvolver uma abordagem sobre o impulsionamento do movimento mutualista como uma forma alternativa de prestação de cuidados sociais. Será realizada uma análise e caracterização das iniciativas, acções e programas desenvolvidos e levados a cabo pelas agências internacionais que desencadearam o movimento mutualista no contexto africano, em prol da melhoria das condições de saúde das populações, do combate à pobreza e da defesa dos direitos humanos. Estes são factores de análise importantes no contexto guineense, uma vez que o movimento mutualista se tem vindo a desenvolver essencialmente no seio das associações comunitárias formadas por mulheres, apelando à co-responsabilização comunitária e ao auto-financiamento das mutualidades de saúde. Será, portanto, importante ter presente o papel da mulher na sociedade guineense e a influência da constituição das mutualidades na modernização das relações de género, seja por via da capacitação feminina (empoderamento) ao nível da educação e empregabilidade, seja porque os homens passam a ter um papel mais activo e interactivo na saúde e nos cuidados prestados às crianças (membros beneficiárias directos do sistema de protecção mutualista enquanto membros dependentes do agregado familiar).

O presente trabalho pretende, assim, seguir uma abordagem macro estruturante que respeita ao contexto de surgimento do movimento mutualista, na óptica das recomendações internacionais que apontam para a constituição de mutualidades sociais/comunitárias enquanto uma forma de promoção e acesso a cuidados de saúde, utilizando como ilustração o caso prático da Guiné-Bissau. Neste âmbito a análise recai sobre as dinâmicas micro sociais, a constituição de associações de mulheres e respectivos trajectos na busca de formas alternativas e informais de acesso a cuidados básicos de saúde com o apoio de ONG e parceiros externos.

## Opções Metodológicas

De acordo com os objectivos referidos, optou-se por uma metodologia que conjuga vários procedimentos. Numa primeira fase, privilegiou-se a pesquisa bibliográfica temática de modo a elaborar um enquadramento teórico do fenómeno, reunindo, assim, as condições necessárias à explicação do seu surgimento e evolução, também no quadro estratégico de acção e definição do papel das agências de cooperação internacional promotoras de desenvolvimento. Simultaneamente, procedeu-se à análise de documentos, de indicadores estatísticos a partir das bases de dados institucionais. Neste caso, o objectivo foi fazer um levantamento de aspectos como: a) a situação da população mundial no domínio da saúde; b) questões de género na sociedade guineense associadas à saúde, nomeadamente o papel da mulher na saúde, estatísticas de nascimentos, distribuição da população mediante o sexo, registo de consultas no âmbito da saúde reprodutiva e materno-infantil, registo de consultas pediatria; c) a situação da saúde na Guiné-Bissau, entre outros, recolhidos a partir de fontes oficiais, e respectiva análise no sentido de enquadrar e mapear aos obstáculos e potencialidades de desenvolvimento do fenómeno ao estudo.

Seguiu-se o trabalho de campo com observação directa e realização de entrevistas semi-estruturadas em profundidade, sendo um dos procedimentos metodológicos essenciais a recolha de informação testemunhal, por via também da aplicação de entrevistas biográficas a mulheres pertencentes aos agrupamentos/tabancas, onde estão a ser implementadas as mutualidades comunitárias de saúde (beneficiárias directas e principais interventoras/percussoras na constituição destas estruturas). Esta fase implicou a deslocação à Guiné-Bissau durante um mês e meio para pesquisa e recolha de informação em diversos sectores<sup>1</sup> das regiões de São Domingos e Quínara, assim como a elaboração de trabalho de observação das actividades *in loco*, junto das associações de mulheres, das comunidades e ONG cooperantes, abordando estruturas formais e informais, instituições oficiais e governamentais.

Um dos maiores obstáculos que se colocaram à recolha de informação teve a ver com a inexistência e cedência de dados que se verifica no país. O trabalho de registo e tratamento de dados, ou informação em geral, não é uma prática regular ou instituída formalmente/oficiosamente ao nível institucional e organizacional, o que constitui um dos principais entraves ao próprio desenvolvimento do país.

Para além de, ao nível estrutural/institucional, as metodologias de registo e tratamento de informação e indicadores sobre a população guineense se verificarem deficientes e pouco confiáveis, elas são-no por influência de diversos factores de caracterização do próprio país: a) os factores geográficos (o raio de abrangência um pouco limitado, ou seja, a localização geográfica das populações/comunidades, na maioria de distribuição

dispersa e em muitos casos, em situação de difícil acesso e isolamento); b) inadequabilidade dos recursos disponíveis (falta de métodos e técnicas especializadas e adequadas ao trabalho de recolha, tratamento e catalogação de informação referente à população); c) falta de sensibilização e formação dos agentes para a essencialidade e mais-valias das práticas de registo; d) dificuldades ao nível da mobilidade e acesso aos serviços centralizados nas “sedes” regionais do país; e) fraca rede de transportes e vias de comunicação degradadas o que dificulta o acesso às populações e destas aos centros “urbanos”, onde se concentram a maioria dos serviços. As representações, quer das instituições formais, quer das estruturas da sociedade civil (sobretudo ao nível do associativismo e ao nível das ONG locais), no que concerne aos registos de informação<sup>2</sup> são ainda desvalorizadas. Os registos das actividades definidas (e respectivo planeamento), da implementação dos programas, e dos resultados obtidos com vista à sua avaliação, são pensados na óptica de acompanhamento do ciclo de vida do programa, negligenciando a sua utilização no aperfeiçoamento de métodos de trabalho para o futuro e construção de novas intervenções com base em experiências passadas.

A elaboração deste trabalho pressupõe a análise do processo de constituição das mutualidades de saúde e respectivos trajectos e intervenientes, pelo que a falta de informação constitui um obstáculo, interpõe-se como uma dificuldade na tentativa de enquadramento do percurso deste fenómeno. Mesmo assim, procuramos aqui analisar toda a informação recolhida e reflectir sobre os resultados da pesquisa, designadamente sobre o papel fundamental da ajuda internacional aos países em desenvolvimento, em particular por via do investimento na saúde e a capacitação das mulheres.

## **II. Enquadramento da problemática**

### **2.1) O empoderamento feminino no centro dos pressupostos para a cooperação e desenvolvimento**

O desenvolvimento deste trabalho implica um enquadramento da problemática em estudo. Um dos seus temas centrais refere-se à integração do *empoderamento feminino* nas abordagens e programas de promoção de desenvolvimento.

A integração da actual perspectiva de género na definição de programas e estratégias globais de desenvolvimento tem sido fortemente contribuída por diversas acções e movimentos globais desde há algumas décadas, cujas perspectivas servem à introdução e alargamento do debate político internacional às diversas fases de evolução da situação da mulher nas sociedades. Os movimentos feministas, sobretudo desde a década de 1970 começaram por objectivar a igualdade entre homens e

mulheres por via da igualdade de estatuto, pelo avanço da legislação, das políticas e medidas formais que permitissem o acesso das mulheres à vida pública (Reeves e Baden:2000;10). No final da década, e partindo da situação de subordinação das mulheres ao nível das relações de poder e relações de género, alargou-se o debate político para o desenvolvimento humano, sustentável e equitativo. Passou a integrar factores, cuja tónica incide, sobretudo, na necessidade de esbatimento das disparidades entre homens na definição de políticas e programas de desenvolvimento (Cruz:1999). As estratégias promovidas na década de 1970, de integração da mulher no desenvolvimento pelo estabelecimento de programas específicos, sofreram poucos avanços ao nível da acção institucional ao longo da década de 1980. Verificou-se então necessário incidir sobre a mudança institucional no sentido de esbater a supremacia masculina ao nível do investimento para o desenvolvimento.

A adopção do *gender mainstreaming*, enquanto estratégia para a igualdade de género, assumiu relevo em todos os domínios do desenvolvimento, em todos os sectores de actividade e, sobretudo, no processo de planeamento e definição estratégica, alargando a toda a estrutura organizacional a responsabilidade de implementação de uma política de género (Baden e Reeves:2000).

A integração da perspectiva de género nas estratégias de promoção de desenvolvimento remete o debate para a *igualdade de género* que parte da equivalência de rendimentos entre homens e mulheres, reconhecendo a diferenciação de necessidades e interesses, e requerendo uma redistribuição de poder, recursos e tratamento. Esta diferenciação deve ser considerada na redefinição de políticas, estratégias e programas de desenvolvimento, sobretudo ao nível dos impactos nas relações de género. O *género* refere-se a um conjunto de “normas socialmente construídas, comportamentos socialmente adquiridos e expectativas associadas aos homens e mulheres”, cuja diferenciação de actividades e direitos, recursos e poder estão associadas às diferenças biológicas (consoante o tipo de sociedade). Falar em *igualdade de género* é falar na igualdade nos termos da lei, e ao nível de recursos, oportunidades, poder e capacidade de influenciar o processo de desenvolvimento, mediante interesses, preferências e objectivos individuais, e papel a desempenhar (Banco Mundial:2001).

Os anos de 1990 foram decisivos para a consideração da situação das mulheres e a dimensão da igualdade, questões que ganharam centralidade nas agendas políticas e preocupações da comunidade internacional relativamente aos desafios globais – discussão sobre os problemas globais em associação à problemática feminina e da igualdade e à sua solução (sobretudo ao nível do impacto de género, considerando a situação e o contributo das mulheres e dos homens, individualmente). A visibilidade deste novo paradigma emerge das grandes conferências mundiais promovidas pelas

Nações Unidas (NU)), cuja importância se verifica pela inovação dos novos focos de reflexão e estratégias/planos de acção adoptados pela comunidade internacional.

Em 1995 realizou-se em Pequim a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, organizada no âmbito das Nações Unidas, onde ficou reconhecida a importância da temática que incide sobre *a pobreza nas mulheres*. Após a avaliação aos progressos desde o México<sup>3</sup> e identificação de dificuldades, adoptou-se a *Plataforma de Acção de Pequim*, novo programa de acção que passa a encarar as questões relativas aos direitos das mulheres e à igualdade de género (à luz da protecção e da promoção dos direitos humanos fundamentais), e a eliminação de todas as formas de discriminação e de violência contra as mulheres (tal como já havia sido proclamada em sede da *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)*, adoptada em assembleia geral das Nações Unidas em 1979). Numa perspectiva de igualdade e de direitos humanos, foram identificadas as áreas críticas<sup>4</sup> para as mulheres que, embora não se revelem todas universalmente urgentes, se apresentam de particular incidência a Sul do globo – questões da pobreza e acesso à educação e a cuidados de saúde. A *Plataforma de Acção* é, assim, um documento programático complementar ao quadro normativo plasmado no quadro da CEDAW, sendo ambos fundamentais para as políticas da igualdade de género e o respectivo quadro de referência, constituindo-se como um consenso universal da comunidade internacional sobre a igualdade de homens e mulheres.

A feminização da pobreza traduz o agravamento da situação da mulher no que respeita à sua participação na actividade económica. Este é um objectivo que tem sido investido por parte do poder político e ONG internacionais no âmbito da *Plataforma de Acção de Pequim*, cujas estratégias visam o empoderamento feminino pela promoção do bem-estar em diversas áreas: educação, saúde, habitação, empregabilidade, recursos económicos, protecção social, família, segurança e participação social (Pereirinha *et al*: 2008). A privação do acesso das mulheres a estes domínios é um indicador da situação de pobreza feminina, uma vez que atenta, além da ausência/insuficiência de recursos económicos, a recursos de outros domínios a que têm ou não acesso. Esta situação é influenciada pelas disparidades de género que tendem a ser mais incisivas em camadas populacionais desfavorecidas, sobretudo no que respeita à educação e à saúde, mortalidade infantil e à participação e reconhecimento social e político, da mesma forma que a pobreza tende a afectar em maior profundidade e severidade as mulheres (Banco Mundial:2001). O actual debate sobre o desenvolvimento e a redução da pobreza é indissociável da problemática da desigualdade de género, ainda fortemente visível na maioria dos países do Mundo. Por outro lado, a própria situação de desigualdade constitui-se com um entrave ao processo de desenvolvimento das comunidades (Banco Mundial:2001).



A problemática da situação da mulher perante a saúde, sobretudo a saúde materna, tem vindo a ser alvo de discussão, definição de medidas e recomendações no quadro jurídico e das políticas nacionais, efectivados pela carta de Direitos Humanos no que respeita aos Direitos Sexuais e Reprodutivos e pela evolução dos parâmetros de abordagem aos factores de desenvolvimento, como já referido. O *The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives*<sup>5</sup> pretende prestar contributo para a melhoria da situação da mulher perante a saúde materna e reprodutiva e na definição de estratégias e implementação de medidas ao nível das áreas críticas para o alcance dos ODM (tópico que desenvolveremos seguidamente).

O aumento do acesso a cuidados obstétricos de qualidade tornou-se um dos principais focos do esforço global na atribuição do direito de cada mulher a ter acesso a cuidados de saúde de qualidade durante a gravidez e o parto. É da responsabilidade dos Governos investir em programas que reduzam a mortalidade materna e à nascença e morbilidade<sup>6</sup>, de maior incidência em países em desenvolvimento (UNPFA:2011).

O alcance efectivo da igualdade de género implica a existência de um ambiente institucional favorável e políticas transversais. Os estudos desenvolvidos pelo Banco Mundial nas últimas décadas apontam para a necessidade de investimento na capacitação e empoderamento das mulheres, um dos principais meios de promoção de desenvolvimento. Daí que atribua aos Estados, às organizações da sociedade civil e à própria comunidade internacional um papel de destaque nesse processo, por via do aperfeiçoamento da política com base em abordagens de género, de resposta aos desafios emergentes e de construção e alargamento de parcerias (Banco Mundial:2001).

A definição de estratégias a implementar em países em desenvolvimento tem vindo a evidenciar a necessidade de empoderamento feminino com vista à satisfação de necessidades básicas. A entrada no século XXI, a par com os ODM, conferiu-lhe centralidade. O empoderamento refere-se à aquisição e desenvolvimento de capacidades para tomar decisões, conduzir livremente a própria vida, para adaptar-se às oportunidades de melhoria das condições de vida, para ter voz activa na família e na comunidade (Reeves e Baden:2000). Como sublinha Schalkwyk (2000:4) "*Empowerment is about people – both women and men – taking control of their lives: setting their own agendas, gaining skills, building self-confidence, solving problems, and developing self-reliance....*". O empoderamento social, orientado sobretudo para as mulheres, influencia a mudança ao nível das relações de poder e fortalece o seu sentimento de auto-confiança para a participação efectiva e activa na vida sociocultural das comunidades (Friedman:1999). A acção das instituições e agências internacionais de cooperação tem vindo a investir na implementação de programas que permitam às mulheres desenvolver meios de auto-suficiência e tomar as suas próprias decisões (Schalkwyk:2000).

## 2.2) Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

A Declaração do Milénio, assinada em 2000,<sup>7</sup> deu início a um processo de cooperação global e integração das questões relativas ao Desenvolvimento nas agendas políticas dos países. Dado o âmbito deste trabalho, o enquadramento de estratégias e programas de desenvolvimento focam a progressão da situação da mulher à luz de dois dos 8 objectivos estabelecidos, os objectivos 3 e 5.

A definição do **Objectivo 3 - Promover a igualdade de género e empoderar as mulheres** partiu da crescente consciência da centralidade do papel da mulher na promoção e alcance de desenvolvimento.

A promoção da escolarização feminina é o principal foco de investimento e atenção na definição de estratégias internacionais e políticas nacionais para a promoção de desenvolvimento no âmbito deste objectivo. Visa-se ainda o empoderamento feminino ao nível das capacidades humanas (saúde, educação e nutrição); acesso a recursos, oportunidades e empregabilidade (activos económicos e reconhecimento social); segurança (vulnerabilidade e direitos humanos); incentivo ao empreendedorismo e a capacidade de gestão, sobretudo nas zonas rurais.

As mulheres continuam sujeitas a várias formas de discriminação, constituindo maiorias na mão-de-obra no sector agrícola, em actividades não ou mal remuneradas na economia informal, o que fortalece a feminização da pobreza extrema, vulnerabilidade e exclusão social.

É necessário definir estratégias e políticas nacionais que considerem a situação da mulher nas comunidades, e contribuam para esbater as desigualdades de género<sup>8</sup>.

O **Objectivo 5 – Promover a saúde materna** prevê a redução da mortalidade materna em 75% até 2015. Os contextos em desenvolvimento caracterizam-se por elevadas taxas de natalidade, pela precariedade e deterioração das condições dos serviços de saúde, sujeitando a maternidade a elevados riscos de mortalidade. Os óbitos são causados, na sua maioria, por complicações durante a gravidez, o parto e pós-parto (até seis semanas), e por exposição a infecções, doenças (HIV/SIDA, malária e outras) ou invalidez (DENARP:2003). As elevadas taxas de natalidade dos países em desenvolvimento sofrem influência da maternidade na adolescência<sup>9</sup> – aumenta o risco de morte durante o parto, e impacta no acesso a condições de bem-estar das adolescentes e crianças.

Aqui se enquadra a necessidade de melhoria das condições e cuidados de saúde dos países em desenvolvimento, sobretudo no âmbito da saúde materna e reprodutiva, pela definição de programas e políticas individuais que promovam a adopção de medidas como: o acesso a planeamento familiar; a qualidade e monitorização da saúde materna e reprodutiva; prevenção e transmissão de doenças (HIV/SIDA) e tratamento

antiviral; acesso a profissionais especializados; cuidados de emergência básicos (obstetrícia e parto).

Os compromissos assumidos no estabelecimento de estratégias de combate à pobreza (por via dos ODM) abrem caminho para a implementação e integração das suas medidas nas agendas políticas do Consenso do Cairo. O acesso universal à saúde reprodutiva<sup>10</sup> é uma condição essencial para cumprir os ODM na sua generalidade.

### 2.3) O movimento mutualista no contexto de acção de internacional para a cooperação e o desenvolvimento

Antecipando as iniciativas e compromissos políticos dos anos 1990<sup>11</sup>, a iniciativa de Bamakó<sup>12</sup> instituiu o princípio de contribuição das comunidades no custo da saúde dada a sua não gratuitidade. A evolução política dos países africanos abriu caminho à emergência do movimento mutualista pela definição de programas de ajustamento estrutural que introduziram reformas económicas e institucionais, e tendem a transferir para os sectores privado e associativo a prestação de serviços.

A desresponsabilização dos Estados no financiamento da saúde, e a aplicação de uma lógica de recuperação dos custos, de descentralização e da participação comunitária na gestão dos serviços de saúde, resultam dessas sucessivas reformas, sobretudo no sector da saúde.

No final da década de 1990 a Organização Internacional do Trabalho (OIT), coligada com grandes parceiros internacionais para o desenvolvimento, deram início a uma plataforma de apoio ao movimento mutualista na África Ocidental e Central – Plataforma de Abijan<sup>13</sup>. Nela se reúnem ideias e princípios basilares para a definição de estratégias e metodologias eficazes e coerentes de intervenção.

As mutualidades assumem-se como resposta às necessidades de protecção social das populações. Partindo dos seguintes factores: a) situação de exclusão da população relativamente aos domínios da saúde; b) situação de pobreza e vulnerabilidade ao risco de doença que se vive no continente; c) degradação das condições socioeconómicas das populações; d) e degradação dos Estados.

As mutualidades desenvolvem-se fora de um quadro legal e legislativo apropriado para a regência destas estruturas e foi nesse sentido que a OIT, em parceria com os Ministérios competentes dos países membro da UEMOA, prestou apoio técnico, para a elaboração de um quadro legislativo.

Em 2001, na Conferência Internacional do Trabalho (CIT), emergiu um novo consenso<sup>14</sup> no domínio da segurança social que estabeleceu a priorização da concepção de

políticas e iniciativas benéficas à segurança social em situações não cobertas pelos sistemas em vigor. Foram vários os programas desenvolvidos por actores externos e do âmbito do movimento mutualista para o apoio técnico e financeiro às mutualidades: constituição, organização, regulamentação, financiamento, integração nas estratégias de desenvolvimento nacionais.

Decorrida da CIT, a OIT lançou em 2003 a “Campanha Mundial sobre Segurança Social e Cobertura Para Todos”, potenciando o desenvolvimento de um número considerável de sistemas de protecção criados por agências externas<sup>15</sup>, sobretudo a constituição das mutualidades de saúde. É no âmbito desta campanha que a OIT desenvolve o programa global Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza (STEP), cuja intervenção se pretende em dois domínios temáticos interdependentes: extensão da protecção social e acessibilidade integrada de inclusão social. Simultaneamente, incide na compreensão do fenómeno para reforço no plano metodológico e estratégico das iniciativas desenvolvidas (exercendo a articulação entre os níveis locais e nacionais e contribuindo para o trabalho e agendas internacionais).

A emergência das mutualidades de saúde em África é um movimento recente e em rápido desenvolvimento, apesar da ainda fragilidade, sobretudo ao nível das competências de gestão necessárias que possibilitam o acompanhamento e avaliação.

Principalmente no seio da União Económica e Monetária da África Oeste (UEMOA)<sup>16</sup> a emergência deste movimento é essencial dada a maioria da população dos países membro<sup>17</sup>, sobretudo no sector informal e rural, se encontrar em situação de exclusão social e de privação de cuidados básicos de saúde. Face ao contexto desfavorável destes países<sup>18</sup> as mutualidades asseguram sistemas de protecção social, e são reconhecidas pela melhoria da política de recuperação de custos e promoção de sistemas equitativos de acesso à saúde.

A definição em 1990 da iniciativa de cooperação Inovações para o Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul (IDEASS)<sup>19</sup>, estabelece a coligação entre actores nacionais e internacionais apoiantes das mutualidades de saúde, com vista à melhoria da qualidade e acesso a cuidados de saúde. Os seus objectivos incidem no fortalecimento da eficácia de programas de desenvolvimento local, recorrendo (e difundindo) à inovação em diversos domínios de desenvolvimento. Pretende ainda ajustar a sua acção de modo a criar oportunidades de cooperação Sul-Sul-Norte.

E, no sentido de conjugar as várias potencialidades na promoção do mutualismo, aplicou-se a “Concertação entre os actores no desenvolvimento das mutualidades de saúde na África Ocidental e Central”. A intervenção dos actores internacionais requer uma base sólida de acção, partilha de experiências, conhecimentos e competências, necessária à coordenação eficaz com a acção de actores nacionais.

### III. O caso da Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau é um dos países mais pobres do mundo. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano global de 0,289% e ocupa o 164 lugar num total de 169 países. Regista uma taxa de crescimento populacional anual de cerca de 2,3% e uma esperança média de vida da população guineense que ronda os 48 anos (UNDP:2011;Tabela1).

A pobreza é predominante nas zonas rurais onde se concentra cerca de 70% da população (ILAP2:2011). Segundo o Inquérito Ligeiro de Avaliação da Pobreza de 2011 (ILAP2), cerca de 69,3% da população vive em situação de pobreza (menos de 2USD/dia), 33% em situação de pobreza extrema (menos de 1USD/dia), condição que afecta sobretudo as mulheres e crianças, vulnerabilizando-as nos domínios da educação, empregabilidade e saúde.

O sector da educação é um sector nevrálgico no contexto do país, dada a debilidade dos recursos existentes e cada vez menor investimento do Estado. Cerca de 48,6% da população adulta é analfabeta (ILAP2:2011)<sup>20</sup>. É referido pelo Governo como sendo um dos sectores prioritários, a incluir nas políticas e estratégias de desenvolvimento do país.

Quanto à empregabilidade, cerca de 66,9% da população é activa, dos quais, cerca de 53% vive abaixo do limiar de pobreza extrema (PNUD:2011;Tabela12). A estrutura económica é pouco diversificada, concentrando no sector agrícola (72,4% da população) a maioria da população activa ocupada (65,1%), e onde se desenvolvem as economias familiares (que são de subsistência (ILAP2:2011).

Outro sector referido como prioritário pelo Governo guineense é o da saúde. No Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde (PNDS 2003) foi feito um diagnóstico da situação sanitária da Guiné-Bissau, cujos indicadores se verificaram estar abaixo da média da África-Subsariana<sup>21</sup>. A taxa de mortalidade incide maioritariamente nas mulheres e nas crianças. Segundo os dados para os anos de 1997-1998, registaram-se cerca de 2.600 óbitos no serviço de pediatria do Hospital Simão Mendes, num total de 16.298 internamentos, cuja principal causa de morte é a incidência de paludismo (44% dos óbitos) – com repercussões imediatas ao nível do absentismo escolar e produtividade. Registaram-se óbitos devido a outras doenças como diarreias, doenças respiratórias, complicações na gravidez e parto, e HIV/SIDA.

Uma das medidas adoptadas pelo PNDS segue as recomendações de Bamakó, estabelecendo o Plano Alargado de Vacinação (PAV), cujas campanhas de vacinação têm servido para o aumento da cobertura vacinal.

O fraco acesso a medicamentos essenciais continua a ser um problema de saúde pública, influenciado por factores como: frequente ruptura de *stocks* nacionais; a proliferação de postos de venda ilegais de medicamentos não certificados, viciados ou provenientes de circuitos paralelos; falta de recursos financeiros nas comunidades para aquisição de medicamentos em acções conjuntas.

### 3.1) A situação das mulheres na Guiné-Bissau

A situação das mulheres na Guiné-Bissau, na generalidade, é de grande vulnerabilidade; as características culturais e populacionais do país tendem a remetê-las para uma situação de exclusão e privação ao nível dos bens essenciais - saúde, educação, emprego e autonomia a nível da gestão financeira dos rendimentos. As normas sociais e costumes influenciam especificamente a (des)igualdade com base no género, assim como a classe social, a etnia e a religião. As estruturas familiares tradicionais, chefiadas por homens, submetem as mulheres a um papel secundário na vida das comunidades, circunscrevendo o seu quotidiano à gestão doméstica, educação e cuidado com as crianças; responsabilização pela execução das actividades económicas de subsistência no sector agrícola e das pescas (sobretudo, devido ao êxodo rural e ao fenómeno migratório dos jovens para o exterior). Contudo, e segundo dados do ILAP2, são os cerca de 23,1% de agregados familiares chefiados por mulheres, os menos expostos à situação de debilidade das condições de vida.

Como se fez referência, a Guiné-Bissau regista uma taxa de analfabetismo elevada, que compreende praticamente metade da população; as mulheres perfazem 62% do total de analfabetos/as. Embora a taxa líquida de escolarização por região, sexo e índice de paridade na faixa etária dos 7 aos 12 anos tenha vindo a aumentar (cerca de 36,3% para as raparigas) o investimento na educação feminina está ainda longe de ser acessível e equitativo (ILAP2). É de salientar o reforço da igualdade de género por via das reformas políticas e ao nível da regulamentação jurídica incidente sobre práticas de cariz cultural, contudo discriminatórias, e que atentam à defesa dos Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos da mulher, como a Mutilação Genital Feminina, prática com elevada incidência na Guiné-Bissau.

As mulheres demonstram uma forte capacidade associativa e empreendedora, sendo através do reforço das suas competências que se conseguirá gerar maior crescimento económico e criar novas estruturas que servem ao desenvolvimento e melhoria das suas condições de vida e bem-estar. No âmbito do trabalho de observação no terreno foi permitido confirmar este argumento. O apoio que tem sido prestado, sobretudo por ONG internacionais que actuam no domínio do incremento financeiro das actividades económicas, tem produzido efeitos no aumento de rendimentos por via da criação de

auto-emprego e diversificação das actividades económicas desenvolvidas. A sua intervenção pretende incrementar a acção que já vem sendo desenvolvida no seio das estruturas associativas femininas, recorrendo a práticas tradicionais de financiamento, atribuindo-lhes ferramentas de gestão de fundos e organização das actividades geradoras de rendimento.

A capacitação das mulheres nestes domínios tem servido à melhoria das condições de vida das comunidades, sobretudo no que respeita ao acesso a bens essenciais que vão além da segurança alimentar – investimento na criação de estruturas de saúde, educação e protecção social, alternativas às (não) providenciadas pelo Estado.

É de salientar o reforço da igualdade de género por via das reformas políticas e ao nível da regulamentação jurídica incidente sobre práticas de cariz cultural, contudo discriminatórias, e que atentam à defesa dos Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos da mulher, como a Mutilação Genital Feminina, prática com elevada incidência na Guiné-Bissau.

As mutualidades comunitárias de saúde constituem-se um dos principais focos de investimento externo, cujo apoio é prestado na combinação destas competências – a responsabilização das populações pelo co-financiamento e manutenção destas estruturas, incentiva a capacitação feminina para a criação de auto-emprego e desempenho de funções de gestão de rendimentos.

### 3.1.1) As Mulheres e a Saúde na Guiné-Bissau

A real situação do sector da saúde na Guiné-Bissau é desconhecida dada a inexistência/insuficiência de indicadores adequados à sua caracterização (consequência do período de conflito político de 1998). Segundo o Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau (MINSAP)<sup>22</sup>, os serviços de saúde estruturam-se de forma descentralizada – Direcções Regionais de Saúde autónomas ao serviço nacional – e são penalizados pela falta/ má distribuição de recursos humanos qualificados<sup>23</sup>, ruptura de *stocks* de medicamentos essenciais e incapacidade do sistema na implementação das políticas e planos nacionais de promoção e acesso à saúde. As condições de precariedade dos serviços, a situação de degradação das infra-estruturas de saúde e a falta de equipamentos influenciam a decrescente desmotivação profissional e a falta de confiança das populações na eficácia deste sistema. Isso reflecte-se na fraca utilização dos serviços nacionais, levando as populações a recorrer às práticas tradicionais de saúde, em muitos casos, ainda soberanas, e características do contexto em questão.

O aumento da natalidade<sup>24</sup> nas zonas rurais impacta no aumento de mulheres chefes de família e respectivas responsabilidades implícitas à função, o que tende a agravar a

feminização da pobreza e produzir fortes impactos no domínio da saúde – deterioração das condições de saúde reprodutiva e materno-infantil.

O Documento de Estratégia Nacional de Luta contra a Pobreza (DENARP 2003) identificou taxas elevadas de mortalidade infantil e mortalidade materna, cujas principais causas de morte se devem a complicações obstétricas mediante a falta de recursos, e as práticas tradicionais de saúde e costumes que são ainda imperativas no país.

A taxa de mortalidade infantil é elevada, contudo registou uma descida entre os anos de 1990-1999, de cerca de 142/1000 para 124/1000, respectivamente. Os últimos dados são relativos a 2008 e registam uma taxa de cerca de 117/1000 (UNDP:2011;Tabela14). Para o mesmo período (1990-1999), a mortalidade das crianças com idade inferior a 5 anos de idade<sup>25</sup> também diminuiu de cerca de 246/1000 para cerca de 203/1000, cujas principais causas de morte são a má nutrição e elevada incidência de paludismo (DENARP:2003).

A mortalidade materna tem vindo a diminuir, segundo as estimativas, de 914/100.000 nados vivos (1990) para cerca de 700/100.000 (2003). Contudo, os dados diferem para os resultados dos Inquéritos do Grupo dos Indicadores Múltiplos (MICS, 2000) que, recorrendo a metodologia diferente, obtém 348/100.000<sup>26</sup>. Os últimos dados do PNUD apontam para um rácio de mortalidade materna de 1100/100.000 em 2008 (PNUD:2011;Tabela4), cujas principais causas de morte são complicações obstétricas diversas (no seu total, cerca de 92% dos óbitos)<sup>27</sup>.

Segundo as estimativas do Plano Nacional de Luta contra a SIDA (PNLS 2001), a taxa de prevalência do VIH1 e do VIH2 rondam os 4% (entre os adultos) e os 2,7%, respectivamente (DENARP:2003). Os últimos dados do PNUD registam uma taxa de prevalência do VIH de cerca de 1,8% para o total da população, dos quais 1,2% é incidente nas mulheres.

O DENARP identifica grandes carências ao nível do acesso a infra-estruturas de saúde<sup>28</sup> em determinadas zonas, remetendo para a centralização da prestação de serviços médicos no hospital da capital e hospitais regionais. O acesso aos cuidados completos de saúde reprodutiva é ainda muito fraco, conduzindo à falta de confiança no Estado enquanto prestador de serviço, sendo este papel desempenhado largamente pelas ONG na criação de alternativas – constituição de mutualidades de saúde.



### 3.2) O papel das mutualidades

O movimento mutualista assumiu-se como uma forma de organização colectiva civil para, numa lógica não lucrativa, atender à vulnerabilidade a que passaram a estar sujeitos, sobretudo, os segmentos da população mais desfavorecidos.

Grande parte da população mundial<sup>29</sup> encontra-se em situação de exclusão do sistema de protecção social e do acesso a cuidados básicos de saúde, o que ocorre no contexto africano, onde a verificação da exclusão social é uma condição que amplia (e reflecte) a situação de pobreza. O mutualismo na Guiné-Bissau tem servido de compensação às fragilidades do Estado na resposta a necessidades, prestação de serviços essenciais, particularmente, a protecção social e cuidados básicos de saúde.

Tal como esperado, as mutualidades comunitárias de saúde servem de resposta à melhoria do acesso a condições de saúde, sobretudo na saúde reprodutiva e materno infantil. Os cuidados de obstetrícia são coordenados e integrados nas comunidades e sistemas de saúde no sentido de assegurar um acompanhamento médico da gravidez, nascimento e pós-parto (cf., UNPFA:2011). Em complementaridade, a constituição de mutualidades incentiva a capacitação de recursos humanos locais (principalmente mulheres) para o serviço de parteiras como uma forma de integração no sistema de saúde também local. A melhoria dos cuidados de obstetrícia implica a capacitação de recursos locais para o desempenho de funções de parteiras e de sensibilização/educação para a saúde<sup>30</sup>; a atribuição de competências às parteiras, constitui uma medida essencial para a melhoria da situação da saúde materna e reprodutiva das mulheres (UNPFA:2011).

Nos casos observados, a constituição de mutualidades comunitárias de saúde assenta na iniciativa e capacidade de associativismo das comunidades, a (potencialidade da) participação cívica, o espírito de solidariedade e cidadania, a criação de alternativas no que respeita à prestação de cuidados básicos de saúde a comunidades vulneráveis. A política de saúde definida incentiva a participação comunitária e a medicina tradicional, e integra a política global de desenvolvimento do país.

A situação do sector sanitário verifica-se debilitada e a necessitar de intervenção externa. Uma das prioridades do Governo passa pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde de base, que permitam assegurar às populações o acesso a cuidados materno infantis, curativos, preventivos e promocionais.

O país apresenta uma rede de infra-estruturas de saúde e cuidados médicos em situação de degradação, herança do conflito armado de 1998-1999. A instabilidade que se vivia no período de guerra induziu à fuga do país de grande parte dos quadros

técnicos, sendo o da saúde, um dos mais afectados e sujeito a um número reduzido de profissionais qualificados.

Um problema central ao sector da saúde respeita às formas de acesso aos serviços médicos na Guiné-Bissau. A organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) do país é desfavorável às comunidades em situação de isolamento geográfico, sujeitas a fracas condições de mobilidade. Organiza-se em três níveis – central, regional e local<sup>31</sup> – cada um específico na prestação de serviços às populações.

Seguindo as recomendações de Bamakó, o fornecimento de medicamentos essenciais é da responsabilidade do MINSAP, embora não esteja a ser feita uma distribuição regional/local equitativa ou em quantidade suficiente mediante as necessidades.

Na Guiné-Bissau existem diversas organizações mutualistas em diferentes domínios económicos e sociais (sobretudo ao nível das micro finanças), cujo âmbito de cobertura e atribuição de benefícios está orientado, sobretudo, para o incremento financeiro dos rendimentos dos seus membros, que podem ser canalizados para os domínios mais vulneráveis do quotidiano, incluindo a saúde.

O contexto sociocultural e étnico guineense caracteriza-se por um forte espírito de solidariedade, entreajuda e associativismo, muitas vezes, de cariz temporário, visando a resolução de problemas comuns ou individuais das comunidades – valores essenciais à constituição das mutualidades.

Como já referido, o papel das mulheres no contexto guineense é central para o desenvolvimento. O movimento associativo civil caracteriza-se pela forte capacidade de iniciativa e de participação das mulheres na constituição de associações comunitárias. É no âmbito destas organizações informais, que a constituição das mutualidades ganha contornos, agora estruturas organizadas e sujeitas ao cumprimento de regulamentos de funcionamento e gestão de mutualidades comunitárias de saúde. Reflectem uma forte capacidade de aproveitamento de recursos locais, adaptação às condições e oportunidades de crescimento económico, consequentemente, de desenvolvimento. Um dos principais obstáculos é a falta de recursos financeiros para o incremento das actividades económicas que desenvolvem (sobretudo na exploração agrícola e no sector das pescas).

Os principais objectivos de associação destas mulheres partem da necessidade de acesso e mobilização de recursos financeiros que permitam o incremento e geração de rendimentos necessários, numa primeira instância, à satisfação de necessidades básicas de sobrevivência (alimentação e saúde); numa segunda, à criação de condições de bem-estar das comunidades (educação, empregabilidade e reconhecimento social). Dada a falência do Estado, recorrem a meios próprios de financiamento dentro da

comunidade. Uma das formas mais recorrentes de participação comunitária em termos de contribuição financeira, é o estabelecimento de sistemas de cotização de participação na vida das associações, recorrendo a práticas tradicionais para a gestão de fundos, e que se destina ao suporte de despesas individuais ou comunitárias - "abota". Ainda assim, é necessária a identificação de outros mecanismos de financiamento comunitário.

A acção dos agentes internacionais de cooperação tem incidido cada vez mais nos estudos do desenvolvimento e produção de recomendações de apoio à implementação de programas e estratégias, enquadradas no âmbito das políticas nacionais, e que visam o desenvolvimento e criação de condições de vida nos países vulneráveis.

Sobretudo a partir de finais da década de 1980, e nas zonas rurais, assistiu-se à proliferação de organizações que incorporam elementos de modernização ao nível do seu funcionamento e gestão, e que hoje assumem objectivos concretos de resposta a interesses comuns das comunidades – redes de comercialização conjunta, campos agrícolas comunitários, gestão de equipamentos, auto construção de infra-estruturas essenciais (escolas comunitárias e unidades de saúde básicas), abastecimento de medicamentos e desenvolvimento de actividades económicas.

O movimento associativo tem vindo a consolidar-se nos meios rurais pelo crescente surgimento de ONG nacionais e internacionais, dada a abertura política ao apoio extra Governo para o desenvolvimento do país. Segundo o PNDS, uma das prioridades do Governo guineense é a promoção da colaboração entre sectores público e privado não lucrativo, cuja acção desenvolvida na melhoria das condições sanitárias seja complementar e coerente - informação, negociação e regulamentação.

No que respeita às mutualidades comunitárias de saúde, as experiências em curso são ainda reduzidas, surgidas no âmbito do programa BIT/STEP, na perspectiva da inclusão social, sobretudo em zonas rurais.

O quadro do programa de base para a emergência deste movimento, BIT/STEP, identifica no contexto guineense, dificuldades de implementação destas estruturas: fracas evolução e sensibilização e adesão da população; falta de recursos humanos médicos e especializados; falta de conhecimentos e recursos ao nível da gestão; falta de recursos financeiros; prevalência da mentalidade assistencialista – inexistência de hábitos de seguro de saúde.

### 3.2.1) Projectos em curso

A constituição das mutualidades comunitárias de saúde parte do apoio prestado por ONG e agências internacionais do desenvolvimento, às estruturas nacionais/locais. O apoio prestado incide no financiamento/incremento de recursos financeiros e capacitação de recursos humanos para a gestão, manutenção e sustentabilidade das mutualidades.

O movimento associativo informal é de carácter, sobretudo feminino e de resposta à resolução de problemas individuais e/ou comunitários e melhoria das suas condições de vida (principalmente ao nível de rendimentos e bens essenciais – alimentação, saúde educação). E é nestes agrupamentos/associações de mulheres já existentes e activos que é feito o investimento dos actores do desenvolvimento.

A iniciativa de constituição de mutualidades comunitárias de saúde enquadra-se na iniciativa da UEMOA, respeitando as recomendações de regulamentação, capacitação e acompanhamento da Concertação. A intervenção do FNUAP é disso um exemplo, cuja acção incide na formação de recursos humanos e regulamentação de funcionamento das mutualidades a nível local, assumindo-se no contexto guineense, um parceiro de grande relevância.

Estas experiências são ainda de fraca incidência no contexto guineense. Embora num período temporal ainda insuficiente para avaliação e validação efectiva dos benefícios atribuídos às populações por via da constituição destas estruturas, foi possível identificar durante o trabalho de campo, duas experiências mutualistas em pleno funcionamento e a produzir efeitos junto das comunidades.

- **Mutualidade comunitária de saúde de Varela**

A UGUENON NIGUENENI<sup>32</sup> constitui-se em 2003 no quadro de apoio ao desenvolvimento comunitário da ONG local Acção para o Desenvolvimento (AD), e enquadra-se no âmbito do programa BIT/STEP, na perspectiva de inclusão social de grupos vulneráveis.

Tem como objectivos a criação de solidariedade e entreajuda entre os seus membros, apoiar as despesas de saúde, prestação de cuidados sanitários, promoção e desenvolvimento de acções de prevenção de doenças e sensibilização, formação e educação dos membros.

Varela é uma localidade rural situada a Norte de Bissau, integrada no sector sanitário de Cacheu<sup>33</sup> e formada por 16 tabancas. As estruturas de saúde acessíveis à região verificam-se, ou insuficiente para o acolhimento e prestação de serviços de saúde<sup>34</sup>; ou de difícil acesso<sup>35</sup> dadas as condições de localização habitacional e mobilidade das

populações (isolamento e longevidade geográficas, fraca rede de transportes, más condições do terreno e meios de comunicação).

Este cenário impacta, sobretudo, na situação da mulher no acesso a cuidados de saúde. Com o apoio de ONG locais (no quadro de cooperação bilateral BIT/STEP), foi construída uma maternidade comunitária numa das tabancas da região, cuja gestão é responsabilidade de um grupo mutualista comunitário.

Segundo os dados correspondentes a 2005<sup>36</sup>, esta mutualidade iniciou-se com 40 aderentes e 65 beneficiários, número que aumentou para os 120 no ano seguinte. A participação na mutualidade está sujeita a uma cotização<sup>37</sup> aplicada nos períodos de maior rendimento das populações (época de colheitas agrícolas). A adesão à mutualidade é acessível a todas as pessoas desde que contribuam financeiramente. As coberturas previstas são: consulta geral de urgência, serviços de pequena cirurgia, consulta pré-natal, parto, hospitalização e evacuação.

Promove ainda a cooperação com outras organizações e estruturas do mesmo tipo e sector, adequando a prestação de cuidados básicos sanitários e de saúde, às condições e capacidade de resposta que cada uma delas dispõe.

- **Mutualidade comunitária de saúde de Tite**

Foi constituída em 2008 no quadro de Projecto de Fortalecimento Comunitário em Matéria da Saúde da Região de Tite (2008/2009), projecto local desenvolvido pela associação de mulheres de Tite PARA-KA-TEM<sup>38</sup> (PKT) e os Medicus Mundi. Estabeleceu-se uma convenção de acordo entre a PKT e o Hospital de Tite para definição das relações de parceria em matéria de prestação de serviços aos aderentes da mutualidade comunitária de saúde.

Tite é uma das áreas sanitárias da Guiné-Bissau, situada numa zona rural a Sul do país, e onde se deu início ao conflito armado de 1998-1999. Por esse motivo, é uma das zonas mais afectadas ao nível da degradação das estruturas existentes e falta de recursos em diversos domínios, sendo que o hospital não dispõe actualmente de condições para satisfazer as necessidades da população – daí a necessidade de constituição de estruturas alternativas de financiamento e prestação de cuidados básicos sanitários e de saúde.

Os regulamentos internos<sup>39</sup> seguem as recomendações das agências internacionais de apoio ao movimento mutualista em África (definição de objectivos, moldes de funcionamento, adesão/participação, coberturas e benefícios, penalizações). A sua gestão é comunitária, sendo que os comité de gestão integra os membros da mutualidade e representantes<sup>40</sup> de cada agrupamento/tabanca a que a mutualidade presta serviço.

A admissão à mutualidade é acessível aos chefes de família e pessoas singulares a partir dos 18 anos, desde que contribuam financeiramente – o pagamento de cotas é a sua principal fonte de financiamento e requisito implícito à existência e participação nas mutualidades de saúde. As contribuições dos aderentes conferem-lhes benefícios em termos de coberturas previstas<sup>41</sup>, por meio de um sistema de comparticipação e reembolso de custos dos cuidados/serviços de saúde cobertos pela mutualidade.

Embora sejam ainda poucos os elementos de comparação em termos de diferenciação de sistemas de mutualidades sociais, as experiências relatadas têm servido de modelo para novas constituições que têm proliferado pelas diversas regiões, como é o caso das experiências acompanhadas durante o trabalho de campo.

Dois dos projectos acompanhados e financiados pela FCG na Guiné-Bissau em regime de cooperação descentralizada, prevêem intervenção no apoio à saúde, sobretudo reprodutiva e materno-infantil, pela constituição de mutualidades comunitárias de saúde. Estes pequenos projectos estão a ser implementados em agrupamentos de mulheres em zonas rurais (identificados por meio de diagnóstico), cujas actividades económicas têm vindo a ser desenvolvidas recorrendo a práticas tradicionais de financiamento e gestão de fundos.

A acção dos projectos agora em curso veio incrementar financeiramente as actividades das mulheres (concessão de micro créditos) e fortalecer as práticas de gestão de rendimentos por meio da formação e capacitação das mulheres, quer para o desenvolvimento das actividades económicas em curso, quer na criação de novas oportunidades de auto-emprego.

O trabalho de campo permitiu o acompanhamento de cerca de 16 experiências, ainda em fase de sensibilização e constituição de comités de gestão; ainda assim, são já identificáveis efeitos positivos da sua acção pelo já incremento das actividades económicas das mulheres – os rendimentos são canalizados para o desenvolvimento de actividades que servem aos interesses das comunidades (abastecimento de medicamentos essenciais, melhoria de infra-estruturas de base) como a constituição das mutualidades de saúde.

O programa BIT/STEP prevê o apoio à monitorização de acompanhamento das actividades, no sentido de verificar a sua viabilidade. A implementação destas estruturas nas comunidades serve outros propósitos que não somente a prestação de cuidados de saúde: ao nível de organização comunitária, incentiva a complementaridade sectorial - formação e capacitação de recursos humanos que fortaleçam o desenvolvimento de actividades económicas geradoras de rendimentos, na sua maioria, com a participação efectiva das mulheres (garantia de sustentabilidade e desenvolvimento).

### 3.2.2) A capacitação e o empoderamento feminino por via da promoção da saúde, da educação e do emprego

Considerando os estudos sobre o Desenvolvimento levados a cabo pela comunidade científica/académica e pelas agências de cooperação internacional promotoras de desenvolvimento, as recomendações sugerem o investimento na educação e capacitação das mulheres para o emprego como a melhor forma de promoção de desenvolvimento e redução de pobreza.

Os programas e estratégias desenvolvidos valorizam, sobretudo, a implementação de projectos socioeducativos para as mulheres que visem a criação de emprego e a educação para a saúde (reprodutiva e infantil), e que levem em consideração os seguintes aspectos: a) apropriação, alinhamento com as políticas dos países; b) harmonização e complementaridade com diversos actores; c) envolvimento das ONG locais e populações.

O investimento numa forte componente formativa assume-se como um meio de atribuição de competências para a manutenção e sustentabilidade de actividades económicas desenvolvidas pelas mulheres das comunidades. O envolvimento das comunidades no próprio processo de implementação dos projectos assume-se como um requisito e garantia da sua sustentabilidade e geração de efeitos multiplicadores.

As intervenções externas potenciam a criação de actividades económicas de auto-emprego, criação de infra-estruturas de prestação de serviços básicos, sensibilização para a mudança de mentalidades, comportamentos e práticas, que só surtirão efeitos na vida das comunidades, se associadas à capacidade das populações em desenvolver competências e apropriar-se das acções.

Dada a situação da mulher na sociedade guineense, como descrito até aqui, verifica-se que é ela que desempenha um papel central nos domínios que providenciam o sustento e gestão das famílias – gestão do espaço doméstico, cuidado com as crianças e idosos, realização das actividades económicas geradoras de rendimento e trabalho agrícola. Daí que o investimento na capacitação das suas competências se assuma como um dos principais meios de promoção de desenvolvimento e redução da pobreza no país.

Mediante as características étnico-culturais do país, é ainda difícil à mulher a atribuição de reconhecimento social e cívico nas comunidades. Encontram-se em situação de desigualdade no que respeita a liberdade para a tomada de decisões individuais ou familiares, e gestão autónoma de rendimentos.

O empoderamento feminino parte da conjugação de áreas essenciais à promoção da mulher nas diversas esferas da sociedade, como sendo: a) apoio no domínio da

empregabilidade através da criação de actividades de auto-emprego e melhoria das condições das actividades económicas que já desenvolvem, recorrendo à atribuição de meios e recursos financeiros; b) investimento na formação pessoal e atribuição de (novas) competências necessárias à criação de novas oportunidades de auto-emprego, gestão das actividades económicas que desenvolvem, e gestão financeira e investimento de rendimentos próprios; c) melhoria das condições de saúde, higiene e sanidade promovendo a sensibilização e realização de formação das mulheres no âmbito da saúde reprodutiva e materno-infantil, nutrição, prevenção e tratamento de doenças, riscos das práticas tradicionais de saúde, planeamento familiar; d) reconhecimento social das mulheres e promoção dos seus direitos, sobretudo reprodutivos.

Essas medidas passam pela sensibilização das populações para os benefícios da acção; o investimento na atribuição de competências aos indivíduos que lhes permitam uma correcta apropriação das actividades promovidas e respectiva gestão e manutenção; a definição de uma estratégia que conjugue domínios complementares de desenvolvimento, como é o caso do investimento na empregabilidade, formação que facilitem e garantam a sustentabilidade, pelo menos, que criem condições de sustentabilidade; envolvimento directo e incentivo à participação das populações, comunidades e autoridades locais, no sentido de lhes inculcaram sentimentos de apropriação e responsabilização sobre o desenvolvimento; incentivo à e mudança ao nível estrutural – estruturas sociais, familiares, comunitárias; definição de estratégias a longo prazo, cujo planeamento de actividades considere o investimento em aspectos que possibilitem a sua manutenção e sustentabilidade do desenvolvimento.

#### **IV. Conclusões**

Neste trabalho seguimos uma abordagem que procurou relacionar a problemática do género com o desenvolvimento. Numa primeira instância, a descrição da situação da mulher em geral, e do ponto de vista da saúde, sobretudo a saúde materna, enquadrada no âmbito das estratégias de desenvolvimento definidas a nível internacional (no sentido de esbater a condição de fragilidade das populações do continente africano), permite perceber a importância que esta problemática tem vindo a adquirir ao longo dos tempos.

A integração da mulher e da perspectiva de género nos debates políticos e definição de programas/medidas globais de desenvolvimento está bem visível nas recomendações da Conferência do Cairo e na base de definição dos ODM. O enquadramento da acção internacional no processo de desenvolvimento do movimento mutualista, enquanto sistema alternativo de prestação de cuidados de saúde, permite entender o seu



contexto de emergência, definição e caracterização das mutualidades comunitárias de saúde e de que forma a sua constituição e implementação no contexto africano, se assumem um meio de capacitação e empoderamento feminino. Este movimento incide essencialmente na acção dos agrupamentos de mulheres, elas que são detentoras das responsabilidades de sobrevivência das comunidades, incrementando o âmbito das suas actividades económicas.

A mudança introduzida nestes contextos, pela acção dos agentes internacionais do desenvolvimento, sobretudo ao nível da igualdade de género e erradicação da pobreza, passa pelo investimento na saúde, conseqüentemente, na capacitação da camada feminina, quer para a gestão dos sistemas de saúde alternativos que se constituem por via das mutualidades, quer para a criação de auto-emprego e gestão das actividades económicas e respectivos rendimentos, no sentido de contribuir para a manutenção desses sistemas de saúde.

Um modelo de desenvolvimento “amigo” da luta pela igualdade de género implica mitigar as barreiras e rigidez do mercado de trabalho, fortalecer os incentivos à igualdade de investimento no capital humano e reduzir a discriminação através de mercados competitivos. Mesmo sendo imprescindível, o desenvolvimento económico e aumento do rendimento não são suficientes para garantir a igualdade de género, para além dos seus efeitos não serem automáticos e levarem algum tempo a surgir.

Tendo em conta a complexidade e a dificuldade de intervir em alguns sectores promotores de desenvolvimento, verifica-se a necessidade de uma selecção estratégica por parte dos Governos das suas políticas de intervenção prioritária, particularmente em áreas em que o sector privado não intervenha ou o faça de modo insuficiente. Em complementaridade, surgem as intervenções da sociedade civil e das instituições internacionais, assumindo um papel fundamental ao nível da promoção do debate público, da realização de acções de sensibilização e empoderamento das comunidades.

Em termos de acção futura, é fundamental a mudança em termos institucionais, através de um compromisso efectivo relativamente à igualdade de género, do estabelecimento de incentivos face à mesma, da implementação de leis nesse mesmo sentido e através da aplicação de penalidades perante o seu incumprimento. É importante que esta reforma institucional tenha em linha de conta as normas e costumes das diferentes partes constituintes da sociedade, pelo que a mesma deve ser tanto dinâmica como flexível, ao longo do tempo e de acordo com as mudanças que operam no seio das comunidades. Contudo, o ambiente institucional e as normas legais, por si só, não são suficientes para sustentar a igualdade de género – é imprescindível que, por um lado, essas normas sejam claras e, por outro, sejam efectivamente postas em prática.

## V. Bibliografia

- AAVV (2011), *Inquérito Ligeiro para a Avaliação da Pobreza (ILAP2)*, Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Economia do Plano e Integração Regional da República da Guiné-Bissau, Bissau
- Abt Associates Inc. (2004/2005), "African Women's Health: Why Mutual Health Organizations are Making a Difference" in *International Perspectives December 2004 / January 2005*, (online [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com))
- Association Internationale de la Mutualité (AIM) (2008), *Report 2008 of the AIM working group on health system reform "Healthcare protection today: Structures and trends in 13 countries"*
- Association Internationale de la Mutualité (AIM) (2008), *AIM Activity Report 2006-2008 Presented to the members of the XXIIIrd General Assembly*
- Banco Mundial (2001), *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, World Bank & Oxford University Press, Nova Iorque.
- Banco Mundial (2005), *Responder ao Desafio de Desenvolvimento de África: Um Plano de Acção do Grupo Banco Mundial*
- Banco Mundial (2009), *Revisão dos Sectores Sociais da República da Guiné-Bissau, Desenvolvimento Humano II Região da África*
- Bennet, Sarah (et all) (2002), *PHRplus Knowledge Building Agenda*, U.S. Agency for International Development, Maryland
- Cá, Tomé (1999), *Determinantes das diferenças de mortalidade infantil entre as etnias da Guiné-Bissau, 1990 – 1995*, Rio de Janeiro (online [http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transfp.php?script=thes\\_print&id=00005300&lng=pt&nrm=iso](http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transfp.php?script=thes_print&id=00005300&lng=pt&nrm=iso))
- Comunidade Dos Países De Língua Portuguesa (CPLP) (Maio 2009), *Plano Estratégico De Cooperação Em Saúde Da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012*
- Comunidade Dos Países De Língua Portuguesa (CPLP) (Julho 2000), *Resolução Sobre Política De Género No Âmbito Da CPLP*
- Comunidade Dos Países De Língua Portuguesa (CPLP) (2000), *Documento Final da I Conferência de Mulheres da CPLP sobre Género, Cultura, Acesso ao Poder, Participação Política e Desenvolvimento*
- Comunidade Dos Países De Língua Portuguesa (CPLP) (2010), *II Conferência Ministerial de responsáveis pela área da Igualdade de Género na CPLP: "Género, Saúde e Violência"*
- Comunidade Dos Países De Língua Portuguesa CPLP (2006), *Cooperação na CPLP- Uma Visão Estratégica de Cooperação Pós Bissau*, Secretariado Executivo da CPLP
- Cruz, Carmen de la Cruz (1999), *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria-Gasteiz

- Diário da República Portuguesa, I Série-A, Lei nº 3 / 84 de 24 de Março que regulamenta a *Educação sexual e planeamento familiar*
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GTZ) (2004), *Health, Education, Social Protection Sector Project Social Health Insurance: Social Health Insurance – Systems of Solidarity*
- Dias, Lígia Monteiro (2006), *Diagnóstico sobre as Mutualidades de Saúde Na Guiné-Bissau*
- Documento de Estratégia Nacional de Luta contra a Pobreza (2003), Guiné-Bissau
- Estivil, Jordi (2002), *Panorama da Luta Contra A Exclusão Social: Conceitos E Estratégias*, Organização Mundial de Trabalho, Genebra
- Gabinete Para a Cooperação Ministério Do Trabalho e de Solidariedade Social De Portugal (2003), *Guia de Gestão das Mutualidades de Saúde em África*, Organização Mundial De Trabalho, Genebra
- Heller, Léo, Moraes, Luiz R. S., Monteiro, Teófilo C do N., Salles, Maria José, Cândia, Jacira (1997), *Saneamento e Saúde nos Países em Desenvolvimento*, CC&P Editores Ltda., Rio de Janeiro, Brazil
- Hüber, Götz, Hohmann, Jürgen, Reinhard, Kirsten (x), *Health, Education, Social Protection Sector Project Social Health Insurance: Mutual Health Insurance (MHO) - Five Years Experience in West Africa: Concerns, Controversies and Proposed Solutions*, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GTZ)
- International Planned Parenthood Federation (IPPF), *Carta Dos Direitos Sexuais E Reprodutivos*
- Ministério dos Negócios Estrangeiros, Cooperação Internacional e das Comunidades da República da Guiné-Bissau (Junho 2008), *Actas da Conferência “Cumprir Bissau – Desafios e Contribuição da CPLP Para o Cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio”*
- Organização Internacional do Trabalho (2002), *Mutualidades de Saúde em África: Características e Criação*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal, Lisboa
- Organização Mundial de Trabalho (2003), *A Iniciativa IDEASS: Inovações para o Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul: A Concertação entre os actores no desenvolvimento das mutualidades na África Ocidental e Central*, OIT, Genebra
- Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) (Março 2008), *Plano Estratégico 2009-2013*
- Organização Mundial de Trabalho (2006), *Diagnóstico Sobre as Mutualidades Sociais nos Países da UEMOA: No Quadro Do Projecto «Apoio a Construção de um Quadro Regional de Desenvolvimento das Mutualidades de Saúde nos Países da UEMOA»*, STEP
- Organização Mundial de Trabalho, *Extensão da Cobertura da Segurança Social*, Serviço de Políticas e Desenvolvimento da Segurança Social Sector da Protecção Social, Genebra
- Organização Mundial de Trabalho (2001), *Guia de Mutualidades de Saúde e*

*Associações de Micro-Empresários*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade de Portugal, Lisboa

- Organização Oeste Africana da Saúde (2009), Plano Estratégico 2009-2013
- Papart, Jane L., Connelly, M. Patricia, Barriteau, V. Eudine (2000), *Theoretical Perspectives on Gender and Development*, International Development Research Centre, Cairo
- Pereirinh, José António (coord.) (2008), *Género e Pobreza, Impacto e Determinantes da Pobreza na Feminino*, Coleção Estudos de Género 4, Comissão para a igualdade de Género (CIG), Lisboa
- Plataforma de Abijan (1999), *Estratégias de Apoio às Mutualidades de Saúde em África* (online [http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/plataforma\\_abidjan.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/plataforma_abidjan.pdf))
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, “Human Development Index”, in *Human Development Report 2009/2010 - The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*, UNDP, New York.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, “Human Development Index”, in *Human Development Report 2011*
- Rêgo, Maria do Céu da Cunha (2010), “Nos 15 anos da Plataforma de Pequim”, in *Revista de Estudos Demográficos n.º47*, INE, Lisboa
- Robeyns, Ingrid (2003), “Sen’s Capability Approach and Gender Inequality: Selecting Relevant Capabilities”, in *Feminist Economics*, Routledge, vo.9 (2-3), pp. 61– 92
- Schalkwyk, Jonhanna (2000), “Culture: a) Cultures, Gender and Equality” in *Questions about Culture, Gender Equality and Development Cooperation*, Canadian International Development Agency, Quebec, Canadá
- Silva, Maria Regina Tavares da (2010), “A situação das mulheres no mundo: que progressos no caminho da igualdade 15 anos depois da Plataforma de Acção de Pequim?”, in *Revista de Estudos Demográficos n.º47*, INE, Lisboa
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, *conference of Beijing+15 March 2010* (online <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing15/documentation.html>)
- United Nations Population Fund (UNPFA), *State of world Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty*, (online <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch1/index.htm>)
- United Nations Population Fund (UNPFA), *State of world Population 2009: Facing a Changing World: women, population and climate* (online <http://www.unfpa.org/swp/2009>)
- United Nations Population Fund (UNPFA) (2011), *The State of the World’s Midwifery 2011 Report*, New York

#### WEBISTES CONSULTADAS

- Associação para o Planeamento da Família <http://www.apf.pt>

- Association Internationale de la Mutualité (AIM) <http://www.aim-mutual.org>
- Canadian International Development Agency [www.acdi-cida.gc.ca](http://www.acdi-cida.gc.ca)
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) [www.cig.gov.pt](http://www.cig.gov.pt)
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GTZ) <http://www.gtz.de/en/index2.htm>
- MDG Monitor <http://www.mdgmonitor.org>
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) <http://www.ippf.org>
- Portal para a Igualdade <http://www.igualdade.gov.pt>
- Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva
- <http://apf.pt/?mnu=000&area=000&tipo=destaques&id=CNT4b69914f94f4f>
- UNICEF [www.unicef.pt](http://www.unicef.pt)
- USAID From the American People <http://www.usaid.gov>
- World Health Organization (WHO) <http://www.who.int>

## VI. Notas

---

<sup>1</sup> Varela, São Domingos, Buba, Empada, Falacunda, Tite.

<sup>2</sup> Práticas de registo de dados, actividades, informação de cariz financeiro e logístico precárias.

<sup>3</sup> A I Conferência Mundial sobre as Mulheres realizou-se no México em 1975, no âmbito das Nações Unidas. Este fórum serviu e uma efectiva reflexão conjunta sobre a problemática da condição feminina, integrando-a na agenda política internacional por via da avaliação da realidade da situação das mulheres. Foi dado enfoque, sobretudo, às questões sociais, partindo de uma perspectiva de integração das mulheres no desenvolvimento.

<sup>4</sup> O diagnóstico global identificou 10 áreas críticas, e 2 instrumentais que servem de medida de avaliação da situação da mulher: Pobreza e sua crescente feminização; Educação e Formação; Saúde (incluindo a saúde sexual e reprodutiva); Violência (física, psicológica e sexual e em todas as esferas – doméstica, vida pública); Conflitos armados; Economia (vida económica e mercado de trabalho); Poder e tomada de decisão; Direitos Humanos; Meios de comunicação social; Ambiente; Infância e Juventude; Mecanismos institucionais (necessários para a promoção da situação das mulheres).

<sup>5</sup> Relatório coordenado pela UNPFA em cooperação com as agências das NU no sentido de acelerar o processo de implementação de programas que visam a saúde materna e reprodutiva. É o resultado do trabalho realizado por diversas agências, organizações e indivíduos, e tem como objectivo a documentação das práticas actuais de obstetrícia e estabelecimento de medidas de melhoria das suas actuais condições em contextos em desenvolvimento.

<sup>6</sup> Morrem anualmente cerca de 350,000 mulheres de complicações durante a gravidez e/ou no parto, cerca de 2 milhões de recém-nascidos morrem nas primeiras 24 horas de vida e cerca de 2.6 milhões são nados mortos (UNPFA:2011).

<sup>7</sup> A Declaração do Milénio assinada naquele ano em fórum das Nações Unidas pelos 189 Estados Membros, e estabeleceu 8 Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) a alcançar até 2015: 1) erradicar a pobreza extrema e a fome; 2) alcançar a educação primária universal; 3) promover a igualdade de género e capacitar as mulheres; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde materna; 6) combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças; 7) assegurar a sustentabilidade ambiental; 8) desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

<sup>8</sup> A promoção dos direitos das mulheres; a centralidade do seu papel no desenvolvimento; a importância do seu contributo e envolvimento directo na realização/prosecução dos ODM; eliminação das normas sociais que fomentam a desigualdade de género e cumprimento das leis contra a discriminação.

<sup>9</sup> Esta situação influencia os ciclos da mortalidade materna e da mortalidade infantil.

<sup>10</sup> Uma das recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento decorrida em 1994 no Cairo.

<sup>11</sup> Foi, sobretudo, a partir dessa época que os estudos e programas sobre o desenvolvimento passaram a enquadrar o movimento mutualista nas medidas e compromissos assumidos nas grandes Cimeiras mundiais decorridas ao longo da década. Procura-se a definição de estratégias conjuntas das grandes agências internacionais de desenvolvimento, nomeadamente, o sistema das Nações Unidas e as suas agências de promoção do desenvolvimento humano, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial de Saúde (OMS), UNICEF, Banco Mundial, as Conferências Internacionais no âmbito do trabalho, direitos humanos e igualdade de género.

<sup>12</sup> Acordo assinado em 1987 entre a OMS, UNICEF e ministros dos países africanos da área da saúde. Esta iniciativa instituiu o incentivo à participação das comunidades na administração e financiamento de medicamentos essenciais, estabelecendo um sistema de recuperação de custos dos serviços de saúde, pela responsabilização das populações em parte das despesas de prestação de serviços de saúde e de medicamentos genéricos; deu início ao processo de democratização das sociedades pelo incentivo à participação das populações na administração dos serviços de saúde. Na base disto está o princípio de contribuição das comunidades no custo da saúde dada a não gratuitidade dos mesmos.

<sup>13</sup> A Plataforma de Abijan foi definida num fórum trabalho sobre as estratégias de apoio às organizações mutualistas africanas, coligando os esforços de grandes agências internacionais do desenvolvimento como:

---

a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Cooperação Alemã (Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit- GTZ), a União Nacional de Mutualidades Socialistas da Bélgica (ANMC) e a ONG Belga de Solidariedade Mundial (WSM).

<sup>14</sup> Face dos retrocessos ao desenvolvimento provindos das mudanças socioeconómicas e políticas sentidas nos países.

<sup>15</sup> Comunidades locais, ONG, organizações de trabalhadores, organizações de empregadores, cooperativas, etc.

<sup>16</sup> A UEMOA é constituída por 8 países membro da África de expressão francesa: Benim, Burkina Faso, Costa do Marfim, Guiné-Bissau, Mali, Nigéria, Senegal e Togo.

<sup>17</sup> Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, Costa do Marfim, Guiné-Bissau, Mali, Mauritânia, Níger, Senegal e Togo (a Guiné-Bissau é um país de expressão portuguesa tornou-se 8º membro da União em 1997, três anos depois da sua fundação).

<sup>18</sup> Inexistência de um Estado de Previdência, risco sanitário, baixos rendimentos económicos das populações.

<sup>19</sup> O IDEASS enquadra os compromissos assumidos e pela comunidade internacional no decorrer da Assembleia-geral do Milénio e das grandes Cimeiras mundiais dos anos 1990, cuja prioridade remete para a cooperação entre os actores do desenvolvimento a operar no Sul em colaboração com os países industrializados.

<sup>20</sup> A média de frequência do sistema de ensino é de 2,26 anos para o ano de 2010.

<sup>21</sup> Como indicado na tabela nº1 em anexo.

<sup>22</sup> A recolha de informação no MINSAP foi conseguida de forma presencial durante o período de trabalho de pesquisa no terreno, e de consulta aos dados que estão disponíveis que, embora sejam oficialmente públicos e publicados, não são de fácil acesso.

<sup>23</sup> Insuficiente número de parteiras qualificadas, cujo rácio por habitante é de 1/15614; baixo rácio de médicos por habitante – 1/7000; baixo rácio de enfermeiros por habitante – 1/3000.

<sup>24</sup> Taxa de fertilidade adolescente é de cerca de 129,2% para o ano de 2008, segundo dados do PNUD – RDH 2011, Tabela 4 – Desigualdade de Género Index.

<sup>25</sup> Os dados mais recentes apontam para um rácio de 195/1000 (UNDP:2011;Tabela14

<sup>26</sup> Este número verifica-se subestimado dado o grande número de partos que ocorrem nos domicílios e não são registados.

<sup>27</sup> Dados recolhidos junto do MINSAP.

<sup>28</sup> A rede de Centros de Saúde é fraca e débil ao nível dos equipamentos, sanidade e condições de acolhimento de doentes.

<sup>29</sup> Cerca de 80% da população africana e asiática, cerca de metade da população da América Latina.

<sup>30</sup> Planeamento familiar, prevenção de doenças, cuidados com a higiene das crianças, nutrição, entre outros.

<sup>31</sup> O **nível central** incorpora o MINSAP, as Direcções de Serviços Centrais, Programas Nacionais; é a este que cabe a responsabilidade de gestão global das actividades dentro do sector, assim como a definição de políticas, estratégias, regulamentação, fiscalização de actividades, mobilização e coordenação das ajudas externas, orientação técnica e apoio operacional e logístico das acções sanitárias. O **nível regional** incorpora a divisão administrativa do país, dividindo o país em regiões sanitárias (o nível regional do SNS da Guiné-Bissau conta com 18 áreas sanitárias, incluindo as ilhas Bijagós); é a este nível que é feita a tradução operacional das estratégias a implementar junto das populações e respectivo apoio técnico, seguimento e avaliação das políticas nacionais. O **nível local** divide-se em 37 sectores (incluindo o sector autónomo de Bissau), cabendo-lhe a responsabilidade de operacionalização e implementação das actividades previstas para o sector, em termos de cuidados primários de saúde. Este nível está organizado em 114 áreas sanitárias, providas de infra-estruturas sanitárias e de saúde (centros de saúde dos tipos A, B e C, mediante os actos médicos praticados e localização geográfica, e unidades de saúde, em torno das quais as comunidades se organizam dado tratarem-se de unidades de iniciativa local. Segundo os dados do PNDS respeitantes ao levantamento feito em 2001, existiam até à data cerca de 639 Unidades de Saúde de Base, embora somente 99 dessas estivessem em condições de assegurar cuidados de saúde mínimos, curativos, preventivos e promocionais e dispusessem de medicamentos.

<sup>32</sup> UGUENON NIGUENENI significa no dialecto flupe (dialecto derivado do crioulo guineense) “os nossos problemas estão resolvidos”.

---

<sup>33</sup> A zona rural de Varela estava integrada no sector sanitário da região independente de São Domingos. No último ano o governo da Guiné-Bissau procedeu a uma reestrutura territorial, anexando essa região na região de Cacheu, provocando assim alterações ao nível da coordenação territorial local e autoridade regional. A coordenação local de saúde passa a funcionar em Canchungo, cuja autoridade local gere agora 18 áreas sanitárias. Contudo, é ainda em São Domingos que se encontra o Hospital Regional que serve a região.

<sup>34</sup> Os Centros de Saúde e Unidades de Saúde de Base sofrem de falta de condições de acolhimento e tratamento, como acontece com a maioria dos centros e unidades de saúde do país.

<sup>35</sup> O hospital regional que serve esta zona é o Hospital Regional de São Domingos (a cerca de 36kms) e, no caso de situações/episódios de saúde de maior gravidade, e evacuação é para o hospital da capital

<sup>36</sup> Não se sabe ao certo o número de beneficiários que serve actualmente dada a dificuldade de acesso a dados mais recentes, junto da própria estrutura.

<sup>37</sup> A cada família aderente é cobrada uma jóia de adesão não reembolsável e uma cota por pessoa a cargo, no limite máximo de 6 pessoas.

<sup>38</sup> PARA-KA-TEM significa em crioulo guineense, “jamais parar”.

<sup>39</sup> o regulamento interno da mutualidade de Saúde da PKT contou com o apoio do programa de Voluntariado das Nações Unidas (UNV).

<sup>40</sup> Este representante deve ser escolhido pelo agrupamento/tabanca, sem distinção de sexo, desde que saiba ler e escrever.

<sup>41</sup> Hospitalização em centros hospitalares com os quais a mutualidade celebrou contrato de parceria.



---

## **VII. Anexo**

---

**Tabela nº1**

Indicadores de medição da situação sanitária da Guiné-Bissau em comparação com a África Subsariana

<b>Indicadores</b>	<b>Guiné-Bissau %</b>	<b>Média Africana %</b>
Esperança de vida à nascença	44	50
Mortalidade infantil	128	92
Vacinação	63	53
Acesso à água potável	53	47
Urbano	37	74
Rural	57	32
Saneamento básico	21	47
Urbano	32	n.d.
Rural	17	n.d.

(PNDS:2003)