



AFRICAN RISK CAPACITY

ESTUDO DE GÉNERO: DINAMICAS DE GÉNERO NOS DESASTRES E SURTOS E EPIDEMIAS NA GUINÉ-BISSAU

Draft FINAL 11.04.2024

Dr. Birgit Embalo, PhD, bembalo@gmx.net; birgit.embalo@arc.int

Índice

Abreviaturas	03
Sumário Executivo	05
1. Introdução	12
1.1 Interseccionalidades: Impactos das alterações climáticas se cruzam com as desigualdades de género em desastres e epidemias	12
1.2 A vulnerabilidade climática da Guiné-Bissau	17
1.3 Objetivos da análise de género	21
1.4 O programa de African Risk Capacity	22
1.5 Estrutura do relatório	23
2. Metodologia	25
3. Situação da Mulher Guineense	28
3.1 Desigualdades e desafios em destaque	28
3.2 Leis e Políticas	29
3.3 Violência Baseada no Género	31
3.4 Educação	32
3.5 Saúde	33
3.6 Inclusão e participação das mulheres nas esferas de decisão	34
3.7 A Situação Económica	35
3.8 Agricultura e resiliência no mundo rural	37
3.9 Segurança alimentar	38
3.10 Alterações climáticas e dinâmica de género	40
3.11 A Proteção Social	41
3.12 O papel da comunidade internacional: Integração do género nos projetos da adaptação as alterações climáticas e gestão de riscos de desastres	44
4. Gender Audit 1	48
4.1 O Género nas Instituições	48
4.2 Perfil do Risco das Mulheres face a desastres e epidemias	52
5. Gender Audit 2: Gestão do Risco de Desastres e a integração de género	54
5.1 Estratégias e Políticas	54
5.2 Legislações relevantes	56
5.3 O Serviço Nacional da Proteção Civil	57
5.4 O ciclo de gestão de desastres – estado da implementação na Guiné-Bissau	59
5.5 O sistema de Alerta Precoce/Aviso Prévio	61
5.5.1 O ciclo institucional	61
5.5.2 Mulheres Guineenses no alerta precoce e nas transformações das relações de género	63
5.6 Proposta para a integração do género na Estratégia Nacional de Gestão dos Riscos de Desastres	66
5.7 Conclusões sobre barreiras e desafios da integração de género	66

5.8	Recomendações	68
6.	Gender Audit 3: Surtos de doenças e epidemias e a integração de género	73
6.1	Introdução	73
6.2	Covid-19 e género: lições aprendidas	74
6.3	Estratégias, políticas e planos de prevenção e resposta a surtos de doenças e epidemias (O&E)	81
6.4	Serviços de Saúde Pública responsáveis para a prevenção e resposta a surtos de doenças e epidemias (O&E)	87
6.5	Mecanismos de financiamento e fundos de emergência	91
6.6	Deteção das emergências da Saúde Pública – capacidades de Laboratório	92
6.7	Capacidades de resposta aos surtos de doenças e epidemias (O&E)	93
6.7.1	Estado de preparação e planos de resposta	93
6.7.2	Recursos humanos no sector da Saúde	99
6.7.3	Contramedidas médicas	102
6.7.4	Envolvimento de comunicação com as comunidades afetadas	102
6.7.5	Violência baseada no género	103
6.7.6	Apoios diversos: Cruz Vermelha e ONG	105
6.8	Conclusões	107
6.9	Recomendações	109
7.	Plano de Ação de Género	115
7.1	Introdução	115
7.2	Plano de Ação de Género: Quadro resumo dos resultados e atividades	116
	Referencias	121
	Anexos	127
Anexo 1:	Mapeamento das partes interessadas e lista dos contatos	127
Anexo 2:	Questões orientadoras e documentação das consultas	130
Anexo 3:	A voz das mulheres e comunidades – interpretação das consultas	139
Anexo 4:	Executive Summary English	144
Anexo 5:	Plano de Ação de Género (versão completa): desastres, surtos e epidemias	150

Abreviaturas

ADPP	Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo
AMAE	Associação das Mulheres com Atividades Económicas
AS	Área Sanitária
ASC	Agente de Saúde Comunitário
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAJ	Centro de Acesso a Justiça
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados de Africa Ocidental
CDC	Centers fo Disease Control dos Estados Unidos da América
CNLS	Conselho Nacional de Luta Contra o SIDA
DENARP	Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
DFID	Department for International Development
DG	Diretor Geral
DGPPS	Direção-Geral de Prevenção e Promoção da Saúde
DRS	Direção Regional de Saúde
ENS	Escola Nacional de Saúde
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FIDA (IFAD)	Fundos Internacionais de Desenvolvimento Agrário
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
GEF	Global Environment Facility
GHS Index	Global Health Score Index
GRD&F	Gestão e Financiamento de Risco de Desastres
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
IANPHI	Associação Internacional dos Institutos Nacionais de Saúde
IMC	Instituto de Mulher e Criança
INM	Instituto Nacional de Meteorologia
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
JEE	Joint External Evaluation (Avaliação Externa Conjunta, OMS)
LNSP	Laboratório Nacional de Saúde Pública
MICS	Inquérito sobre Múltiplos Indicadores MIF Mulheres em Idade Fértil
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
O&E	(em Ingles): outbreaks and epidemics / surtos e epidemias
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não-governamentais
OOAS	Organização Oeste Africana da Saúde
OSC	Organizações da sociedade civil
PAM/WFP	Programa Alimentar Mundial
PENSIS	Plano Estratégico Nacional do Sistema de Informação Sanitária
PIB	Produto Interno Bruto
PIMI	Programa para a redução da Mortalidade Materno-Infantil
PNDS	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
PNIEG	Política / Plano Nacional de Igualdade e Equidade de Género
PNUD /UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPM	Plataforma Política das Mulheres
REDISSE	Regional Disease Surveillance Systems Enhancement / Melhoria dos Sistemas Regionais de Vigilância de Doenças
RENLUV	Rede Nacional da Luta contra a Violência Baseada no Género e Criança
RHS	Recursos Humanos da Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SC	Sociedade Civil
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIS (SNIS)	Sistema de informação sanitária (Sistema Nacional de Informação Sanitária)
SISSAN	Sistema de Seguimento da Segurança Alimentar e Nutricional

UA	União Africana
UE	União Europeia
UEMOA	União Económica e Monetária do Oeste Africano
UN	Sistema de Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VBG	Violência Baseada no Género
VIDR	Vigilância Integrada das Doenças e Resposta
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

Sumário Executivo

A ARC- African Risk Capacity - apoia o reforço de capacidades para implementar práticas de gestão e financiamento do risco de desastres e melhorar as capacidades de vigilância, prevenção de e resposta a surtos de doenças e epidemias e outras emergências sanitárias nos Estados-membros da CEDEAO. A African Risk Capacity adota sistematicamente uma perspetiva de género nas suas operações e políticas.

O presente estudo realiza uma pesquisa aprofundada relativa à integração de género no sector da saúde pública na perspetiva dos surtos e epidemias (O&E), e na Gestão e Financiamento do Risco de Desastres (GRD&F) na Guiné-Bissau. A análise das vulnerabilidades e desigualdades de género visa 1) compreender melhor onde se situam as mulheres, homens, rapazes e as raparigas nos Surtos e Epidemias e na Gestão do Risco de Desastres; 2) identificar as lacunas e desafios e propor recomendações sobre políticas, estratégias e atividades para integrar o género nas respostas à O&E (Outbreaks and Epidemics, em inglês / surtos e epidemias) e para assegurar um sector de gestão de risco de desastres sensível ao género e transformador; 3) evidenciar os obstáculos da capacitação e participação das mulheres e suas contribuições nestes sectores.

As adversidades e vulnerabilidades que as mulheres enfrentam em consequência das alterações climáticas exacerbam desigualdades e vulnerabilidades pré-existentes. As mulheres, os homens, os rapazes e as raparigas pertencentes a estratos etários e socioeconómicos diferentes têm vulnerabilidades distintas. Isso molda a maneira como são afetados por desastres e a sua capacidade de se recuperarem deles. Relativamente à surtos de doenças e epidemias (Ébola, Covid-19, Cólera) também são notáveis as diferenças significativas nos impactos gerais e nas vulnerabilidades que afetam mais as mulheres, tais como disrupção do sistema de saúde materna e infantil, aumento da Violência baseada no Género (VBG), e graves impactos económicos no mercado alimentar informal dominado por mulheres.

A presente análise de género utiliza a “*auditoria de género*” (Gender Audit)¹ e para além de conversas com intervenientes chave (ministérios, instituições), foram consultadas comunidades locais em Bissau e nas zonas rurais, a fim de obter uma imagem mais abrangente das ocorrências epidémicas e de desastres naturais, bem como do nível de conhecimento de mulheres e homens sobre os riscos climáticos e suas gestões, sobre respostas a surtos e epidemias, sistemas de alerta precoce, e ações para a resiliência comunitária e opções de seguro.

Persistência das desigualdades de género na Guiné-Bissau

Décadas de instabilidade enfraqueceram os quadros institucionais de governação e minaram a qualidade e a eficácia da prestação de serviços públicos, na saúde, educação e proteção social, entre outros. A “*Política Nacional para a Igualdade e Equidade de Género*” (PNIEG, 2012/17), é o roteiro mais importante para a igualdade e equidade de género na Guiné-Bissau,

¹ Metodologia participativa de autoavaliação; vede https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/tools-methods/gender-audit?language_content_entity=en

mas não foi implementada até agora (falta de financiamento). A desigualdade de género persiste, uma vez que as mulheres têm um nível de instrução insuficiente e, de um modo geral, um estatuto socioeconómico inferior, com um acesso inadequado aos serviços sociais básicos e oportunidades reduzidas de participação política e económica em comparação com os homens.

As mulheres são sujeitas a restrições discriminatórias baseadas no género no acesso a recursos escassos (como crédito e terra) e à educação; têm a dupla carga do trabalho doméstico para cuidar e alimentar as suas famílias, associada ao trabalho no mercado para contribuir para o rendimento familiar. O sistema de proteção social é altamente fraco, e além disso, as raparigas e as mulheres na Guiné-Bissau enfrentam o risco específico de alta mortalidade materna e abusos de género, como a violência doméstica, a mutilação genital feminina (MGF) e o casamento precoce/forçado.

Outras barreiras estruturais chave face à igualdade de género são: falta de capacidade institucional para integrar a perspetiva de género; leis, políticas e planos discriminatórios, muitos deles neutros em termos de género ou “cegos” nos assuntos de género (gender-blind); uma gritante sub-representação das mulheres em cargos de decisão, desde a família até às altas funções da administração pública e a representação política nos partidos, na governação e no parlamento.

Nas auscultações de comunidades em Bissau e fora da capital, quase todos os participantes realçam existirem diferenças entre homens e mulheres e que o poder de decisão está sempre nas mãos dos homens. As mulheres participam pouco na esfera de tomada de decisão e são muitas vezes quase invisíveis, não têm as mesmas oportunidades que os homens e não são incluídas por serem consideradas inferiores, fracas e não competentes.

O Ministério da Mulher, Família e Coesão Social (MMFCS) é a única instituição estatal entre as partes interessadas analisadas, claramente liderada por mulheres e com uma maioria de mais de 80% das mulheres em posições de liderança, incluindo a Ministra e a Presidente do Instituto de Mulher e Criança. Nas outras instituições, particularmente nas áreas técnicas (ambiente, agricultura, saúde) nota-se uma participação feminina baixa, bem menos de 36% (taxa mínima das mulheres no parlamento conforme a Lei da Paridade). Os ministérios (agricultura, ambiente, saúde), o Serviço Nacional de Proteção Civil e o Instituto Nacional da Meteorologia não dispõem de pontos focais de género e/ou de especialistas em estudos de género. Não existem competências para a integração de princípios da igualdade de género no ciclo dos projetos. Os recursos humanos não são sensibilizados suficientemente para a análise e integração de assuntos de género.

Faltam mulheres em posições de liderança nas regiões e também no trabalho em áreas remotas, por exemplo entre os agentes de saúde comunitária e os funcionários nas estações meteorológicas nas regiões, onde uma presença forte das mulheres seria essencialmente importante para a transmissão de mensagens de sensibilização em caso de desastres naturais e ameaças de surtos e epidemias.

O género e a gestão de risco de desastres

O grau de consciência das comunidades guineenses sobre riscos relacionados com desastres e epidemias é relativamente baixo. Igualmente, os conhecimentos mais específicos sobre o ciclo de gestão de desastres (seus elementos) e os mecanismos de prevenção, preparação e resposta a epidemias ainda precisam de ser fortalecidos com formações e trabalho de sensibilização das comunidades para aumentar a resiliência da população.

Não existe qualquer fundo de emergência e programa específico de Proteção Social para casos de desastres e epidemias, nem atividades específicas consignadas às vulnerabilidades das mulheres. Até ao momento deste estudo, os apoios nestas situações são de natureza *ad hoc* e muito limitados, porque faltam meios financeiros e recursos humanos que dependem quase exclusivamente da assistência de doadores externos ou das ONG. Não existe um mecanismo nacional sólido de proteção social para apoiar as famílias altamente pobres, ameaçadas de fome e doenças.

As intervenções e atividades de vários projetos financiados pela comunidade internacional nas áreas de agricultura resiliente, adaptações às alterações climáticas, segurança alimentar etc. (PNUD/GEF, BAD, FAO, PAM) são relacionadas direta ou indiretamente com a fortificação da posição das mulheres face às alterações climáticas e potenciais desastres emergentes.

A planificação e a implementação eficazes da Gestão do Risco de Desastres encontram-se num estado embrionário, porque as capacidades institucionais no sector da proteção civil, na adaptação às mudanças climáticas e na proteção social são muito fracas. Falta a sensibilização em larga escala para os riscos climáticos, enquanto as opções para a gestão desses riscos são reduzidas e os recursos financeiros escassos.

Os quadros políticos e institucionais que permitem decisões informadas sobre os riscos de desastres estão atualmente ausentes, em parte devido às limitações nas infraestruturas e capacidades humanas e técnicas necessárias, no Serviço Nacional da Proteção Civil e outros serviços responsáveis/afins.

Em todos os aspetos da gestão de riscos de desastres na Guiné-Bissau não há espaço para ouvir as vozes femininas. A integração de género numa forma transversal, a inclusão das mulheres e a prestação equitativa de tratamento e benefícios para todos no sistema de alerta precoce e gestão de desastres são ausentes.

- ***A Estratégia Nacional de Gestão do Risco de Catástrofes de 2013*** é neutra em termos de género, e necessita de atualização (com base na nova estratégia de CEDEAO).

- ***As dimensões de género na gestão de desastres não são percebidas.***

- ***O Serviço Nacional de Proteção Civil não tem capacidade para realizar avaliações de vulnerabilidade e delinear*** impactos diferenciados por mulheres, homens, raparigas e rapazes.

- Não existem ***dados desagregados por sexo e dados relevantes sobre o género*** para avaliação de vulnerabilidade e outros aspetos importantes de género e para tomada de decisões inclusivas, integrando as perspetivas de género.

A Guiné-Bissau não possui um mecanismo de coordenação sistematizado onde os múltiplos atores têm um espaço de planificação e execução de intervenções harmonizadas.

A redução de riscos de desastres na Guiné-Bissau é contingente de mecanismos de financiamento de diferentes doadores internacionais e da coordenação internacional – nacional. Assim, a parte nacional tem pouca influência sobre a elaboração e a forma de implementação dos projetos.

O alerta precoce e a gestão de desastres na Guiné-Bissau só podem ser desenvolvidos através do reforço da informação climática e do melhoramento das capacidades humanas e técnicas. A integração da perspectiva de género nas respetivas políticas e programações ainda é um grande desafio. Deveria ser adotada uma abordagem holística e transformadora em questões relacionadas com a igualdade de género nas ações de prevenção e resposta a desastres que abranja atividades em todos os níveis de intervenção: reforço do nível institucional e político e apoio aos níveis individual, comunitário e nacional.

O género e a prevenção / resposta a surtos de doença e epidemias

O sistema de saúde pública da Guiné-Bissau caracteriza-se por enormes desigualdades de género e por uma falta geral de tratamento qualificado adequado às necessidades das raparigas e das mulheres, com consequências drásticas, em particular, na taxa de mortalidade materna e infantil.

Nas auscultações feitas, quase todos participantes, incluindo o pessoal médico e o pessoal do INASA, confirmam lacunas significativas na prevenção e resposta a surtos de doenças e epidemias. Nem os hospitais, nem as instituições e nem as comunidades estão preparadas para fazer face a essas ameaças. Para além da inexistência de planos de contingência, figura o facto de não haver capacidade de os implementar ao nível das comunidades. Nos hospitais faltam equipamentos para diagnóstico.

As mulheres estão muito mais expostas às fragilidades do sistema de saúde do que os homens, especialmente as mulheres grávidas, devido à carga desproporcional de doenças suportadas por mulheres em idade fértil, combinada com suas necessidades específicas de acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade.

De acordo com o Global Health Security Index (GHSI), a capacidade da Guiné-Bissau de se preparar para uma epidemia é muito baixa em geral; o país ocupa o lugar 170 entre 195 países na sua capacidade de prevenção de doenças zoonóticas.

A Guiné-Bissau não dispõe de uma estratégia nacional de redução do risco de surtos e epidemias e os seus impactos catastróficos e/ou um plano nacional abrangente de resposta a emergências de saúde pública para doenças com potencial epidémico ou pandémico.

A pandemia do Covid-19 exibiu a dimensão da fragilidade do sistema político, sanitário e económico da Guiné-Bissau, e sobretudo, a falta de uma capacidade de resposta nacional abrangente a esta emergência sanitária. O sistema nacional de saúde estava e continua a estar simplesmente sobrecarregado, e a pandemia da COVID-19 interrompeu os serviços de saúde muito limitados na Guiné-Bissau, especialmente da saúde materna e infantil.

As informações recolhidas nas ONG e nas nossas consultas efetuadas no quadro deste estudo confirmaram um aumento significativo da violência doméstica e de violência baseada no género durante a COVID-19 na Guiné-Bissau.

Para responder as suas obrigações com o Regulamento Sanitário Internacional a Guiné-Bissau deve seguir e implementar as orientações da **Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (VIDR)** da OMS para detetar doenças, condições e eventos prioritários e comunicar informações sobre eles em todos os níveis do sistema de saúde do país. Mas, na verdade, o atual sistema de saúde não dispõe de competências necessárias para o efeito. Foram identificadas, entre outros, lacunas na capacidade e qualidade dos sistemas laboratoriais, na cadeia de abastecimento dos laboratórios, na vigilância em tempo real, na notificação sobre epidemias de potencial de preocupação internacional, e na comunicação com as comunidades.

Centro das Operações de Emergências em Saúde (COES) e Planos de Contingência

O Mecanismo de Coordenação das Operações de Emergências em Saúde (COES) é uma ancora fundamental sobre a qual deve se construir a resposta às emergências. Vários ministérios e parceiros estão representados no COES que podem intervir na resposta a emergências da saúde pública.

O COES conseguiu desenvolver planos nacionais de contingência para Ébola e Covid-19. Estes planos incluem uma análise da situação com uma avaliação do nível de preparação da Guiné-Bissau para enfrentar epidemias.

Os principais constrangimentos e desafios para a integração de género na prevenção e resposta aos surtos de doença e epidemias são a falta de integração dos componentes da igualdade de género nos planos de resposta às epidemias; a falta de dados desagregados por sexo de surtos e epidemias; poucas mulheres em posições de decisão e planeamento, e também entre os técnicos de epidemiologia de campo e os agentes comunitários.

O financiamento durante as crises sanitárias, para melhorar a capacidade de fazer face às ameaças epidémicas, depende quase totalmente do apoio dos doadores por causa do orçamento muito limitado no OGE para as emergências. Mas a melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde aos surtos de doenças e epidemias exige planos financeiros plurianuais e um compromisso de longo prazo.

A avaliação das capacidades de resposta às epidemias demonstrou que há problemas críticos na vigilância de surtos e epidemias no país como também nas capacidades de implementação das estratégias adequadas. Áreas prioritárias que precisam da intervenção urgente: a planificação de contingência e financiamento da resposta precoce; investimento em capital humano, mão de obra, sistemas e infraestruturas; uma forte vontade política que permite colaborações institucionais eficazes e uma agenda comum alinhada a todos os níveis.

Três áreas de intervenção para aumentar a resiliência das mulheres em tempos de emergências sanitárias.

- *Esforços para manter os serviços da saúde materna e infantil a funcionar razoavelmente*
- *Medidas de proteção social/ empoderamento económico das mulheres*
- *Respostas lideradas pela comunidade e pela sociedade civil à pandemia, incluindo apoios a mulheres vítimas de violência baseada no género*

Recomendações chaves – gestão de risco de desastres

Integração transversal do género nos programas da proteção social.

Programas de reforço das capacidades a vários níveis para eliminar os obstáculos à entrada de mulheres em funções altas de representação e da tomada de decisões.

Equilíbrio de género no pessoal das instituições de implementação do Sistema de Alerta Precoce e Gestão de Riscos de Desastres.

Introdução de especialistas de género em todas instituições da função pública relevantes, nomeação oficial de pontos focais de género.

Integração dos princípios da igualdade de género e da inclusão dos grupos vulneráveis na Estratégia Nacional de Gestão do Risco de Desastres revista e atualizada (CEDEAO).

Fortalecimento da capacidade técnica e estatística da Proteção Civil, Instituto Nacional de Estatísticas etc. para a avaliação de vulnerabilidades e de capacidade, incluindo a cartografia detalhada dos riscos de desastres, a base de dados desagregados por sexo

Elaboração de Planos de recuperação de desastres, por vários atores (tais como: Proteção Civil, Câmara Municipal, Obras Públicas, Ministério de Agricultura) junto os parceiros internacionais, considerando necessidades e capacidades das mulheres (proteção da VBG etc.).

Desenvolver linhas de programas de apoio direto à recuperação de desastres (alimentos, cash payments, apoio de reconstrução /zinco, tendas, mobília, roupa, sementes) junto com os parceiros internacionais, assegurando uma afetação equitativa de recursos para as mulheres. Garantir que as informações sobre o clima e as atividades de alerta precoce sejam sensíveis /transformadoras ao género em todas as etapas do ciclo, envolvendo mulheres e homens na conceção, administração e implementação do sistema de alerta precoce.

Operacionalizar a Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres – ativação dos fóruns nacional, regional e local com a prioridade de integração de mulheres e grupos marginalizados e ativar mecanismos de cooperação inter-institucional;

Reforçar as capacidades das comunidades na instalação de sistemas de alerta precoce e gestão de desastres com atenção especial ao envolvimento das mulheres no conhecimento, monitoramento e comunicação de avisos de riscos e capacidade de resposta a alerta precoce.

Financiamento do risco de desastres que promove a inclusão das mulheres e igualdade do género, proporcionar educação financeira as mulheres e micro/pequenas empresas para aplicações financeiras de telemóvel.

Recomendações chaves - prevenção e resposta a surtos de doença e epidemias

Desenvolver e implementar o Plano Estratégico Nacional de Emergências de Saúde Pública, que será um plano multi-risco, integrando nele um quadro responsivo ao género. É baseada

na avaliação estratégica dos riscos de emergências da saúde pública, a fim de facilitar as intervenções quando estas surgem, de uma forma multisectorial e integrando as questões e preocupações de género.

Fortificar institucionalmente e em recursos humanos e financeiros o Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES) como mecanismo central de resposta às emergências da Saúde Pública e as capacidades laboratoriais de deteção e a notificação das epidemias.

Reforçar o *Programa de Formação em Epidemiologia de Campo - Linha da Frente (FETP-Frontline)* ministrado pelo INASA com mecanismos que possam garantir a sustentabilidade financeira, operacional e técnica do programa a longo prazo.

Criação de *bases de dados de género e desagregados por sexo* para uma tomada de decisão mais informada e inclusiva.

Integração da perspetiva de género na análise dos riscos, nos planos de contingência (para diferentes doenças/epidemias), no sistema e comunicação de vigilância, particularmente vigilância de campo.

Integração de cláusulas para a paridade de género na contratação e na formação de quadros de saúde pública / epidemiologia e incentivos para o trabalho feminino, garantindo cuidados das crianças e modelos de trabalho em tempo parcial (part-time) (barreiras contra a contratação de mulheres com perfil científico adequado).

Reforçar o papel das mulheres na prevenção e resposta aos surtos de doenças e epidemias com aplicação de taxa de igualdade 50/50 de género na composição do COES e nas equipas da resposta rápida, incentivar as candidaturas femininas para Formação em Epidemiologia de Campo - Linha da Frente (FETP-Frontline).

Estratégia de comunicação de género no sentido de melhorar a compreensão de atores (de cima para baixo), sobretudo das mulheres sobre como agir em caso de surtos e epidemias. A estratégia deve veicular mensagens concernentes às necessidades específicas das mulheres, homens, rapazes e raparigas no que se refere a surtos e epidemias.

Estabelecer e manter mecanismos robustos de vigilância epidemiológica e resposta: *epidemiologia centrada no campo/comunidade, com foco no género (Mulheres, homens, meninas e meninos) e intersecção com outros parâmetros sociais* (pobres, idosos, pessoas com deficiência ou doenças crónicas).

Integração de medidas contra a VBG na resposta a emergências de Saúde Pública: incluir nos planos de contingência de cada epidemia, uma análise do género, os impactos socioculturais e económicos; melhorar a base de dados sobre a violência contra as mulheres no contexto de epidemias; implementar as abordagens de prevenção, resposta e mitigação de riscos de VBG no cerne dos planos de contingência;

Assegurar mecanismo de ativação e mobilização de fundos para utilização imediata durante as emergências, criação de fundos de emergência com os parceiros e várias instituições nacionais; incluir um orçamento específico para garantir a igualdade de género nas ações de emergência ou uma percentagem do fundo fixo de antemão dirigido a projetos inclusivos (Jovens, mulheres).

Capítulo 1: Introdução

1.1 Interseccionalidades: Impactos das alterações climáticas se cruzam com as desigualdades de género em desastres, surtos e epidemias

As normas, papéis e relações de género são fatores importantes para determinar a vulnerabilidade e a capacidade de adaptação aos impactos das alterações climáticas. A vulnerabilidade das mulheres e dos homens é determinada pelas diferenças nos seus papéis e responsabilidades sociais. Relativamente as mulheres, a expectativa de que cumpram os seus papéis e responsabilidades enquanto prestadoras de cuidados às suas famílias impõe-lhes trabalhos e deveres adicionais durante e depois eventos climáticos extremos e desastres, surtos de doenças e epidemias. Para os homens, o seu papel esperado como provedor económico da família também resulta frequentemente em encargos adicionais na sequência de tais acontecimentos na busca de meios de sobrevivência.

As normas, papéis e relações de género dão origem a desigualdades de género – isto é, diferenças entre homens e mulheres que fortalecem sistematicamente um grupo em detrimento do outro. Embora as normas de género e os comportamentos resultantes delas afetem negativamente a saúde, não são valores fixos, podem evoluir ao longo do tempo e estão sujeitos a alterações. Assim, as más consequências para a saúde resultantes das diferenças e das desigualdades de género também não são estáticas, mas podem ser alteradas.²

A gestão de risco de desastres e a prevenção e resposta a surtos e epidemias muitas vezes são vistas como domínio dos homens. Assim as necessidades das mulheres não são consideradas nem são compreendidas e elas pouco participam nos mecanismos de gestão e tomada de decisão. Esta situação é agravada pelas desigualdades de género que se manifestam em normas tradicionais e sociais discriminatórias e relações de poder desiguais: as mulheres têm menos acesso e controlo a recursos, serviços e tecnologia. Pouco espaço é concedido as mulheres na tomada de decisões e liderança, como também se observam grandes desigualdades nos níveis de literacia e escolarização que desfavorecem as mulheres.

A igualdade de género é alcançada quando mulheres e homens podem partilhar igualmente poder, recursos e influência. As desigualdades são globalmente generalizadas; sabe-se que as mulheres enfrentam desvantagens e muitas vezes permanecem excluídas do acesso a oportunidades e autonomia. Estas diferenças, por sua vez, têm um impacto claro nos resultados de saúde e exacerbam o risco representado pelas ameaças de emergências sanitárias e desastres.³

Há evidências crescentes sobre os impactos desiguais de desastres e emergências sanitárias nas mulheres e raparigas. No entanto, são necessários dados concretos e análises de género para compreender adequadamente as diferentes vulnerabilidades e necessidades. As relações desiguais de género se relacionam com outras variáveis sociais e económicas, resultando em padrões diferentes e por vezes injustos de exposição a riscos de desastres e emergências sanitárias. Por outro lado, resultam num acesso e utilização diferenciada de informações,

² <http://www.who.int/gender/genderandhealth/en/index.html>.

³ WHO (2022). Mainstreaming Gender within the WHO Health Emergencies Programme. 2022-2026 Strategy. p.1-2. (ISBN 978-92-4-004929-1 /electronic version).

cuidados e serviços de saúde – incluindo durante epidemias e desastres. Os impactos sociais variam dependendo da idade, condições socioeconómicas, ocupações e género. As pessoas mais pobres e mais marginalizadas do mundo são as mais afetadas.

A influência global das alterações climáticas nas doenças é complexa: afetam a saúde humana diretamente, com impactos do stress térmico, mortos e ferimentos em inundações e tempestades, e indiretamente através de alterações na gama de vetores de doenças (por exemplo, mosquitos), agentes patogénicos transmitidos pela água, qualidade da água, perturbações dos ecossistemas de que a humanidade depende com consequências para a saúde decorrentes da redução da produção de alimentos, a deslocação de populações e conflitos em torno de recursos esgotados (água, terras férteis, pescas).

Compreender os fatores que governam a dinâmica e a distribuição de parasitas e patógenos animais e vegetais assumiu uma nova urgência diante as alterações climáticas globais. Muitos organismos causadores de doenças são fortemente influenciados por fatores ambientais como a temperatura, a precipitação e a humidade, que, por sua vez, são influenciados pelas alterações climáticas.⁴ Uma meta-análise abrangente revelou que as alterações climáticas podem agravar mais de 50% dos agentes patogénicos humanos conhecidos. Não é mais uma questão de se, mas sim de quando, tais eventos irão precipitar outra pandemia.⁵

Em 2022 e 2023, duas epidemias mortais de cólera chamaram a atenção do mundo. A primeira ocorreu no Paquistão após inundações extremas e causou centenas de milhares de infeções. De forma alarmante, a estirpe que surgiu no Paquistão esteve associada à epidemia de cólera mais mortal da história do Malawi. Embora o Malawi normalmente registe algumas centenas de pacientes com cólera por ano, houve 57.414 casos confirmados e 1733 mortes de 2022 a 2023. A elevada taxa de mortalidade nesta epidemia, que rondava os 3%, chocou a comunidade médica internacional.⁶

Relativamente aos riscos associados aos papéis de género na interface homem, animal e vida selvagem, existem diferenças específicas de género no que diz respeito às doenças infecciosas emergentes (EID) e zoonoses em termos de riscos e exposição entre homens e mulheres, uma vez que há atividades diferentes em que os homens estão envolvidos do que as mulheres, como a caça, que é tipicamente masculina, enquanto são as mulheres que cozinham carne selvagem, cuidam de familiares doentes, etc. (diferentes riscos ocupacionais).⁷

Embora os desastres afetem e ameacem todas pessoas, os desastres naturais matam, em média, mais mulheres do que homens, ou matam mulheres numa idade mais jovem do que

⁴ Thomas MB (2020) Epidemias em movimento: alterações climáticas e doenças infecciosas. *PLoS Biol* 18(11): e3001013. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3001013> .

⁵ Túlio de Oliveira , Houriiyah Tegally (2023). As alterações climáticas vão amplificar as epidemias e dar origem a pandemias? *CIÊNCIA*, 25 ago 2023, vol 381, edição 6660, [DOI: 10.1126/science.adk4500](https://doi.org/10.1126/science.adk4500), <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.adk4500>.

⁶ CDC (21.03.2023). Strengthening Cholera Response Efforts in Malawi, www.cdc.gov/globalhealth/stories/2023/cholera-efforts-in-malawi.html

⁷ Claudia Cataldo, Maria Bellenghi, Roberta Masella, Luca Busani (2023). One Health challenges and actions: Integration of gender considerations to reduce risks at the human-animal-environmental interface. *One Health* 16 (2023) 100530, <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2023.100530>. Fusco D, Martínez-Pérez GZ, Remkes A, De Pascali AM, Ortalli M, Varani S and Scagliarini A (2022). A sex and gender perspective for neglected zoonotic diseases. *Front. Microbiol.* 13:1031683. [doi: 10.3389/fmicb.2022.1031683](https://doi.org/10.3389/fmicb.2022.1031683).

os homens. Estas diferenças persistem em proporção à gravidade do desastre e também dependem do estatuto socioeconómico relativo das mulheres no país afetado. Este efeito é mais forte, por exemplo, em países onde as mulheres têm um estatuto social, económico e político muito baixo. Nos países onde as mulheres têm um estatuto comparável ao dos homens, os desastres naturais afetam homens e mulheres quase numa forma igual.

Normas, papéis e relações de género explicam as diferenças na fatalidade entre mulheres e homens em inundações no Nepal.⁸ O aumento da temperatura também aumentará a transmissão da malária, que já causa 300 milhões de doenças agudas e mata um milhão de pessoas todos os anos. As mulheres grávidas são particularmente vulneráveis à malária, pois são duas vezes mais "atraentes" para os mosquitos transmissores da malária do que as mulheres não grávidas.⁹ Nos desastres do ciclone de 1991 que mataram 140.000 pessoas em Bangladesh, 90% das vítimas eram mulheres. Durante o mesmo ciclone, a taxa de mortalidade entre pessoas de 20 a 44 anos foi de 71 por 1000 para as mulheres, em comparação com 15 por 1000 para os homens.¹⁰

Inundações são um dos perigos climáticos mais generalizados que representam múltiplos riscos para a saúde humana. Os impactos diretos e indiretos das inundações nas mulheres podem ter graves consequências negativas para a saúde e para a sociedade. As raparigas e as mulheres correm o risco de uma diminuição do acesso a importantes habilidades de vida devido às normas de género ou às expectativas em torno de comportamentos considerados "adequados". As mulheres e as raparigas muitas vezes não são ensinadas a nadar ou andar com bicicletas por razões culturais. Enquanto permanecem mais nas casas e nos sítios inundados do que os homens, as mulheres têm um elevado risco de contrair doenças relacionadas com água e com o consumo de água não apropriada.

As secas têm diferentes impactos em homens e mulheres. Períodos prolongados de seca estão ligados à escassez de biomassa (combustível sólido, madeira), alimentos e água, conflitos, migração em massa, aumento da pobreza, aumento do risco de incêndios, e acesso limitado a cuidados de saúde. A escassez de água está associada ao aumento da incidência de diarreia e cólera, especialmente entre crianças e idosos, uma vez que as práticas de higiene são frequentemente sacrificadas a necessidades mais prementes de água, como beber e cozinhar.

Para raparigas e mulheres, o mau estado nutricional resultante de péssimas condições económicas durante e depois de desastres e epidemias está associado a um aumento da prevalência de anemia, problemas de gravidez e parto, aumento das taxas de atraso do crescimento intrauterino, baixo peso à nascença e mortalidade perinatal. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), onde a deficiência de ferro é prevalente, o risco de as mulheres morrerem no parto pode ser aumentado em até 20%.¹¹

Em qualquer ocorrência de desastre ou epidemia as mulheres grávidas e lactantes enfrentam desafios adicionais, uma vez que têm uma necessidade acrescida de alimentos e água, e a sua

⁸ WHO (2010). Gender, climate change and health. A draft discussion paper. www.who.int

⁹ Awiti AO (2022) Climate Change and Gender in Africa: A Review of Impact and Gender-Responsive Solutions. *Front. Clim.* 4:895950. [doi: 10.3389/fclim.2022.895950](https://doi.org/10.3389/fclim.2022.895950).

¹⁰ WHO (2010). Gender, climate change and health. A draft discussion paper.

¹¹ WHO (2010). Gender, climate change and health. A draft discussion paper.

mobilidade é limitada. Em média, 18-20% da população em idade reprodutiva está grávida ou amamentando. Estes fatores biológicos criam uma população altamente vulnerável dentro de um grupo que já está em risco.

De um modo geral, espera-se que as mulheres e as raparigas cuidem dos doentes, incluindo em tempos de desastres e de stress ambiental, com alto risco de infeção, em caso de Ébola e do Covid-19. Isso limita o tempo disponível para geração de renda e educação que, quando combinado com o aumento dos custos médicos associados à doença familiar, aumenta os níveis de pobreza – uma poderosa determinante da saúde.

Ser confrontada com o fardo de cuidar de dependentes, ao mesmo tempo em que é obrigada a viajar mais para obter água ou lenha, torna as mulheres e as raparigas propensas a doenças relacionadas com o stress e à exaustão. O aumento do tempo gasto na recolha de água significa uma diminuição do tempo disponível para a educação das raparigas, além de colocar as mulheres em grande risco de violência quando viajam longas distâncias para recolher água e combustível sólido. O transporte de cargas pesadas durante longos períodos provoca danos cumulativos na coluna vertebral, nos músculos do pescoço e na parte inferior das costas, conduzindo assim ao envelhecimento precoce da coluna vertebral.

Consequências da desigualdade de género e as normas discriminatórias de género: As mulheres e as raparigas também enfrentam obstáculos no acesso aos serviços de saúde devido à falta de acesso e controlo sobre os ativos económicos para pagar os cuidados de saúde, bem como restrições culturais à sua mobilidade que podem proibi-los de viajar para procurar cuidados de saúde. A pandemia do Covid-19 resultou num aumento drástico da VBG até um nível que foi denominada de “pandemia sombra” em tudo o mundo. Um nível de escolaridade mais baixo implica mais restrições para as mulheres acederem à informação sobre saúde, epidemias ou os sistemas de alerta precoce sobre desastres naturais. Sendo assim, as raparigas e as mulheres terão menos acesso e oportunidades no mercado de trabalho, maiores riscos para a saúde associados à gravidez e ao parto e menos controlo sobre as suas vidas pessoais.¹²

Isto significa também que as mulheres têm menos tempo para contribuir para os processos de tomada de decisão a nível comunitário sobre as alterações climáticas, a redução do risco de desastres e a prevenção e resposta a surtos e epidemias.

Integração do género na gestão do risco de desastres e na preparação e resposta a epidemias

Abordar as dimensões sociais e de género dos impactos das alterações climáticas coloca muitos desafios e exige a integração da perspectiva de género na gestão do risco de desastres e na prevenção e resposta a epidemias, bem como o desenvolvimento sustentável e equitativo, e a capacitação dos indivíduos para construir a sua própria resiliência.

A igualdade e equidade de género e a justiça social não podem ser alcançadas sem o reconhecimento das diferenças de vulnerabilidade e dos pontos fortes das mulheres e dos homens, bem como dos vários fatores que contribuem para a vulnerabilidade. O reconhecimento destas diferenças é uma componente necessária e importante de quaisquer

¹² WHO (2010). Ibid.

tentativas de abordar as consequências sanitárias, sociais e económicas de género relacionadas as alterações climáticas, tal como se manifestam em desastres e epidemias.

As necessidades, capacidades e prioridades específicas das mulheres, raparigas, homens, rapazes e pessoas com géneros diversos devem ser identificadas e as abordagens de intervenção em saúde devem incluir as pessoas e grupos mais necessitados para desenvolver sistemas de saúde acessíveis e sensíveis ao género que cheguem às populações mais pobres.¹³ É urgente de recolher, analisar e reportar dados relevantes desagregados por sexo e idade e, dependendo do contexto, outros estratificadores devem ser incluídos para permitir uma análise minuciosa do género.

A OMS, na sua Nova Estratégia de Género, está empenhada na integração da perspetiva de género, que não só inclui dados desagregados por sexo, mas também traz uma perspetiva de género à análise de necessidades e à conceção de programas. O nível transformador de género procura abordar normas, papéis ou relações de género injustas que são as causas profundas de resultados e comportamentos negativos em termos de saúde. Esta Estratégia visa alcançar programas, políticas, operações, ferramentas e estruturas sensíveis ao género.¹⁴

Três dimensões da integração da perspetiva de género, nomeadamente conteúdo sensível ao género, representação de género e um ambiente propício à equidade de género – precisam de ser tidas em consideração no processo de elaboração de políticas. Isto requer a integração de uma perspetiva de género no conteúdo das diferentes políticas, abordando a questão da representação de mulheres e homens numa determinada área política e institucionalizando a igualdade de género na estrutura, processos e culturas das organizações que implementam estas políticas.¹⁵

Visto da perspetiva baseada nos direitos humanos e argumentos de eficiência, tanto as mulheres como os homens têm direito às mesmas oportunidades de influenciar e beneficiar dos programas. A inclusão do conhecimento e experiência individuais e coletivos de mulheres e homens beneficia a redução do risco de desastres e os resultados dos projetos de emergências de saúde bem como a resiliência das famílias e da comunidade.

Os argumentos a favor de Gestão e Financiamento do Risco de Desastres sensível ao género baseiam-se no pressuposto de que as mulheres e os homens enfrentam diferentes vulnerabilidades e impactos dos riscos climáticos (perda de bem-estar e de vidas induzida por desastres). No igual modo, existem diferenças entre mulheres e homens no acesso e utilização de instrumentos financeiros e seguros nas suas variadas formas. Estas diferenças podem ser atribuídas à dinâmica de comportamentos, normas e relações socialmente construídos e têm implicações para os quadros políticos e institucionais, bem como para os intervenientes envolvidos na disponibilização e utilização do Financiamento do Risco de Desastres e Epidemias.¹⁶

¹³ WHO (2022). Mainstreaming Gender within the WHO Health Emergencies Programme. 2022-2026 Strategy. p.1-2- ISBN 978-92-4-004929-1 (electronic version).

¹⁴ WHO (2022). Ibid.

¹⁵ European Institute for Gender Equality (2016). What is gender mainstreaming? <https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/mh0216878enn.pdf>.

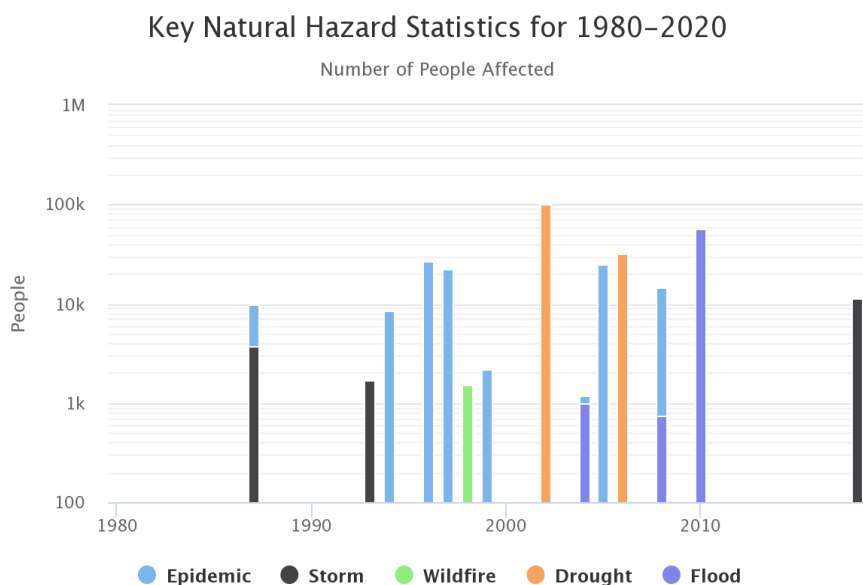
¹⁶ UN-Women (2022). Gender Analysis In Non-Traditional Sectors: Climate and Disaster Risk Finance and Insurance, p. 4.

1.2 A vulnerabilidade climática da Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau é altamente vulnerável às alterações climáticas, que já estão a perturbar os meios de subsistência e do bem-estar das populações, minando as suas capacidades e oportunidades. Os impactos manifestam-se principalmente através de inundações e erosão costeiras, estações húmidas mais curtas, aumento das temperaturas, ondas de calor, secas e padrões de precipitação imprevisíveis. A capacidade de adaptação da população rural, em grande parte pobre e em situação de insegurança alimentar, é baixa.

Todos os impactos das alterações climáticas, quer sejam de início baixo ou de natureza súbita, têm o potencial de se transformar rapidamente em desastres.

Os eventos climáticos extremos reportados internacionalmente para a Guiné-Bissau entre 1969 e 2019 mencionam 15 ocorrências com a seguinte distribuição: 27% inundações, 27% secas, 20% tempestades e 20% infestação de insetos. As secas e inundações aumentaram significativamente após 2000.¹⁷ Há, naturalmente, muito mais eventos relatados localmente, principalmente sobre inundações nos bairros pobres e subúrbios da capital do país e sobre fortes tempestades, incluindo também na cidade interior de Bafatá, durante todas as estações chuvosas nos últimos anos.¹⁸



Worldbank: Climate Change Portal

Grande parte da superfície terrestre do país está localizada em terras baixas: o ponto mais alto da Guiné-Bissau está a 298 m acima do nível do mar, e 19 - 24% da superfície terrestre do país tem altitudes de até 10 m. Até 22% da superfície do país é composta por água. Florestas tropicais e subtropicais, savanas e arbustos dominam a maioria das áreas terrestres, enquanto

¹⁷ World Bank, Guinea-Bissau Standardized Outputs Presentation, preparada pela equipa AFR DRM Analytics - (P170031)).

¹⁸ Ver reportagens de jornais locais, No Pintchá, www.jornalnopintcha.gw, o Democrata, www.odemocratagb.com

grandes extensões de manguezais estão concentradas na zona costeira. Os manguezais cobrem 22% da superfície do país.



Inundações em Bissau, 2.9.2020, <https://www.odemocratagb.com/?p=26193>

Do ponto de vista dos efeitos e impactos das alterações climáticas na Guiné-Bissau, o país pode ser dividido em duas grandes regiões: a zona costeira e o interior.

A zona costeira ocupa dois terços do território do país. Abriga aproximadamente 70% da população e tem importância econômica significativa. A influência marítima faz-se sentir na maioria das bacias hidrográficas da Guiné-Bissau, em locais tão afastados do mar como Farim ou Bafatá. Esta influência inclui não só o impacto das marés nas massas de água doces, mas também o fenómeno natural da intrusão salina, da erosão costeira e das inundações. Estes serão provavelmente exacerbados pelas alterações climáticas através dos impactos da subida do nível do mar.

No interior, o clima é globalmente mais seco e mais suscetível a anomalias de temperatura e precipitação resultantes das alterações climáticas. Estes incluem um encurtamento da estação chuvosa e temperaturas mais baixas na chamada "estação fria". Os ventos de poeira seca também devem se tornar mais frequentes no interior e afetar a produção agrícola.¹⁹

Com níveis de temperatura elevados e crescentes em todo o país, o stress térmico já é elevado e continuará a ter impacto na saúde humana e animal, sendo particularmente prejudicial para a produtividade do gado.

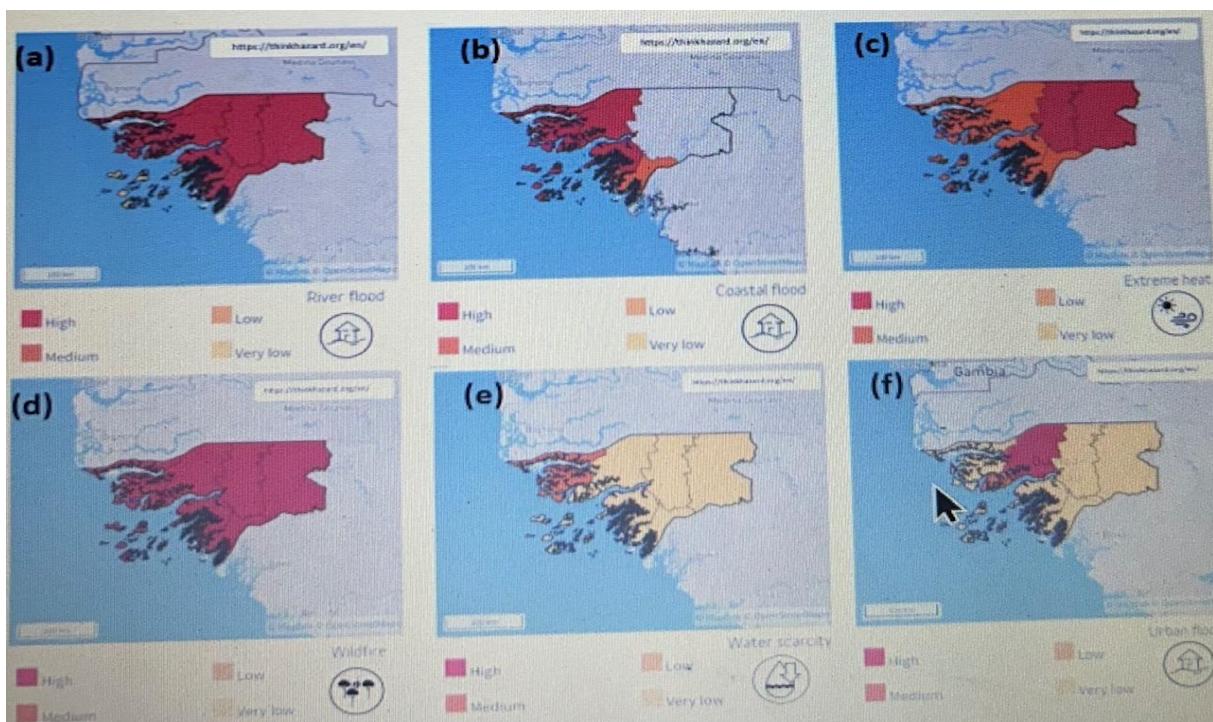
Nas atuais condições climáticas, em média, 74 mil pessoas (5% da população total de 2016) são afetadas anualmente pelas secas. Em condições climáticas futuras (2050-2100), prevê-se que este número aumente drasticamente, cerca de sete vezes, afetando até 38% da população. As secas estão ocorrendo principalmente nas planícies do Nordeste e nas terras altas orientais do país, com graves impactos na saúde humana, na agricultura e na pecuária. O aumento do

¹⁹ EBD Global Optimum/ PNUD Guiné-Bissau/ Climate Promise (2021): Governo da Guiné-Bissau, NDC Update September 2021, unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/nationally-determined-contributions-ndcs.

risco de seca é em todo o país, mas ocorrerá principalmente em áreas que já são duramente atingidas.²⁰

Os modelos climáticos demonstram um consenso sobre o aumento constante das temperaturas futuras; no entanto, os padrões futuros de precipitação, na região do Sahel da África Ocidental, apresentam elevada incerteza e projeções contraditórias. Vários modelos climáticos retratam tendências divergentes, com alguns indicando um futuro mais seco, enquanto outros sugerem um futuro mais húmido. A intrincada interação de fatores que influenciam os padrões climáticos da África Ocidental torna-se aparente através do aumento inicial da precipitação esperado para a década de 2030, seguido por um declínio subsequente em direção à década de 2050.²¹

Mapas de prováveis impactos dos principais perigos que afetam a Guiné-Bissau ²²



De acordo com a Análise de Resposta Climática do PAM para a Guiné-Bissau (dezembro de 2021), a diminuição será maior nas planícies do Nordeste e mais baixa na zona costeira sul. Por conseguinte, o risco de inundações e alagamentos aumenta no futuro, especialmente na zona

²⁰ UNDRR, 2018, GNB: Guiné-Bissau Disaster Risk Profile - Floods & Droughts. Disponível em: [GNB: Guiné-Bissau Perfil de Risco - Inundações e Secas \(2018\) — GeoNode](https://riskprofilesundrr.org/)

²¹ PAM, 2021, Análise de Resposta Climática Guiné-Bissau. A Aliança da Bioversidade e o Centro Internacional para a Agricultura Tropical; Programa Alimentar Mundial. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000138252/download>.

²² EBD Global Optimum/ PNUD Guiné-Bissau/ Climate Promise (2021): Governo da Guiné-Bissau, NDC Update, September 2021, unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/nationally-determined-contributions-ndcs.

costeira sul e nas terras altas orientais, enquanto o risco de seca aumenta significativamente na parte norte do país, particularmente na zona costeira norte e nas planícies nordeste.

A subida do nível do mar terá impacto tanto na zona costeira norte como na zona costeira sul, sendo a zona sul a mais afetada, especialmente em torno de Catió, Cufar, e nos estuários ao longo da fronteira com a Guiné. No Norte, as projeções indicam futuras inundações permanentes de algumas áreas adjacentes a estuários, principalmente em torno da vila de Cacheu.

A produção agrícola será afetada pela perda permanente de terras devido à invasão do mar e pelo aumento das inundações e da salinização dos campos.

A população de Bissau aumentou de 109.000 em 1979 para mais de 600.000 nos últimos anos. A expansão urbana descontrolada resultante deste crescimento coloca a cidade, os seus residentes e as suas infraestruturas em risco significativo devido aos impactos das alterações climáticas e, principalmente, à deslocação por causa das inundações.

A qualidade da habitação e das infraestruturas públicas em Bissau é geralmente fraca e torna-a suscetível ao risco de inundações. A inundação de casas e infraestruturas críticas em Bissau atingirá cerca de 30% da sua população até 2100, de acordo com o modelo desenvolvido por Morto Fandé, no seu estudo sobre ocupação territorial urbana.²³



Flooded Areas Bissau 2018-2100, all red marked zones are predicted to be flooded permanently by 2100. (reference Fandé, 2020).

²³ Morto Baiém Fandé, 2020, *Climate Change and Coastal Communities: Risk Assessment and Adaptation to Coastal Erosion and Flooding in Sea Level Rise Scenarios in Guinea-Bissau*, Tese de Doutoramento, Lisboa: Universidade de Lisboa, p. 90.

Em 2023, os bairros predominantemente residenciais de Kuntum Madina e Quelelé, compostos por habitações maioritariamente precárias, apresentam um maior risco de inundações costeiras devido à grande extensão de área construída e ao elevado número de edifícios localizados em planícies aluviais. As recorrentes inundações costeiras destas zonas, ao longo da última década, já obrigaram alguns residentes a abandonar as suas casas.

As cheias ameaçam também as infraestruturas públicas, no centro da cidade (Bissau Velho), onde se concentram os escritórios e a atividade comercial. Por exemplo, os quartéis da Marinha Nacional, localizados nesta área, já são periodicamente inundados. Outra zona com infraestruturas em risco de cheias costeiras é a zona húmida baixa localizada entre Bissau Velho e o distrito de Antula, que assistiu a um aumento enorme da construção de grandes armazéns e fábricas desde 2010.²⁴

A gestão de riscos para a produção agrícola, a segurança alimentar e a segurança humana na Guiné-Bissau evolui principalmente em torno da gestão eficaz da água. Os riscos estão frequentemente relacionados com a falta de água devido a secas, períodos de seca, alterações no início e duração da estação chuvosa, e aumento da evapotranspiração, humidade e stress térmico devido ao aumento das temperaturas. De igual modo, os riscos estão relacionados com o excesso de água devido a precipitações fortes ou marés altas que conduzem a inundações e alagamentos, bem como à intrusão de água salgada costeira em campos agrícolas e aquíferos subterrâneos.

1.3 Objetivos da análise de género

As capacidades da Guiné-Bissau em prevenção e resposta as epidemias e desastres, incluindo a recuperação deles, são muito fracas, ou seja, quase inexistentes e dependem fortemente de assistência da comunidade internacional.

A ausência de dados climáticos nacionais abrangentes deixa a população altamente vulnerável aos impactos adversos de perigos induzidos pelo clima e de fenómenos meteorológicos extremos. Consequentemente, a prevenção e a gestão de desastres e de riscos climáticos enfrentam desafios significativos. O sistema de saúde pública na Guiné-Bissau é caracterizado por enormes desigualdades de género e falta de tratamento qualificado e adequado às necessidades das meninas e das mulheres, dos homens e dos rapazes. O nível geral dos serviços é avaliado como muito modesto e precário para ajudar a população a satisfazer as suas necessidades básicas.

O presente estudo visa realizar uma pesquisa aprofundada relativa à integração de género no sector da saúde pública da Guiné-Bissau, na perspetiva dos surtos e epidemias (O&E), e na Gestão e Financiamento do Risco de Desastres (GRD&F). Com efeito, a análise das vulnerabilidades e desigualdades de género relativamente a preparação e resposta a surtos e epidemias no sector da saúde pública na Guiné-Bissau e também em relação a capacidade de gerir catástrofes e desenvolver resiliência aos impactos das alterações climáticas, permitir-nos-á:

²⁴ Fande, 2020, p. 91.

- Compreender melhor onde se situam as mulheres, homens, rapazes e as raparigas nos Surtos e Epidemias e na Gestão do Risco de Desastres;
- Identificar lacunas e desafios e propor recomendações para a integração do género nos O&E com vista à transformação do sector com base no género e igualmente identificar lacunas e desafios e propor recomendações sobre políticas, estratégias e atividades para assegurar um sector de gestão de risco de desastres sensível ao género e transformador;
- Evidenciar os obstáculos da capacitação e participação das mulheres na contribuição para O&E (preparação e resposta a surtos e epidemias) e GRD&F (gestão e financiamento de risco de desastres) e as oportunidades de articulação política para reforçar a integração da igualdade de género nos processos de planificação e implementação de O&E e GRD&F;
- Por fim apresentar recomendações para abordagens transformadoras do género, capazes de garantir a igualdade de género para homens e mulheres vulneráveis.

1.4 O programa da African Risk Capacity

O Grupo Africano de Capacidade de Risco é composto pela Agência ARC e pela ARC Limited. A Agência ARC foi criada em 2012 como uma Agência Especializada da União Africana (UA) para ajudar os seus Estados-Membros a melhorar a sua capacidade de planear, preparar e responder melhor os fenómenos meteorológicos extremos (por exemplo, secas, inundações, ciclones tropicais...) e surtos de doenças. A ARC Ltd é uma facilidade de seguro mútuo que presta serviços de transferência de riscos aos Estados-Membros através da partilha de riscos e do acesso aos mercados de resseguros.

A Guiné-Bissau é um Estado Membro da ARC desde 2016 e pertence ao grupo dos seis Estados membros da CEDEAO priorizados pelo projeto ARC-BMGF (African Risk Capacity - Bill and Milinda Gates Foundation), nomeadamente Costa do Marfim, Gana, Guiné-Bissau, Nigéria, Senegal e Serra Leoa.

Através das parcerias estabelecidas com a CEDEAO, a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) e o Instituto Pasteur de Dakar, a ARC apoia o reforço de capacidades para implementar práticas de gestão e financiamento do risco de catástrofes e reforçar as capacidades de vigilância, prevenção de doenças, resposta e resiliência às epidemias e outras emergências sanitárias nos Estados-membros da CEDEAO. A ARC adota sistematicamente uma perspetiva de género nas suas operações e políticas, com o objetivo de transformar as abordagens de gestão do risco de desastres para garantir a igualdade de género para mulheres, homens e crianças vulneráveis.

A especialista nacional em género, emergências de saúde pública e gestão de risco de desastres realizou auditorias detalhadas de género, ou seja, analisou a gestão do risco de catástrofes, os sistemas de gestão de emergências de saúde pública, os seus intervenientes e os mecanismos de resposta com uma lente de género. O objetivo final deste processo é propor

uma abordagem transformadora de género para ser integrada na gestão de riscos de catástrofes e emergências de saúde pública da Guiné-Bissau.

1.5 Estrutura do Relatório

Capítulo 1 Introdução estabelece a inter-relação entre desastres, epidemias e género e apresenta os efeitos das alterações climáticas e o grau da vulnerabilidade da Guiné-Bissau face a desastres e epidemias. Também contém uma descrição dos objetivos da análise de género, uma breve introdução ao programa da ARC e apresenta a estrutura do relatório;

Capítulo 2 Metodologia explica os métodos e descreve o processo utilizado para realizar a análise de género, incluindo fontes de dados, metodologia e técnicas de recolha de dados, mapeamento das partes interessadas e o quadro das perguntas orientadoras para a análise;

Capítulo 3 Situação da Mulher Guineense, desenvolve um panorama geral das questões de igualdade de género na Guiné-Bissau, e apresenta as respetivas áreas e setores políticos (3.2. – 3.12) relevantes para contextualizar a análise de género e a posição da mulher relativamente a Gestão de Risco de Desastres e Surtos e Epidemias na Guiné-Bissau. Inclui exemplos de boas praticas sobre a resiliência das mulheres e comunidades rurais face aos riscos climáticos e de saúde.

Capítulos 4, 5 e 6: Gender Audits, organizados em 3 capítulos (4: A representação das mulheres nas instituições e o perfil de risco das mulheres; 5: Gestão de desastres e género; e 6: Epidemias, as instituições da Saúde Pública, mecanismos da preparação e resposta e questões de género nos surtos e epidemias), uma análise detalhada da situação, identificando os problemas estruturais, as vulnerabilidades e necessidades das mulheres e as lacunas de género (gender gaps) na gestão de desastres e prevenção/resposta a surtos e epidemias.

A análise do género é focada nas áreas abrangidas pelas questões orientadoras, nomeadamente: quadros legislativos e políticos, papéis e responsabilidades de mulheres e homens, acesso e controlo sobre recursos e serviços e poder de decisão. Discussão da igualdade de género, disparidades e vulnerabilidades dos vários subsectores no que diz respeito ao financiamento e seguro do risco climático e de desastres e seguro contra riscos de surtos e epidemias nos dois subcapítulos.

Por seguinte, desenvolvem-se as recomendações, como pontos de entrada, para suplantar as desigualdades de género existentes nos setores de gestão de desastres e prevenção e resposta a surtos e epidemias e criar impactos diferenciados por género durante a implementação do programa.

Capítulo 7: Plano de Ação de Género: As recomendações traduzem-se diretamente num Plano de Ação em matéria de igualdade entre homens e mulheres para os dois sectores, risco climático/desastres e surtos/epidemias. O Plano de Ação de Género identifica potenciais atividades, realizações e resultados, com base nas desigualdades de género identificadas na análise. Além disso, poderá sugerir indicadores sensíveis às questões de género e dados de base desagregados por sexo, bem como fornecer estimativas orçamentais para atividades relacionadas com o género.

Nos anexos são documentados:

A lista e os contatos das partes interessadas, o processo das consultas, as perguntas orientadoras, o questionário e os resultados das auscultações (questionários, perguntas ao pessoal médico e Grupos focais), cujos resultados específicos figuram em todos os capítulos são apresentados aqui numa forma sistemática e resumida.

Outros anexos apresentam o Sumário Executivo em Inglês e o Plano de Ação de Género detalhado.

Capítulo 2: Metodologia

A nossa análise procura responder às seguintes questões:

Quais são as questões-chave de género relevantes para os programas do O&E e GRD&F?

Nomeadamente, como é que as mulheres, os homens, os rapazes e as raparigas são afetados de forma diferente pelas alterações climáticas/desastres e pelos surtos de doenças/epidemias e pelo acesso ao financiamento e aos seguros devido às diferenças nos respetivos papéis, necessidades, prioridades e estatutos?

Tal inclui a investigação dos quadros políticos e jurídicos, a divisão do trabalho baseada no género, o acesso e o controlo dos recursos e o poder de decisão.

A análise de género utiliza a “*auditoria de género*” (Gender Audit), uma metodologia participativa de autoavaliação. A auditoria de género ajuda as organizações a identificar e compreender padrões de género na sua composição, estruturas, processos, cultura organizacional e gestão de recursos humanos, bem como na conceção e execução de políticas e serviços.

Esta atividade avalia os dados existentes, informará sobre a existência ou a falta de dados desagregados por sexo, avaliará as ferramentas, os conhecimentos especializados, os sistemas e os procedimentos que contribuirão para assegurar a capacidade de resposta às questões de género nas intervenções planeadas do ARC. Além disso, a análise de género identificará as disparidades entre homens e mulheres e proporá recomendações para as colmatar, através das principais vertentes de trabalho de alerta precoce, planos de resposta/contingência e transferência/financiamento de riscos.²⁵

A *auditoria de género* engloba os principais ministérios e, bem como potenciais atores da sociedade civil, organizações e associações de mulheres, organizações internacionais, setor privado e institutos de investigação capazes de influenciar questões de género, respostas epidémicas e a gestão de risco de desastres na Guiné-Bissau. Entre outros, serão avaliados os planos nacionais de contingência/emergência e documentos afins.

Foram também consultadas comunidades locais em Bissau e nas zonas rurais fora da capital, a fim de obter uma imagem mais abrangente das ocorrências epidémicas e de desastres naturais em diferentes localidades (intersecção de género com parâmetros urbano-rurais, geográficos, demográficos e sociais), bem como do nível de conhecimento/informação de mulheres e homens sobre os riscos climáticos e sua gestão, sobre surtos e epidemias, sistemas de alerta precoce e opções de seguro.

São analisadas as consequências de surtos de doenças e riscos de eventos climáticos extremos para a subsistência, a saúde, as atividades produtivas, etc., de mulheres e homens, rapazes e raparigas, bem como as diferentes necessidades e respostas de género que emergem nas comunidades. Esta consulta incide sobre as vulnerabilidades existentes em matéria de género, os mecanismos de preparação e prevenção a nível local e como as questões de igualdade e

²⁵ Seguindo a abordagem da Estratégia de Género do ARC, 2019 (<https://www.arc.int/resource/arc-gender-strategy>).

equidade de género são consideradas e integradas. Inclui uma secção específica sobre a VBG (violência baseada no género) no decurso e no rescaldo de situações epidémicas e de desastres naturais na Guiné-Bissau.

As recomendações da *auditoria de género* servem de guia para os processos de reforço das capacidades e de planeamento de contingência da ARC. A este respeito, espera-se que as principais recomendações da auditoria de género abordem as questões de género no alerta precoce ou aviso prévio/definição de perfis de risco, bem como na planificação de resposta/contingência.²⁶

Mapeamento de partes interessadas

O mapeamento das partes interessadas (atividade iniciada pela equipa do ARC, durante a sua primeira missão ao país, em junho de 2023) foi concluído e integra os vários intervenientes públicos e privados que foram envolvidos no processo de análise de género. No anexo 1 é apresentado o mapeamento das partes interessadas e contactadas.

Quadro de Perguntas Orientadoras

As consultas com as principais partes interessadas foram efetuadas através de entrevistas (semiestruturadas) com representantes dos ministérios, instituições e organizações envolvidos ao nível central, e *djumbais* (conversas tipo grupos focais) e auscultações a partir de um questionário com mulheres e homens das comunidades, estudantes, membros de ONG, profissionais de saúde e autoridades locais. No anexo 2 são apresentados os questionários e as respostas.

As questões orientadoras sobre as quais se baseou a recolha de informações foram desenvolvidas em torno dos seguintes tópicos chaves:

- ✓ *Quais são os quadros legislativos e políticos no setor da saúde pública e na gestão do risco de desastres? Estes quadros integram a perspetiva de género? Políticas e planos nacionais e sua implementação, projetos em curso nas instituições a este respeito, consideração de situações e necessidades diferenciadas por género, vulnerabilidades específicas.*
- ✓ *Qual é a perceção e quais são os conhecimentos da população (mulheres/homens/ jovens/ estudantes/ membros da Sociedade Civil/ médicos) relativamente a vulnerabilidade, risco e gestão de desastres e preparação e resposta a surtos e epidemias?*
- ✓ *Quais são os papéis e responsabilidades das mulheres e dos homens (nos ministérios, nas instituições, a nível comunitário, na família em relação a surtos e epidemias e a prevenção/resposta a desastres?)*
- ✓ *Quem tem acesso e controlo dos recursos e serviços? (A todos os níveis, nacional, comunitário, familiar/macro-meso-micro).*
- ✓ *Quem tem poder de decisão? Porquê é que as mulheres participam pouco na esfera de tomada de decisão (falta de inclusão, relegadas a lugar de invisibilidade na sociedade patriarcal, etc.)?*

²⁶ ARC, 2019, Gender Strategy, <https://www.arc.int/resource/arc-gender-strategy>.

- ✓ Compreensão dos riscos e dos seguros, o que pode / deve ser feito para mitigar/prevenir/responder aos riscos de epidemias e desastres. Qual é a situação específica das mulheres? As mulheres e os homens têm igualdade de oportunidades e acesso à sistemas de prevenção ou transformação de riscos?

Capítulo 3: Situação da Mulher Guineense

3.1 Desigualdades e desafios em destaque

As disparidades que são discutidas neste capítulo, por sector, revelam a situação precária das mulheres e a interdependência das desigualdades. Demonstram a natureza interseccional do género com outros critérios de marginalização, como pobreza, analfabetismo, saúde precária etc.

Todos estes parâmetros desempenham um papel na posição desfavorecida das mulheres em termos socioeconómicos e políticos, na elevada vulnerabilidade à violência baseada no género, na grave violação dos direitos humanos das mulheres e na fraca capacidade de resistência das mulheres a conflitos, alterações climáticas, desastres e epidemias.

A desigualdade de género persiste, uma vez que as mulheres têm um nível de instrução insuficiente e, de um modo geral, um estatuto socioeconómico inferior, com um acesso inadequado aos serviços sociais básicos e oportunidades de participação política e económica reduzidas em comparação com os homens.

Como principais restrições e barreiras à igualdade e empoderamento das mulheres na Guiné-Bissau, podemos identificar as que aqui se enumeram:

- Falta de capacidade institucional para integrar a perspetiva de género;
- Políticas e leis discriminatórias, muitas delas neutras em termos de género ou (pior ainda) cegas em assuntos de género (gender-blind);
- Gritante sub-representação das mulheres em cargos de decisão, desde a família até à administração pública e ao nível governamental (os homens ocupam pelo menos 70% dos cargos de chefia em ministérios-chave)²⁷;
- Dominância dos papéis e relações tradicionais de género em que o homem decide pela família e a mulher é subordinada;
- Grave falta de educação formal, altas taxas de analfabetismo, particularmente entre as mulheres rurais;
- Falta de saúde básica: taxas críticas de mortalidade materna e de menores de 5 anos;
- Acesso limitado das mulheres aos tribunais e aos centros de justiça (CAJs), especialmente em casos de violência de género e abuso sexual devido a barreiras estruturais: medo, desconhecimento de seus direitos, traumatização, falta de informação e divulgação do apoio oferecido pelos CAJs, falta de estruturas operacionais de proteção às vítimas de VBG;
- Os direitos de propriedade das mulheres são limitados, as leis sucessórias são discriminatórias o que origina a falta de acesso aos recursos chave (terras, crédito);
- As mulheres, enquanto principais produtoras de alimentos para as famílias, responsáveis pelo trabalho doméstico, prestadoras de cuidados a crianças, idosos e doentes, não tomam decisões equitativas sobre o acesso e a gestão dos bens domésticos, apesar do seu crescente contributo para o rendimento familiar;
- Baixa eficiência do trabalho doméstico e da agricultura de subsistência, devido à falta de infraestrutura básica nas áreas rurais, sanitária e elétrica;

²⁷ MICS 6 (2020), ERI-ESI (2018).

- Desigualdade na produção e comercialização agrícolas, em que as mulheres ocupam posições no extremo inferior da cadeia de valor.

3.2 Leis e Políticas

A Constituição da República da Guiné-Bissau (1984/1996) proíbe todas as formas da discriminação e garante a igualdade das pessoas (Artigos 24 e 25), mas a mulher não é vista como sujeito e ator social de especial consideração.

A Guiné-Bissau assinou a maioria das convenções e protocolos internacionais para a proteção dos direitos humanos de mulheres, particularmente a “Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)”, e “O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África” de Maputo (2003), bem como a Resolução 1325 (2000) da ONU, entre outros.

Ao nível nacional, a consciência sobre questões de género foi levantada sistematicamente no "Segundo Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza" (DENARP II, 2011), que vincula as desigualdades estruturais de género ao desenvolvimento económico do país, e através da “Política Nacional para a Equidade e Igualdade de Género” (PNIEG, 2012/2017), que fornece uma política abrangente e estrutura de planeamento para os compromissos nacionais de igualdade de género.

As leis de proteção de género produzidas na última década fundamentam-se numa visão atual da igualdade e empoderamento de género, incluindo como prioridade, a proteção de mulheres e meninas contra a Violência Baseada no Género (VBG), a Mutilação Genital Feminina (MGF) e outras formas de violência.²⁸ Essas leis aguardam pela sua aplicação: faltam recursos para a sua disseminação, e confrontam-se com um sistema de justiça pouco operacional e a resistência cultural popular e dos principais atores das esferas de decisão política.

A Política Nacional para a Igualdade e Equidade de Género (PNIEG, 2012 e revisão 2017) é a política orientadora para a igualdade de género na Guiné-Bissau

O Instituto Nacional da Mulher e Criança (IMC) como promotora da igualdade e equidade de género lidera todos os esforços da sociedade guineense para que as mulheres possam ter as mesmas oportunidades como os homens em todos os espaços da vida pública, na educação e na saúde. Ao nível das políticas públicas, o PNIEG continua a ser o documento mãe de orientação para a autonomização e empoderamento das mulheres.

Por um lado, é produto do trabalho do Instituto Nacional da Mulher e da Criança (IMC), criado como estrutura operacional para o desenvolvimento, coordenação e implementação de políticas para os direitos das mulheres e a igualdade de género e é o resultado do envolvimento incansável de organizações da sociedade civil e de mulheres ativistas.

²⁸ O direito consuetudinário continua a ser aplicado em detrimento do direito positivo, particularmente em questões familiares. Parte importante da legislação nacional não considera questões de género e é obsoleto, principalmente o Código Civil que precisa de urgente revisão.

O PNIEG, pela primeira vez, leva em conta o papel da mulher em diferentes setores da sociedade e nas esferas de tomada de decisão. ***O PNIEG também enfatiza a prioridade do desenvolvimento sustentável e é o roteiro mais importante para a igualdade e equidade de género na Guiné-Bissau, fornecendo análises e recomendações abrangentes.***

O PNIEG tem como missão:

*"O reforço dos mecanismos de coordenação e apoio ao Governo na implementação sistemática e transversal da abordagem de género nos quadros legais, nas políticas e programas ao nível das instituições públicas e privadas e das organizações da sociedade civil, em prol da igualdade e do equilíbrio de género **através da mudança de mentalidade nas comunidades e famílias**" (PNIEG, 2012, p. 75).*

A implementação da política não teve início no momento da sua elaboração devido à falta de financiamento e ao corte de apoios por parte dos doadores internacionais após o golpe militar de abril de 2012.

O PNIEG observa que as mulheres e as raparigas foram particularmente afetadas pelos anos de crise, uma vez que são relegadas para segundo plano em todas as esferas da vida doméstica, comunitária e nacional. Enfrentam restrições baseadas no género no acesso a recursos escassos (como crédito e terra) e à educação, e a dupla carga do trabalho doméstico para cuidar e alimentar as suas famílias, associada ao trabalho no mercado para contribuir para o rendimento familiar. Além disso, as raparigas e as mulheres na Guiné-Bissau enfrentam o risco específico de mortalidade materna e abusos específicos de género, como a violência doméstica, a mutilação genital feminina (MGF) e o casamento precoce/forçado (PNIEG, 2012/2017).

A elaboração do PNIEG apoiou um ambiente propício e uma alavancagem política para uma série de "leis de proteção de género", como *a Lei contra a MGF (2011), a Lei contra o Tráfico de Seres Humanos (2011), a Lei contra a Violência Doméstica (2014), bem como a Declaração de Canchungo (2014)*²⁹ *das mulheres ativistas da Guiné-Bissau e a Lei da paridade (2018).*

A Política Nacional de Igualdade e Equidade de Género foi revista e uma nova versão e seu respetivo Plano de ação para o período 2016-2025 foram elaborados e aprovados no Parlamento no fim de 2017. A implementação desta política centra-se, na reformulação dos objetivos específicos e na sua ligação às estratégias internacionais e regionais de género, bem como à "Terra Ranka", o Plano Estratégico de Desenvolvimento da Guiné-Bissau (2015-2025).³⁰

²⁹ *A Declaração de Canchungo, elaborada por mulheres da Sociedade Civil, propôs uma participação de 40% de presença feminina no parlamento e no governo, a revisão da lei da Comissão Nacional de Eleições (CNE), da lei eleitoral e da lei-quadro dos partidos políticos, bem como a criação de centros de apoio para mulheres, raparigas e crianças, vítimas de violência baseada no género.*

³⁰ O (atual) Plano Diretor de Desenvolvimento Nacional "Terra Ranka" (2015-2025) não foi implementado até agora devido à estagnação política. De qualquer forma, contém os elementos básicos de vários programas governamentais desenvolvidos nos últimos anos, mas necessita de ser reforçada com uma estratégia de integração de género transversal aplicável em todos os seus programas.

O PNIEG visa integrar sistematicamente e transversalmente a igualdade e equidade de género em todas as políticas bilaterais e multilaterais de desenvolvimento e cooperação, nas estratégias, projetos e programas desenvolvidos na Guiné-Bissau.

O PNIEG precisa agora ser operacionalizado e priorizado, com recursos e metas.

A Presidente do IMC defende uma abordagem transformativa de género em que as mulheres guineenses podem demonstrar as suas verdadeiras capacidades, quebrando as perceções estereotípicas sobre as tarefas e o papel das mulheres na sociedade (o lugar natural da mulher é a cozinha, elas são o sexo fraco e vulnerável) e que participem em pé da igualdade com os homens em todos os assuntos e níveis da sociedade. Para que tal mudança nas relações de género aconteça, as mulheres devem ser liberadas do paradigma da vítima e serem verdadeiras agentes de mudança social, mulheres empoderadas e autonomizadas (Presidente do IMC, 24.11.2023).

Para a realização desta mudança, as mulheres precisam de escola: uma escolarização que vai muito para além da chamada “alfabetização funcional”, uma componente atualmente integrada em muitos projetos de desenvolvimento sustentável na Guiné-Bissau que facilitam o empoderamento económico. A falta de continuidade das aulas para além deste primeiro nível de alfabetização e cálculo básico, até pelo menos um nível robusto de Português e Matemática (quarta classe) faz com que as mulheres não possam avançar muito.

Na opinião da Presidente do IMC, uma vez bem instruídas, as mulheres poderiam conquistar o seu lugar e ascender a outros patamares na sociedade, no sentido de partilhar as responsabilidades e desenvolver respostas adequadas junto com os homens relativamente à epidemias e desastres, ultrapassando o papel da vítima e reforçando a resiliência das comunidades, incluindo fazer face a persistência da violência baseada no género (Presidente do IMC, 24.11.2023).

3.3 Violência Baseada no Género (VBG)

As mulheres são frequentemente vítimas da Violência Baseada no Género (VBG). A Mutilação Genital Feminina (MGF) afeta pelo menos metade das mulheres entre 15 e 49 anos. Entre as meninas mais jovens, de 0 a 14 anos, quase 30% são alvo dessa prática nociva.³¹ A esmagadora maioria das mulheres na Guiné-Bissau acredita que a prática da MGF deve ser interrompida,³² mas processos jurídicos contra a MGF são até agora fenômenos raros.

Apesar da criação de ambientes políticos, jurídicos e religiosos conducentes ao abandono da MGF³³, o número real de mulheres expostas a esta violação não foi reduzido na Guiné-Bissau.

³¹ MICS 6 (2020).

³² 86% das mulheres que vivem em áreas urbanas e 69% das mulheres que vivem em comunidades rurais (MICS 6, 2020).

³³ Manual do Banco Mundial (2019): entre 2008 e 2018, cerca de 389 comunidades na Guiné-Bissau declararam publicamente o abandono total das práticas de MGF nas suas comunidades.

Observadores no terreno notam uma tendência crescente para praticas clandestinas de MGF nos últimos anos.³⁴

O casamento precoce e forçado é uma prática generalizada entre a maioria dos grupos étnicos da Guiné-Bissau. As principais vítimas dessa prática são meninas entre 12 e 16 anos. Além do abuso sexual, o casamento forçado está relacionado com as dificuldades financeiras e pobreza extrema nas áreas rurais.³⁵

Embora faltem dados estatísticos rigorosos, as organizações de mulheres na Guiné-Bissau como os parceiros internacionais testemunham a existência da violência generalizada e socialmente aceite contra as mulheres, principalmente a violência doméstica por cônjuges e parceiros íntimos em casa.³⁶

3.4 Educação

O sistema educacional é caracterizado por uma fraca equidade. As raparigas estão sub-representadas em relação aos rapazes em todos os níveis do ensino, exceto no ensino primário. Apenas 48% das raparigas chegam ao final do segundo ciclo do ensino básico, contra 72% dos rapazes que o completam. No final do ensino secundário (12º ano) verifica-se uma grande evasão feminina: apenas 34,7% das raparigas inscritas completam este ciclo, contra 60% dos rapazes.³⁷

Evidências sugerem que a gravidez e o casamento precoce são as razões mais comuns para as meninas abandonarem o ensino médio. Com cerca de uma em cada três raparigas casadas ou grávidas antes dos 18 anos e 8% casadas antes dos 15 anos, as raparigas têm mais probabilidade do que os rapazes de abandonar a escola após o primeiro ciclo do ensino primário (1.º ao 4.º ano).³⁸ A falta de instalações sanitárias adequadas e as longas distâncias no meio rural até a escola também são consideradas barreiras críticas à participação educacional, especialmente para as meninas.³⁹ Por outro lado, a escola não oferece uma estrutura para reforçar o desenvolvimento da autoestima e confiança das meninas.

A taxa de alfabetização das mulheres adultas é significativamente menor do que a dos homens (32,6% e 52,2%, respetivamente). O analfabetismo no seio das mulheres nas zonas rurais

³⁴ Carvalho et. al (2018), representantes da Liga dos Direitos Humanos Guiné-Bissau (novembro 2022).

³⁵ Em 2010, a idade legal para o casamento foi elevada a 18 anos para ambos os sexos (Lei da Saúde Reprodutiva, 2010), mas as penas para punir quem força as filhas e os filhos a casar com idade menor (segundo a Lei da Violência Doméstica (2014), Artigo 27) são muito pouco implementadas. Um terço das raparigas guineenses são casadas com menos de 18 anos versus 3% dos rapazes (MICS 6 2020).

³⁶ Estudo de Manitese na região de Cacheu. A ONG Manitese registou recentemente mais de 80 casos de violência de género, principalmente casos de violência doméstica (num total de 38 aldeias). Os casos incluíram violência psicológica e económica, violência sexual e casamentos forçados. Dos casos acompanhados, apenas dois resultaram em processos judiciais que foi “um choque para nós que procuramos sensibilizar as pessoas para se queixar de acordo com a legislação em vigor no país”. <https://www.manitese.it/en/nadile-violence-against-women>. Muitas vezes, as mulheres hesitam em denunciar abuso sexual devido ao estigma e pressão social e falta de estruturas estatais competentes, especialmente na polícia, para lidar com a violência contra as mulheres.

³⁷ Relatório RESEN (2015).

³⁸ MICS 6 2020.

³⁹ L. Reis, B. Embalo (2022) Perfil de Género na Guiné-Bissau, p. 90-91.

alcança cerca de 84% (homens: 67%) e constitui um dos maiores obstáculos para realizar a mudança transformadora de género. O nível da alfabetização das mulheres jovens nas zonas rurais é três vezes menor que o do meio urbano sendo 25% por 73%, e para os homens jovens são 54% nas zonas rurais e 86% nas zonas urbanas (MICS6, 2020).

3.5 Saúde

De acordo com um estudo de diagnóstico da Liga Guineense dos Direitos Humanos em 2018, ***o sistema de saúde pública da Guiné-Bissau está largamente disfuncional em quase todos os aspetos essenciais e mal preparado para responder a catástrofes naturais ou epidemias.***⁴⁰ Esta avaliação do sector da saúde guineense bem antes de surgimento do novo Corana-Vírus demonstra que o estado de saúde publica já era muito preocupante antes da pandemia.

O sistema de saúde pública é caracterizado por enormes desigualdades de género e pela falta geral de tratamento qualificado e adequado às necessidades das meninas e das mulheres, com drásticas consequências, em particular, na taxa de mortalidade materno-infantil. Em 2017, a Guiné-Bissau tinha seis trabalhadores de saúde por 10.000 habitantes, uma taxa considerada muito baixa para ajudar a população a satisfazer as suas necessidades básicas.⁴¹

O frágil sistema de saúde não chega à maior parte da população. Cerca de 60% da população não tem acesso a uma unidade de saúde num raio de 5 km (MICS 6, 2020). Este estado de saúde pública constitui um obstáculo substancial a intervenções de resposta adequadas para evitar a propagação de qualquer doença (infeciosa) em maior escala, relacionada ou não com as alterações climáticas.

As mulheres estão muito mais expostas às fragilidades do sistema de saúde do que os homens, especialmente as mulheres grávidas, devido à carga desproporcional de doenças suportadas por mulheres em idade fértil, combinada com suas necessidades específicas de acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade. As suas necessidades merecem atenção redobrada e esforços concentrados do Estado.⁴²

A taxa de mortalidade materna é muito alta na Guiné-Bissau, situa-se acima da média regional e a piorar com a epidemia do Covid-19. Em 2015, a taxa de mortalidade materna era de 549 mortes por 100.000 nados-vivos⁴³, tendo baixado comparativamente em relação ao valor registado entre 2007 e 2014, de 900 mortes por 100.000 nados-vivos.⁴⁴ No ano 2021 foi notada uma subida para 657 mortos por 100.000 nados-vivo, devido a falta de serviços de saúde materna e menos frequência destes serviços pelas mulheres grávidas durante os dois anos da pandemia do Covid-19. (Fonte, à espera de confirmação do HNSM).

A Guiné-Bissau registou uma das mais elevadas taxas de prevalência de infeções por HIV e tuberculose na África Ocidental. Sobre o HIV, a carga deste vírus na Guiné-Bissau é a mais alta na África Ocidental, enquanto a cobertura da terapia antirretroviral é uma das mais baixas. As

⁴⁰ www.dw.com/pt-002/sistema-nacional-de-saude-da-guine-bissau-esta-doente/a-49638153.

⁴¹ Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022.

⁴² UNIOGBIS (2017). Direito à Saúde. Bissau: UNIOGBIS.

⁴³ PNUD, Relatório do Desenvolvimento Humano 2016, p. 216.

⁴⁴ MICS 5 (2014), p. 2.

mulheres são as mais afetadas (2,1% mulheres *versus* 1,1% homens da população total) e representaram 62,8% dos casos de HIV em 2019 (BM 2019).⁴⁵

A pandemia da COVID-19 abalou os serviços de saúde, tornando-os muito limitados na Guiné-Bissau. A prevalência de muitas doenças, a infraestrutura muito precária e as greves recorrentes no setor público tornaram o surto da COVID-19 uma emergência complexa (vede a análise detalhada no Capítulo 6.2).

As más condições dos serviços de saúde, especialmente nas zonas rurais do país, têm um impacto extremamente negativo na vida das mulheres guineenses que têm em média cinco filhos (6,8 nas zonas rurais, de acordo com as estatísticas nacionais do UNICEF) num contexto caracterizado por falta de acesso a infraestruturas básicas de água, saneamento, eletricidade e transportes.⁴⁶

Ainda, 67% dos agregados familiares não têm água potável na sua residência. Mulheres com mais de 15 anos gastam pelo menos 30 minutos por dia para obter água, e às vezes horas para procurar lenha (combustível sólido, biomassa). Apenas 18% da população tem instalações sanitárias melhoradas para dejetos humanos; nas áreas rurais, esse número foi de apenas 3% em 2018/19⁴⁷.

As necessidades mais amplas de saúde da mulher também incluem desnutrição, longas jornadas de trabalho, violência, distúrbios respiratórios resultantes da cozinha com carvão e lenha que são fontes de energias utilizadas pela maioria dos agregados familiares na preparação de refeições.

3.6 Inclusão e participação das mulheres nas esferas de decisão

O direito das mulheres para a participação na vida pública é reconhecido na Constituição da Guiné-Bissau, mas a inclusão e participação das mulheres nas esferas de decisão tem sido um processo lento. Tanto nos espaços formais e institucionalizados, assim como nos espaços comunitários e tradicionais - os locais por excelência de tomada de decisões relacionadas à vida comunitária - a participação das mulheres é bastante limitada e às vezes vedada com base em fundamentos tradicionais e religiosos. A responsabilidade de satisfazer e dar respostas às necessidades do cotidiano e da família impossibilita as mulheres de criarem mecanismos e tempo para reforçar as suas competências em todos os aspetos ligados ao conhecimento de forma a permitir a sua participação nas tomadas de decisão.

A política pública de inclusão da mulher nos espaços político e económico, no processo educativo e no emprego formal parecem um fenómeno imaginário que nunca foi executado.

⁴⁵ O conhecimento limitado sobre a prevenção do HIV e comportamento sexual de risco (múltiplos parceiros sexuais, uso inconsistente de preservativos), contribuem para a propagação da infeção. Devido à estigmatização na sociedade e consequente resistência das pessoas em fazer o teste, os dados disponíveis sobre as pessoas infetadas pelo HIV são bastante discutíveis.

⁴⁶ UNICEF statistics. MICS 6 (2020).

⁴⁷ MICS 6 (2020).

A igualdade de género está longe de ser uma realidade enquanto a organização social predominante é baseada no modelo patriarcal.

Desde a abertura democrática do país, em média somente 12.6% dos deputados são mulheres; poucas mulheres ocupam cargos elevados nos partidos políticos; menos de 20% dos postos ministras foram representados por mulheres e entre os juizes temos apenas 28% do sexo feminino.⁴⁸

No final de 2018, foi promulgada a "Lei da Paridade de Género" para garantir uma representação significativa das mulheres na tomada de decisões políticas. A Lei estabelece uma cota de representação das mulheres no parlamento (ANP = Assembleia Nacional Popular) em 36% que de longe não foi alcançada nas eleições legislativas em 2019 e em 2023. Embora as mulheres se tenham envolvido fortemente na campanha eleitoral, tiveram os piores resultados, com uma participação de 13% (13 mandatos em 2019) e 10% (11 mandatos em 2023) feminina entre os deputados.

3.7 A Situação Económica

A Guiné-Bissau tem uma população jovem e crescente de quase 2 milhões de habitantes, com uma idade média de 19 anos e uma esperança de vida de cerca de 58 anos. Cerca de 43% da população vive em áreas urbanas, concentrada principalmente na capital, Bissau.

A agricultura é a espinha dorsal da economia nacional: este setor corresponde a 69% do PIB do país, a 90% das receitas de exportação e a 85% dos empregos diretos e indiretos na Guiné-Bissau⁴⁹. O caju é a principal fonte de rendimento, 90% das exportações provêm da castanha de caju bruta, para mais de dois terços dos agregados familiares do país⁵⁰. As outras culturas são principalmente para subsistência enquanto as práticas agrícolas, em grande parte baseadas em tecnologia rudimentar e dominadas pela produção de bens de baixo valor agregado.

O empoderamento económico da mulher constitui um dos grandes desafios da Guiné-Bissau. Enquanto 11,3% dos homens trabalham no setor formal – não agrário, são apenas 3,6% das mulheres que participam na economia formal.⁵¹ Enormes desigualdades de género podem ser observadas: menos salários para as mulheres, taxa muito maior de mulheres em empregos vulneráveis e autoemprego com altos riscos de forte flutuação de renda; elevado grau de mulheres com atividades económicas no sector informal, sem nenhuma proteção social. A maioria das mulheres trabalha na agricultura familiar da subsistência, pequeno comercio, preservação e transformação de alimentos, serviços de beleza, restauração, artesanato.

⁴⁸ M. Barros & O. Semedo/ UNIOGBIS (2013), p. 22; PNIEG, (2012/2017).

⁴⁹ Terra Ranka (2015). Guiné-Bissau 2025 – Plano estratégico e operacional 2015-2020 "Terra Ranka".

⁵⁰ Banco Africano de Desenvolvimento. *Perspetivas Económicas Africanas 2019*. Disponível em: <https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/2019AEO/AEO_2019-EN.pdf>

⁵¹ ERI-ESI, 2017/18, p. 7 "Inquérito Regional Integrado sobre Emprego e Setor Informal (ERI-ESI), Guiné-Bissau, 2017-2018", Instituto Nacional de Estatísticas/ Ministério da Economia e Finanças.

Apesar de as mulheres na Guiné-Bissau contribuírem para a economia, elas permanecem desproporcionalmente afetadas pela pobreza, discriminação de género e subvalorização da sua força de trabalho.

A participação da mulher no mercado de trabalho é determinada por normas sociais que identificam a mulher como principal cuidadora do lar e da família. As mulheres continuam concentradas em áreas "invisíveis" do trabalho informal. O sector informal na Guiné-Bissau não é regulamentado nem integra o princípio da igualdade de remuneração por trabalho de igual valor (Lei de Trabalho). Falta também a introdução de linguagem positiva para enfatizar o pleno reconhecimento e redistribuição de cuidados não remunerados e trabalho doméstico na legislação.⁵²

As mulheres desenvolvem estratégias e capacidades de resiliência recorrendo à agricultura de subsistência e autoemprego na cadeia da produção e processamento alimentar mas estas atividades de rendimento baseadas em técnicas tradicionais e pequenos mercados locais oferecem pouca perspectiva de crescimento económico e de um verdadeiro empoderamento das mulheres.

Os homens encontram-se numa situação vantajosa porque controlam os escassos recursos disponíveis. Em quase todos grupos étnicos, as mulheres não têm acesso igual à terra nem direito de possuir / herdar terras agrícolas apesar de elas serem as que mais trabalham na agricultura. As mulheres são extremamente vulneráveis no que diz respeito aos direitos fundiários e são desfavorecidas em termos de acesso aos meios de subsistência.⁵³

A distribuição tradicional de bens conforme regulamentos do direito consuetudinário apresenta a principal barreira a oportunidades económicas para as mulheres na agricultura. Alguma mudança em direção a uma distribuição e herança de terra com maior igualdade de género será possível com uma implementação bem-sucedida da nova Lei de Terra (1998, 2018)⁵⁴ e adaptação sensível ao género da prática de distribuição de terra governada por regulamentação consuetudinária.⁵⁵

O direito e o acesso seguro à terra têm um forte efeito sobre as mulheres, reduzindo a sua dependência aos parceiros e parentes do sexo masculino e aumentando o poder económico e de tomada de decisão pelas mulheres.⁵⁶ Por outro lado, a insegurança dos direitos fundiários não só restringe a participação feminina nas culturas comercializáveis (caju, arroz, mancará), mas também limita a produtividade agrícola geral das mulheres, reduzindo os seus incentivos

⁵² B. Embalo (2020). Quadro legal da Guiné-Bissau e Género, p. 116.

⁵³ A percentagem de mulheres proprietárias de terras em toda a região da CEDEAO é muito pequena, por exemplo, no Senegal 10%, no Mali 5%, para a Guiné-Bissau os números exatos não estão disponíveis, mas são semelhantes (FAO (2013) "Gender and Land Rights database").

⁵⁴ De acordo com a "Lei de Terra" (1998/2018) e seus "Regulamentos" (2018), as mulheres podem possuir terras da mesma forma que os homens; também medidas são implementadas para garantir uma distribuição justa e mais equitativa de terras agrícolas. Por outro lado, a lei positiva que rege a propriedade comum do casal é discriminatória: de acordo com o Código Civil Nº 1678, os bens do casal pertencem ao marido.

⁵⁵ Em caso de separação conjugal, as mulheres geralmente perdem os seus direitos à terra, e as mulheres separadas raramente recebem direitos de uso da terra na sua família de descendência.

⁵⁶ B. Embalo/UNDP (2021), Gender Analysis Guinea-Bissau, p. 41.

ao investimento na terra. A produtividade agrícola das mulheres também é restringida por menos acesso a insumos agrícolas, crédito, materiais, equipamentos, e formação agrícola.

3.8 Agricultura e a resiliência no mundo rural

Analisando as políticas nacionais e planos do Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Sustentável (MADR), nota-se que a questão de género somente é levada em consideração recentemente no que tange a segurança alimentar.

O Plano Nacional do Investimento Agrícola (PNIA, 2011) é o principal instrumento político estratégico no campo da agricultura e segurança alimentar e visa contribuir para a redução da pobreza no meio rural através da promoção das fileiras agrícolas. A Política Nacional de Nutrição (PNU, 2013) coloca na agenda nacional toda a necessidade de estruturação de ações que visam promover e orientar políticas sobre alimentação e nutrição.

A segunda geração do Plano Nacional do Investimento Agrícola, aprovado em 2020, contem como temas emergentes o género e desenvolvimento e a segurança alimentar. Com esta atualização o Estado, no cumprimento de sua responsabilidade - concretização da segurança alimentar e nutricional enquanto política pública - fez algum progresso para o acesso universal à segurança alimentar que é um direito de todos os cidadãos guineenses.⁵⁷

A resiliência das mulheres face a choques climáticos e eventuais desastres provenientes deles é fortificada pelos programas do Ministério da Agricultura atualmente em implementação onde as mulheres são consideradas significativamente, seja como beneficiárias das atividades (60-70%), seja em termos do conteúdo próprio dos projetos. A componente da horticultura, executada por uma maioria de mais 90% das mulheres, sempre está integrada nos projetos da Agricultura. Os grandes projetos de desenvolvimento rural, financiados pelo Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrário (FIDA), o Banco Africano para o Desenvolvimento (BAD) etc. têm importantes atividades concentradas em mulheres, tais como o apoio a horticultura, o melhoramento de mercados rurais e as pistas rurais.⁵⁸ (entrevista DG Agricultura, 24.11.2023).

Boas praticas

O Projeto **“Autonomização e Inclusão Financeira das Mulheres e Jovens – transformação de caju, outras frutas e legumes”** tem por objetivo principal criar a autonomia financeira das mulheres e jovens nos sectores de Cacheu, Oio e Biombo, e também no SAB. As cooperativas das mulheres geram duas unidades de transformação de caju e outros produtos em Canchungo e Bissorã, onde as mulheres e jovens são empregados.

As cooperativas das mulheres recebem formações e créditos. O governo criou uma Agência de Crédito para o financiamento agrário que poderia ser complementado com seguro agrícola.

⁵⁷ CF. Santy, Amílcar Rodrigues Afonso (2021). Panorama das Políticas Públicas de Segurança Alimentar em Guiné-Bissau – O Acesso à Alimentação, um Direito de todos. Publicado em <http://hdl.handle.net/10183/222243>.

⁵⁸ Diretor Geral da Agricultura, Sr. Júlio Malam Injai, entrevista, 24.11.2023.

As mulheres organizam a procura e o transporte da matéria-prima para a unidade de transformação que está equipada com armazém grande com 2 compartimentos (um para a matéria-prima e outro para o produto acabado); a cooperativa tem 2 camiões de transporte e junto da unidade de transformação foi instalada uma casa social com infantário para as pequenas crianças das trabalhadoras.

Este tipo de projeto fornece também dados muito importantes para a avaliação da vulnerabilidade da população rural. Por exemplo, sobre as terras agrícolas inundadas, os danos provocados na agricultura e no gado, por região de intervenção e também dados desagregados por sexo.

Para garantir a segurança alimentar e prevenir situações de crise de alimentos durante /após eventos extremos, desastres e epidemias, o Ministério de Agricultura e Desenvolvimento Rural (MADR) visa fornecer e ter sempre disponível numa maior escala, sementes e equipamentos agrícolas e um stock de alimentos (DG Agricultura, 24.11.2023).

A experiência do Covid-19 no MADR foi denominada “Coronafome”, ou seja, a grande preocupação do Ministério de Agricultura e Desenvolvimento Rural foi o grave impacto da epidemia sobre o rendimento e sustento das famílias rurais, especificamente as mulheres. Para mitigar a “Coronafome”, o Ministério conseguiu sementes em grande escala (do Senegal) para aumentar a produção local e também apoios das Finanças em forma de pagamentos em cash para as famílias rurais mais pobres.

O Ministério opta agora para a implementação de hortas de qualidade e de grande dimensão, com uma vedação fortificada (fundamento, blocos, canteiros e arame) e poços melhorados, com uso de energia renovável, painéis solares, fotovoltaica, uma iniciativa de criar *climate smart* infraestruturas básicas para as mulheres rurais como caminho para aumentar a sua resiliência e segurança alimentar e, por conseguinte, a capacidade de dar resposta a situações de desastres e epidemias (DG Agricultura, 24.11.2023).

3.9 Segurança alimentar

A insegurança alimentar na Guiné-Bissau é geralmente elevada, sendo as mulheres, raparigas e crianças com menos de 5 anos as mais vulneráveis e as mais afetadas pela subnutrição. O atordoamento afeta 28% das crianças de 6 a 59 meses, atingindo um pico de mais de 30% – classificado como prevalência "muito alta" pela Organização Mundial da Saúde – nas regiões de Oio, Bafatá e Gabú. Entre as mulheres e raparigas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, apenas 31,7% atingem uma diversidade alimentar mínima, enquanto 44% sofrem de anemia.⁵⁹

⁵⁹ Ministry of Economy and Finance and National Institute of Statistics. 2020. Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MISC6), Guiné-Bissau 2018–2019 (Multiple Indicator Cluster Survey (round 6), Guinea-Bissau 2018–2019). 11 November 2021 results from the national food security and nutrition and monitoring system.

Cerca de um terço da população, ou seja, 700 000 pessoas tem um consumo alimentar insuficiente todos os anos (PAM 2021)⁶⁰. A dependência de comunidades a uma única cultura - o caju- coloca os seus meios de subsistência e até a sua capacidade de se alimentar dependente da colheita e dos preços internacionais do caju. Simultaneamente, a insuficiente produção interna de arroz, o principal alimento básico, cobrindo apenas 47% das necessidades domésticas,⁶¹ faz com que as pessoas e, acima de tudo, as mulheres pobres e/ou chefes das famílias, sejam extremamente vulneráveis. A produção de ambas culturas (caju e arroz) sofrerá cada vez mais os impactos das alterações climáticas, tais como secas, alterações nos padrões de precipitação e subida do nível do mar. Por outro lado, a dieta alimentar é dominada pelo arroz com pouca diversidade nutricional.

Entre março de 2021 e março de 2022, durante a epidemia do Covid-19, a situação de segurança alimentar deteriorou-se de 14% para 20,8%. A maioria das regiões sofreram de insegurança alimentar, principalmente as de Gabu, Quínara e Oio com percentagens de 29% a 38%. 55% das famílias não têm a capacidade económica necessária para satisfazer as suas necessidades alimentares e económicas essenciais, enfrentando dificuldades de acesso a alimentos e/ou necessidades não alimentares essenciais em saúde e educação e confrontados com baixos estoques de alimentos, preços mais altos para produtos básicos e perdas de renda geradas pelo fracasso da campanha anual de comercialização da castanha de caju.⁶²

Apesar do enorme trabalho das mulheres para a produção agrícola (55% ou mais), elas são em grande parte invisíveis e o seu trabalho é visto como uma “obrigação feminina” com a marginalização que enfrentam e devido à mentalidade machista e dominância patriarcal. As mulheres deveriam ter proporcionalmente mais atenção e influencia sobre a distribuição da produção agrícola e os alimentos ao nível comunitário e como recipientes de apoios alimentares.

As mulheres geralmente empregam conhecimento tradicional para garantir a qualidade da dieta das suas famílias enquanto mantêm a biodiversidade. Devido aos papéis de cuidados atribuídos a mulher, as suas responsabilidades são cruciais para defender a sua própria segurança alimentar e das suas comunidades. Os homens são responsáveis pelo cultivo de diferentes espécies, enquanto as mulheres ficam com a responsabilidade pelo cultivo de pequena escala, através do qual criam condição para a alimentação familiar.⁶³

⁶⁰ Röhrig, F., Bougouma, K., Schiek, B., Ghosh, A., Ramirez-Villegas, J., Achicanoy, H., Esquivel, A., Saavedra, C., Diekjürgen, D., Grosjean, G. (2021). WFP Critical Corporate Initiative: Climate Response Analysis Guinea-Bissau. The Alliance of Bioversity and The International Center for Tropical Agriculture; World Food Programme.

⁶¹ Ministério do Ambiente e do Desenvolvimento Sustentável (2018). Guiné-Bissau Terceira Comunicação Nacional à UNFCCC. Janeiro 2018.

⁶² WFP , Ianda Guine Kume Dritu, Governo da Guiné-Bissau (2022). Monitorar a segurança alimentar e nutricional para melhorar o estado nutricional da população da Guiné-Bissau (SiSSAN, Kume Dritu) Situação da segurança alimentar e nutricional no país de novembro de 2021 a maio de 2022, guineabissau.un.org/sites/default/files/2022-06/Apresentacao_SiSSAN_Nov2021_Mar2022_RestNationale_18052022.pdf

⁶³ Binto Mané (2021). Os Dilemas Da Consolidação De Segurança Alimentar E Nutricional Nas Zonas Rurais Da Guiné-Bissau: O Papel Do PMA No Fortalecimento Da Segurança Alimentar Das Populações Rurais, Especialmente Das Mulheres, repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2470/1/2021_arti_bintomane.pdf.

3.10 Alterações Climáticas e dinâmicas de género

Como um dos países menos desenvolvidos e pequeno Estado insular em desenvolvimento (PEID/SIDS), a Guiné-Bissau está continuamente listada entre os países mais vulneráveis aos impactos das alterações climáticas.⁶⁴ Os principais fatores da vulnerabilidade climática da Guiné-Bissau são a exposição física do país e a sua forte dependência da agricultura e da pesca, na medida em que os recursos naturais são a base para a subsistência da população, de uma biodiversidade significativa e para os fluxos de receitas públicas.

Uma vez que as mulheres constituem um grande número de comunidades pobres (rurais) que dependem dos recursos naturais para a sua subsistência, enfrentam maiores riscos e encargos decorrentes dos impactos das alterações climáticas, tais como perigos naturais e condições meteorológicas extremas. As desigualdades de género são exacerbadas pelas alterações climáticas e as mulheres cada vez mais terão de investir o seu tempo, sofrer de stress e ter uma carga de trabalho mais alta do que os homens.

Por conseguinte, qualquer medida destinada a promover o desenvolvimento resiliente às alterações climáticas e riscos de desastres deve ter em conta as questões de género e incluir a participação ativa das mulheres na planificação, na execução e no acompanhamento de intervenções adaptativas, a fim de alcançar resultados mais eficientes e sustentáveis.

Até agora, as leis e políticas ambientais do país não abordam adequadamente as questões de género. Não analisam as necessidades e prioridades diferenciadas em função do género e referem-se ao género sobretudo sob a noção de vulnerabilidade. A Lei de Bases do Ambiente de 2011 não menciona especificamente o género, por exemplo no que diz respeito ao papel das comunidades locais e não apresenta nenhuma visão específica dos membros da comunidade, mulheres e homens com diferentes necessidades e capacidades relativamente as questões ambientais.

A mesma tendência de falta de sensibilidade ao género verifica-se nos documentos-chaves sobre a adaptação às alterações climáticas: o NAPA (2006),⁶⁵ as Comunicações Nacionais à UNFCCC e o NDC (Contributo Nacionalmente Determinado),⁶⁶ apresentados ao Acordo de Paris. A primeira iNDC (2015)⁶⁶ não considera as vulnerabilidades de género e as necessidades de adaptação, nem propõe ações específicas para promover a igualdade de género na adaptação às alterações climáticas, e a terceira Comunicação Nacional (TCN 2018) também não aborda questões de igualdade de género em relação aos objetivos de adaptação às alterações climáticas. A nível político, a NDC atualizada da Guiné-Bissau, apresentada em outubro de 2021 à UNFCCC na COP 26 em Glasgow, e os documentos adicionais preparados (um roteiro para vias de adaptação e mecanismos de financiamento) com o apoio da Climate Promise Initiative (PNUD) consideram, pela primeira vez, o género como um setor transversal e incluem

⁶⁵ Disponível em <https://unfccc.int/resource/docs/napa/gnb01.pdf>.

⁶⁶ O NDC define uma série de metas de adaptação às alterações climáticas, tais como: (i) aumentar a percentagem de áreas protegidas de 15% para 26% e garantir que é bem gerida; (ii) desenvolver um programa de gestão integrada para a zona costeira até 2025; e (iii) ter 80% de energia renovável na matriz energética nacional até 2030. Existem muitas outras metas abrangentes delineadas na NDC da Guiné-Bissau, com um conjunto de processos de planeamento para orientar a implementação e monitorização das intervenções.

a análise de género e objetivos específicos de transformação de relações de género em todos os aspetos da planificação e intervenções de adaptação.

O Ministério de Ambiente tem a responsabilidade geral pela coordenação e implementação da política ambiental através dos diferentes departamentos, programas e projetos num sistema centralizado, uma vez que ainda não existem representações regionais do ambiente. A instituição tem beneficiado de um apoio significativo de numerosos parceiros nacionais e internacionais, incluindo: PNUD / GEF, UNEP, Banco Mundial, UE, IUCN, pontualmente Wetlands International, o Fundo Verde para o Clima, o Fundo de Adaptação, etc.

Em junho de 2021 (Decreto 51/2021) foi criado o Instituto Nacional do Ambiente (INA) com independência administrativa e financeira que será responsável pela conceção e implementação das políticas, estratégias, legislação ambiental do país, entre outras.

O papel ativo das mulheres a todos os níveis de adaptação e, subseqüentemente, na construção de comunidades rurais resilientes às alterações climáticas é apoiado através de projetos recentes que incorporaram mais profundamente a questão do género.

Ultrapassando o estereótipo de ser vulnerável e passiva, as mulheres são vistas principalmente como agentes que contribuem para a avaliação das necessidades e priorização de iniciativas e participam em igualdade na tomada de decisões sobre medidas de adaptação e implementação. Capacidade para implementar a adaptação de género ainda é limitada na Guiné-Bissau (Atualização NDC, Outubro 2021).

A componente do género e o empoderamento das mulheres ocupam um espaço muito importante nos projetos de adaptação as mudanças climáticas em curso no sector do ambiente com perspectiva de Alerta Precoce (aviso prévio) e a gestão de desastres. As intervenções são relacionadas com a fortificação da posição das mulheres face aos (eventuais) desastres naturais na zona costeira, exemplo erosão, inundações, perda de espaços de cultivo, infraestrutura e casas.

A gestão de riscos de desastres não é integrada no ordenamento do território e na planificação urbana e não existe proibição de construir as habitações e as infraestruturas sociais nas zonas submersíveis e inundáveis na capital Bissau e outras cidades. Muitas zonas da capital estão ameaçadas de ficar inundadas.

3.11 A Proteção Social

O Ministério da Mulher, Família e Coesão Social é responsável pela assistência social aos cidadãos guineenses. O objetivo declarado do ministério é "formular, propor, coordenar e executar políticas governamentais, promover a integração, a solidariedade e a coesão social, a proteção das mulheres e das famílias e a redução da pobreza".⁶⁷ No entanto, o baixo nível de recursos humanos e financeiros do Ministério limita a sua capacidade de liderança e influência na proteção social. Conseqüentemente, as estratégias e iniciativas de assistência social são impulsionadas pelos doadores e delineadas em documentos estratégicos gerais.

⁶⁷ World Bank (2021). Guinea-Bissau Building Resilience for Vulnerable Populations. © World Bank., p. 17.

O princípio da solidariedade – a base da proteção social – está consubstanciado na Constituição da República da Guiné-Bissau. A Lei-Quadro de Proteção Social de 2007 (Lei n.º 4/2007 - Lei de Enquadramento da Proteção Social) define o quadro geral da proteção social no país. Divide a proteção social em duas categorias: a segurança social, que é contributiva e corresponde ao sector formal, e a assistência social (ou redes de segurança social), que não é contributiva. A cobertura dos programas de seguro social é extremamente baixa, 2.8% dos trabalhadores participam em regimes contributivos. O regime de pensões consiste em três esquemas: i) um regime contributivo obrigatório para os funcionários públicos; ii) um regime não contributivo para os antigos combatentes; e iii) um regime contributivo abrangendo os trabalhadores de empresas privadas e públicas.⁶⁸ Apenas 3.9% dos idosos (com mais de 60 anos) recebem uma pensão.⁶⁹

O *Instituto Nacional de Segurança Social (INSS)* faz a gestão dos programas de Pensões, Abonos de família, Assistência médica, medicamentosa e para próteses e de Subsídios de Doença, Maternidade, Paternidade, Adoção, Aleitação. A *Direção Geral de Solidariedade Social* do Ministério da Mulher, Família e Coesão Social é responsável pela gestão da proteção social dos cidadãos.

As atividades de prevenção e mitigação de riscos e de prestação de apoio compõem o quadro formal da proteção social de base, tais como: Programa de transferência do Ministério da Mulher, Família e Coesão Social, Medicamentos subvencionados, Ajuda alimentar, Apoio a pessoas com deficiência.⁷⁰

A Lei da Proteção Social não contém nenhuma provisão que permite a extensão da cobertura e dos instrumentos de um sistema de proteção social aos trabalhadores informais e as suas famílias onde as mulheres pobres são muito presentes. A Lei está em revisão desde 2021, foram integrados os standards correntes na CEDEAO, e será levada para a aprovação no Conselho de Ministros em breve.⁷¹

Assume-se (por parte da consultora) que a versão atualizada da Lei da Proteção Social integra parte sobre a proteção específica das mulheres, conforme a sua vulnerabilidade, e um reconhecimento do trabalho informal e do trabalho doméstico não numerado. Deve-se

⁶⁸ A entidade empregadora é responsável pela inscrição do trabalhador por conta de outrem. A contribuição mensal, fixada em 22%, é distribuída entre 14% para a entidade empregadora, e 8% para o trabalhador. Financiamento da Proteção Social de acordo com a Lei n.º 04/2007, o regime não contributivo é financiado pelo orçamento das receitas do Estado e por doações de outros países, de organizações internacionais ou outras

⁶⁹ A pressão demográfica no setor público deverá obrigar o Estado a reformar o sistema em vigor no médio prazo. Nos próximos quinze anos, mais de 13.000 pessoas na função pública irão exceder a idade legal de reforma, ou seja, o dobro do número dos beneficiários atuais, vede Guiné-Bissau 2017, www.africaneconomicoutlook.org, p. 13.

⁷⁰ O programa Estratégias e Técnicas Contra a Exclusão Social e a Pobreza (STEP/Portugal, II fase), da OIT, financiado por Portugal, e direcionado para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Timor-Leste forneceu apoios pontuais para o fortalecimento institucional do INSS, auxiliando o mesmo na melhoria da sua capacidade de gestão, com o objetivo de extensão da cobertura e melhoria dos serviços. O STEP também auxiliou o Ministério da Mulher, Família e Coesão Social, com ações de reforço de competências e o Ministério da Saúde, através de um estudo sobre o financiamento e acessibilidade à saúde.

⁷¹ Entrevista DG Proteção Social, 27.11.2023. Não foi possível saber detalhes sobre as principais alterações.

lembrar aqui que o novo código laboral (2021) não atribui um lugar especial aos princípios da igualdade de género nem trata das situações laborais no sector informal.⁷²

Segundo uma análise do Banco Mundial, as despesas orçadas dos programas de assistência social no Orçamento Geral do Estado totalizaram US\$ 35,1 milhões em 2020 e US\$ 36,3 milhões em 2021, que são quase inteiramente, mais de 95%, financiados por doadores.⁷³

Programas de Assistência Social: Tipo de Programas, 2020–21 (% dos gastos totais em programas de assistência social)⁷⁴

<i>Tipo de programa (%)</i>	2020	2021
Transferência dinheiro	5.7	3.0
Assistência alimentar	4.9	5.2
Transferência em espécie	17.0	32.2
Obras publicas	6.3	22.0
Isenção de taxas e subsídios direcionados	51.2	30.5
Outra assistência social	14.9	7.1
Total	100.0	100.0

Fonte: Ministério das Finanças (WB, 2021).

Aproveitando a dinâmica da assistência inicial por meio de transferências monetárias prestada às famílias durante a pandemia de Covid-19,⁷⁵ o UNICEF, o PAM e o FNUAP iniciaram atividades com o Ministério da Mulher, Família e Coesão Social e com parceiros no sentido de desenvolver uma ***política e uma estratégia nacionais de proteção social como parte de atividades para apoiar a criação de um sistema nacional de proteção social reativo a choques.***⁷⁶

O desenvolvimento de uma *Estratégia Nacional de Assistência Social* exigirá um aumento da liderança governamental do Ministério da Mulher, da Família e da Coesão Social, alinhamento institucional e dos recursos. Para tal, o MMFSS necessitaria de ser reforçado para exercer um papel de liderança e desenvolver sistemas de informação para definir e visar grupos prioritários e mecanismos de monitorização das despesas de assistência social. Esse reforço da liderança prende-se com um aumento geral das despesas do governo com a assistência social.

Na Guiné-Bissau, a proteção social encontra-se num estado nascente onde falta quase de tudo. A cobertura da proteção social continua a ser muito baixa e é afetada por disparidades

⁷² Em termos de género, não vai muito para além do básico do código antigo de 1984. Não contem qualquer regulamento para ultrapassar as desigualdades do pagamento no sector informal, e no reconhecimento do trabalho doméstico geralmente proferido pelas mulheres.

⁷³ World Bank (2021). Guinea-Bissau Building Resilience for Vulnerable Populations. © World Bank.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ O PAM e o UNICEF lançam programa de proteção social para mitigar o impacto socioeconómico da COVID-19 em 1.500 famílias mais vulneráveis, diferentes regiões da Guiné-Bissau.

⁷⁶ WFP (2023). Guinea-Bissau, Country Annual Report 2022. As estratégias de proteção social delinearam o compromisso de um país com o desenvolvimento social e definem uma visão sobre a forma de o alcançar através das várias componentes de um sistema de proteção social. Concebidas para orientar a elaboração de políticas a médio e longo prazo, essas estratégias incluem normalmente uma avaliação dos riscos e vulnerabilidades, uma análise dos pontos fortes e fracos dos mecanismos de proteção social existentes e prioridades para reforçar a sua disponibilidade e eficácia.

significativas entre homens e mulheres. Nem sempre se conhece o número de mulheres beneficiárias dos programas da proteção social porque muitos programas trabalham com agregados familiares como beneficiários de programas, não desagregando os números de beneficiários.

Na agenda atual (plano de trabalho bianual 2022/2023) da Direção Geral da Proteção Social, o mapeamento das pessoas vulneráveis e a definição dos conceitos/tipologia e grau de vulnerabilidade apresenta-se como uma prioridade - em preparação para uma Lei de Vulnerabilidade⁷⁷.

Foi identificada uma lacuna grande com base nos Critérios das Nações Unidas relativamente a condições de beneficiários: não existem critérios oficiais para definir o grau de vulnerabilidade e qual o tipo de pessoa que mais necessita de apoio da proteção social e quem são os mais carenciados. A Lei da Vulnerabilidade das pessoas e agrupados familiares, com desagregação de dados de género, está em fase de proposta. Igualmente há falta de lei e regulamento para criação e funcionamento de casas/lares de acolhimento de pessoas vulneráveis, crianças e idosos, vítimas de violência doméstica, mulheres grávidas, casamento forçado e precoce etc. Neste momento existem casas de acolhimento nas regiões (Catio e Gabu) dos missionários/da igreja evangélica.⁷⁸ A Proteção social não tem representações nas regiões e a sua instalação é um dos objetivos do novo governo com intenção de criar centros sociais multi-usos em todo o país.

A proteção social é uma política cada vez mais importante para abordar a vulnerabilidade a desastres e pode ser cuidadosamente utilizada para atenuar os impactos diferenciados por género nos desastres.⁷⁹

Não existe qualquer fundo de emergência e programa específico de Proteção Social para casos de desastres e epidemias. Até ao momento deste estudo, os apoios nestas situações são de natureza *ad hoc* e muito limitados porque faltam meios financeiros e recursos humanos.

A proposta do Ministério é de criar um fundo de emergência. Cabe às administrações locais desempenhar um papel de coordenação, inclusive para a implementação de programas críticos de assistência social.⁸⁰

3.12 O papel da comunidade internacional: integração de género nos projetos da adaptação e gestão de riscos de desastres

As intervenções e atividades de vários projetos da comunidade internacional são relacionadas diretamente ou indiretamente com a fortificação da posição das mulheres face as alterações climáticas e potenciais desastres emergentes delas.

⁷⁷ Entrevista com DG da Proteção Social, 27.11.2023. Igualmente previsto é o Cadastro Social Único em que cada cidadão é registado com todas informações socioeconómicas etc. e recebe um número de identificação permanente.

⁷⁸ Entrevista com DG da Proteção Social, 27.11.2023.

⁷⁹ World Bank (2021). Gender Dynamics of Disaster Risk and Resilience. Authors: Alvina Erman et. Al, WB & GFDDR (Global Facility for Disaster Reduction and Recovery).

⁸⁰ Entrevista com DG da Proteção Social, 27.11.2023.

PNUD

Três projetos do PNUD-GEF sobre estratégias e medidas de adaptação às alterações climáticas, a saber: "Reforçar a resiliência das zonas costeiras vulneráveis" (projeto Coastal), "Serviços energéticos modernos através de mini-redes e técnicas de bioenergia de baixo uso carbónico" e "Reforço dos sistemas de informação e alerta precoce sobre o clima", consideram explicitamente os aspetos de género nas atividades de adaptação propostas e têm como enfoque específico a integração da perspectiva de género. Estes projetos em curso ou aprovados desenvolveram planos de ação em matéria de género e atividades orçamentais sensíveis às questões de género (Marcador de Género, grau 2 do PNUD). Estes projetos seguem os Indicadores de Género do GEF e incluem o objetivo da integração de uma perspectiva de género nas políticas, programas e processos de alterações climáticas na Guiné-Bissau.⁸¹

Desde o ano 2021 um projeto muito importante para instalação pela primeira vez de um mecanismo de alerta precoce na Guiné-Bissau está em fase de aprovação no GEF: "Strengthening climate information and early warning systems for climate resilient development and adaptation to climate change in Guinea Bissau". O projeto segue as regras de integração de género do GEF e seu plano de ação de género.

O Projeto "Coastal" apoia as mulheres rurais nas zonas de intervenção (toda a zona costeira) com microcréditos, hortas e a reabilitação das pistas rurais para além da reabilitação de grandes *bolanhas* de arroz.

Um outro projeto do GEF "Building small holder farmers resilience through climate smart agricultural techniques in Oio and Cacheu" será implementado à partir de março de 2024 e também segue a mesma abordagem de empoderamento das mulheres rurais em termos de técnicas resilientes e mais oportunidades de rendimento (Entrevista com o Diretor Geral do Ambiente, 22.11.2023).

ONG e outros doadores internacionais

Além disso, diferentes tipos de projetos que lidam com o desenvolvimento rural na Guiné-Bissau incluem componentes de adaptação centrados no género, tais como instalações de energias renováveis para irrigação, diversificação da produção agrícola por mulheres pequenas agricultoras (ONG ADPP, www.adpp-gb.org; EU: Programa Ianda Guiné Hortas!), e atividades para cozinha mais limpa ou combater a desflorestação, etc. (fogões melhorados).

Um projeto da ONG ADPP com o Fundo Verde e o Observatório do Sahel sobre "Adaptation of agricultural productive systems in coastal áreas of the Northwest of Guinea-Bissau (Cacheu e Oio)" iniciará em breve e contém semelhantes intervenções específicas para as mulheres.

O projeto do Fundo de Adaptação/BOAD (2020-2024) "Scaling up smart agriculture in Eastern Guinea-Bissau" visa reforçar práticas e capacidades de uma agricultura climaticamente inteligente (climate smart agriculture). São abordadas as principais vulnerabilidades na agricultura e na gestão dos recursos hídricos e é considerada a necessidade de desenvolvimento e resiliência dos agricultores extremamente vulneráveis, com especial incidência nas mulheres, nos idosos e nas crianças.

⁸¹ Ainda não iniciaram / não foram avaliados, e por conseguinte, não existem informações disponíveis sobre o sucesso/desafios da implementação.

Programa Alimentar Mundial (PAM)

O PAM produz em todos os seus projetos dados desagregados por sexo, faixa etária e localização geográfica para a conceção e o seguimento interno das atividades. As intervenções também são classificadas com um marcador de género de grau 1 até grau 4). São seguidas abordagens sensíveis às questões de género e à inclusão das pessoas com deficiência em todos os domínios.⁸²

O PAM promove a inclusão de homens, mulheres, meninas, meninos, idosos e pessoas com e sem deficiência nos comitês locais que monitoram a implementação do projeto. Por exemplo, 60% dos membros do comitê local de gestão da alimentação escolar são mulheres. A dimensão da inclusão também é fundamental para o direcionamento (targeting) e seleção de beneficiários do PAM.

O PAM, em parceria com o Governo e ONG locais, visa proteger os meios de subsistência das famílias em situação de insegurança alimentar, construindo resiliência a choques e melhorando o acesso a serviços sociais básicos e mercados nas comunidades rurais. Até agora, 96.000 guineenses beneficiaram das atividades do projeto *Food for Assets*.

O PAM está a contribuir apoiando o Ministério da Mulher, da Família e da Coesão Social (MMFSS) da Guiné-Bissau no desenvolvimento de um registo social para aumentar a capacidade do governo para apoiar a sua população e reforçar a resiliência aos choques climáticos. (Relatório Anual 2022 do PAM)

Os programas do PAM acompanham as famílias no meio rural desde os primeiros momentos de uma crise até ao longo prazo para fortificar as capacidades de resiliência, incluindo inquéritos nutricionais e o mapeamento de vulnerabilidade destas pessoas (Entrevista Ponto Focal de Género, PAM Bissau, 24.11.2023).

Boas práticas

Como construir a resiliência dos pequenos agricultores, especificamente mulheres e jovens?

No âmbito do seu resultado estratégico N°4: "Os pequenos agricultores na Guiné-Bissau, particularmente mulheres e jovens, melhoraram os meios de subsistência e aumentaram os rendimentos das famílias até 2024", o PAM apoiou em 2022 a redução de riscos em 52 comunidades, reabilitando campos de arroz salinizados, melhorando o acesso à água e apoiando a horticultura. As comunidades-alvo são selecionadas principalmente de áreas e localidades baixas, anteriormente afetadas pelas inundações e subsequente salinização da terra e secas, o que significa que essas comunidades têm enfrentado altos riscos de insegurança alimentar. Os beneficiários são principalmente assistidos através de criação de ativos que procuram fornecer ativos comunitários para aumentar os meios de subsistência.

As principais atividades de resiliência incluíram a reabilitação de bolanhas através da construção de diques e canais, a escavação de poços para melhorar o acesso à água e a diversificação e melhoria da produção hortícola através de práticas agroecológicas.

Outras atividades adicionais consistem na distribuição de insumos agrícolas e equipamentos de apoio a estas comunidades, para aumentar a produtividade dos cultivos hortícolas e planaltos; a distribuição, por exemplo, de sementes (18 Mt) para apoiar a horticultura das mulheres no âmbito do projeto PBF

⁸²

Entrevista com o Ponto Focal do Género, PAM, escritório Bissau, 24.11.2023.

'Creating safe and empowering public spaces with women to mitigate climate-security risks and sustain peace in Guinea-Bissau', e o trabalho em estreita colaboração com as ONG nacionais e as comunidades locais para iniciar atividades de reforço da resiliência lideradas localmente. Trabalhando com a ONG ECAS-D, sediada em Bafatá, o PAM está a ajudar a comunidade local na reabilitação de diques e a apoiar associações de mulheres na produção hortícola, bem como a proporcionar workshops de sensibilização.

Um projeto inovador sobre segurança climática (PAM, PNUD, ONGs locais) em 15 aldeias nas regiões de Cacheu, Quínara e Gabú visa mitigar os impactos das alterações climáticas na disponibilidade de terra e água, através da criação de espaços cívicos inclusivos em termos de género e da implementação de soluções de adaptação às alterações climáticas através da **Food Assistance For Assets**. Para além dos contributos agrícolas as mulheres são apoiadas através de programas de capacitação, com a realização de workshops de base comunitária. Estes centraram-se na educação sobre o direito das mulheres à justiça na sociedade e os seus direitos de acesso à terra. Tem também componentes instrucionais sobre gestão orçamental e liderança comunitária, e a tomada de decisões económicas e políticas.

O PAM fez parceria com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a MADR para implementar o treinamento do Sistema de Intensificação do Arroz para 150 agricultores em 15 aldeias, aumentando quatro vezes a produtividade do arroz e reduzindo a demanda por sementes, água e produtos agroquímicos. Parcerias com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e ONG nacionais financiadas pelo Fundo de Consolidação da Paz permitiram inovações e workshops de segurança climática nessas aldeias.

Capítulo 4: Gender Audit 1

4.1 O Género nas instituições⁸³

Liderança por género nas instituições estatais				
<i>Instituição</i>	<i>Total dos funcionários</i>	<i>Ministro / Presidente</i>	<i>Diretor Geral, Coordenadores</i>	<i>Diretores de Serviço</i>
Ministério da Mulher, Família e Solidariedade Social	21M / 16 H	1 M	4 M e 1 H	3 M e 6 H
Ministério da Saúde Pública	menos de 50% dos funcionários são mulheres	1 H	Coordenadores: 1 M e 9 H; DGs: 2 M e 2 H Diretores Regionais: 0 M e 11 H	
Ministério de Agricultura e Desenvolvimento Sustentável:	48 M/179 H	1 M	2 M e 12 H	6 M e 16 H
M. de Ambiente, Biodiversidade e Ação Climática	16 M / 37 H	1 H	1 M e 6 H	3 M e 12 H
Instituto Mulher e Criança	22 M / 8 H	1 M	3 M e 2 H (Diretores de Serviço)	5 m e 5 H (Chefes de Serviço)
Instituto Nacional de Saúde (INASA)	21 M / 34 H	1 M	1 M e 4 H (Diretores dos Centros, coordenador)	
Serviço Nacional de Proteção Civil	29 M/ 135H (mais muitos auxiliares, 68% masculinos)	1 H	1 H	3 M (chefes de departamentos)
Instituto Nacional de Meteorologia 21 M e 30 H	21 M / 30	1 H	2 M e 4 H (Diretores de Serviço)	6 M e 8 H (Chefes de Serviço)
TOTAL em 7 (8) instituições	178M / 439 H	4M/4H	16M/51H	23M/47H

⁸³ Entrevistas e questionários com responsáveis, novembro 2023 – março 2024: DG M.de Saúde, DG M. de Agricultura, Recursos Humanos M. de Ambiente, DG Ministério da Mulher/Proteção Social, Recursos Humanos Serviço Nacional da Proteção Civil, Vice-presidente do Instituto Mulher e Criança, Recursos Humanos do Instituto Nacional de Saúde Pública, Vice-presidente Instituto Nacional de Meteorologia, , Questionário aos Recursos Humanos

Liderança feminina e capacidades em género

Instituição	Capacidade em Género	Ponto Focal de Género
Instituto de Mulher e Criança	Liderança Feminina Capacidades em género: assistente social, sociólogo Não há especialista em género formado/a	Diretora de serviços para assuntos da mulher
Ministério da Mulher, Família e Solidariedade Social	Liderança feminina: Ministra e 4 dos 5 Diretores gerais são mulheres. DG da Família e Proteção da Mulher é a especialista de género	Ponto focal é nomeado <i>ad hoc</i> conforme o tema e área do projeto
Ministério de Saúde Pública	Entre os 4 DG nota-se equidade de género: 2 mulheres e 2 homens , mas: entre os coordenadores do programa da saúde comunitária: 1 mulher vs. 9 homens; nas regiões foram feitas campanhas de promoção das mulheres: apesar disso, os diretores regionais da saúde todos são homens, mas há 4 diretoras adjuntas vs. 7 homens (diretores adjuntos)	Ponto focal de género???
Ministério de Agricultura, Desenvolvimento Rural	Não há mulheres em posição de liderança maior. Todos as 6 direções gerais são ocupadas por homens, igualmente o Presidente do Instituto da Pesquisa Agrária é homem e os 9 diretores regionais são todos homens Não há um especialista em assuntos de género	Agricultura não tem um ponto focal de género
Ministério de Ambiente	Poucas mulheres em altas posições, o Instituto da Biodiversidade e Áreas Protegidas (IBAP) é liderado por mulher	Atualmente não há ponto focal de género, mas querem pedir assistência técnica do PNUD para formar uma especialista em género e ambiente que também ocupa a posição do ponto focal de género
INASA (Instituto Nacional da Saúde Pública)	Nova Presidente do INASA, desde outubro 2023 é mulher; Chefe do Centro de Epidemiologia e de Saúde Comunitária é mulher, também chefe de equipa de intervenção no campo é mulher,	Não há ponto focal de género

	Assim ocupam posições importantes de liderança Não tem especialista de género Na epidemiologia do campo avançada trabalham mais homens (4M vs 7H)	
Serviço Nacional de Proteção Civil	Poucas mulheres trabalham na Proteção Civil, falta a integração das mulheres na plataforma nacional de gestão de riscos de desastres	Não tem ponto focal de género
Instituto Nacional de Meteorologia (INM)	Mulheres ca. 1/3 dos profissionais, também são sub-representadas em posições de liderança (1/3)	Não tem ponto focal de género

Interpretação

Nas instituições auditadas trabalham 178 mulheres e 439 homens⁸⁴, ou seja, um rácio de cerca 30% mulheres e 70% homens. Enquanto ao nível dos ministros e presidentes dos institutos públicos analisados tem-se um equilíbrio de género na liderança (4 mulheres e 4 homens), o mesmo não se pode dizer nas categorias mais influentes para a implementação das políticas públicas e programas. Ao nível dos diretores gerais e coordenadores tem-se entre os 67 profissionais somente 16 mulheres, ou seja, ca. 24%. Ao nível dos diretores / chefes de serviço as mulheres são representadas com 23 mulheres (vs. 47 homens), ou seja, com 33%. Uma análise diferenciada por ministérios revela que a liderança feminina é ainda muito limitada e as mulheres continuam a ser excluídas dos postos decisivos nas áreas técnicas/engenharia.

O Ministério da Mulher, Família e Coesão Social (MMFCS) é a única instituição estatal liderada por mulheres e com uma maioria de mais de 80% das mulheres em posições de liderança, incluindo a Ministra e a Presidente do Instituto de Mulher e Criança. Nas outras instituições, particularmente nas áreas técnicas (ambiente, agricultura, saúde) nota-se uma participação feminina em menos de 50%. A participação feminina fica ainda por baixo da quota de paridade de 36% conforme Lei de Paridade (para os deputados da Nação) nas posições de liderança (posições políticas) e nas áreas técnicas. Isto deve-se em parte ao nível alto académico exigido, pelo menos a licenciatura nas engenharias e ciências naturais (STEM).

Os ministérios (Agricultura, Ambiente, Saúde), o Serviço Nacional de Proteção Civil e a Instituto Nacional de Meteorologia não dispõem de pontos focais de género e/ou de especialistas em estudos de género. Não existem competências para a integração de princípios da igualdade de género no ciclo dos projetos (como objetivos transversais, indicadores de seguimento etc.), desde o desenho até a monitorização dos projetos. Para além disso, os recursos humanos não são sensibilizados suficientemente para a análise e integração de assuntos de género, por exemplo necessidades e vulnerabilidades diferentes dos homens e mulheres nos sistemas de

⁸⁴ Sem Ministério de Saúde.

alerta precoce (Early Warning System) e gestão de riscos de desastres ou desenvolvimento de estratégias de prevenção e resposta a epidemias.

Várias tentativas de incentivar uma maior participação feminina, especialmente para postos de trabalho nas regiões, foram feitas por direções gerais ao nível dos ministérios, mas não tiveram ainda um sucesso satisfatório (DG Saúde Pública, DG Agricultura). As mulheres com perfil adequado residem maioritariamente em Bissau e não têm grande interesse de deslocação ao interior uma vez que os salários da função pública são péssimos e não tem condições razoáveis de alojamento, escola e transporte (considerando as famílias com crianças).

Faltam mulheres em posições de liderança nas regiões e também no trabalho em áreas remotas, por exemplo entre os agentes de saúde comunitária e os funcionários nas estações meteorológicas nas regiões, onde uma presença forte das mulheres seria essencialmente importante para a transmissão de mensagens de sensibilização em caso de desastres naturais e ameaças de surtos e epidemias.⁸⁵

⁸⁵ Ao nível dos hospitais regionais em Bafatá e Gabu o número dos médicos homens é muito elevado: em Bafatá somente cerca um terço do pessoal são medicas, em Gabú existe uma única medica e 12 médicos masculinos, vede resultados das consultas, Anexo 3.

4.2 Perfil de Risco das Mulheres face a Desastres e Epidemias

Objetivo:

O Perfil de Risco das Mulheres apresenta os fatores chave a considerar para avaliar os riscos com que as mulheres se confrontam em desastres, surtos de doenças e epidemias na Guiné-Bissau. Ajuda-nos na compreensão e melhor esclarecimento de sobreposição e interseção de diferentes fatores e o seu efeito amplificador.

Factor de Risco	Descrição	Comentário
Educação	Indicadores muito baixos na escolarização, baixa conclusão do primeiro ciclo e falta de qualidade de aprendizagem	Elevada dificuldade de compreensão das mensagens de alerta precoce e sua implementação (linguagem técnica, assuntos complexos); e de comunicação e percepção sobre epidemias/ perigo da desinformação e de comportamentos tradicionais ameaçadores para a saúde, dificuldade de gerir um telemóvel e abrir uma conta bancária
Saúde materna e infantil	Serviços muito caros e não acessíveis por causa de distância	As mulheres em tempos normais já sofrem, particularmente nas zonas rurais, situação agravada durante epidemia (confinamento, perigo de infeção)
Estado precário da grande maioria das casas	Casas muito vulneráveis as condições climáticas adversas, particularmente nas áreas rurais e bairros populares urbanos	Mulheres, meninos e idosos permanecem mais em casa do que homens com probabilidade elevada de serem vítimas de estragos, eventual colapso da casa
Falta grave de infraestruturas básicas	Pelo menos 50% de casas não têm eletricidade, somente 25% tem saneamento básico melhorado, acesso a água potável e limpa, ca. 35-40% ao nível nacional	Mulheres sofrem mais, porque investem maior parte do seu tempo e sua saúde para trazer água e lenha, devido a falta de energia elétrica nos trabalhos diários, estão expostas a poluição do ar: baixo nível da produtividade devido a essas circunstâncias
Falta de ativos	As famílias têm muito poucos ativos, o que as torna vulneráveis a choques. Em média, são 0,48 colchões e 0,43 camas por pessoa em casa. Apenas uma em cada sete famílias tem uma moto e uma em cada quatro tem um fogão ⁸⁶ (Banco Mundial)	As mulheres são mais pobres, têm menos disponibilidade financeira para adquirir bens, de forma que as suas são menos apetrechadas
Falta de propriedade/ acesso a terra	Mulheres tem pouca propriedade e / ou acesso a terras agrícolas	O sistema tradicional de herança impede às mulheres o acesso a propriedade de terras; a Lei de Terra que garante em princípio direitos iguais da propriedade para todos, é ambivalente em relação às leis consuetudinárias e ainda não está a ser implementada e tem ambivalência com
Falta de Conta bancária e uso de sistema de	Maior parte das mulheres trabalha no setor informal, sendo o dinheiro diariamente acumulado necessário a ser reinvestido em atividades	Mulheres tem risco elevado de perder os bens, valores e mesmo dinheiro num desastre;

⁸⁶

Fonte Banco Mundial. Fogão de ferro ou melhorado, não é à gas.

poupança tradicional (abota)	desenvolvidas quotidianamente, essa ausência de poupança faz com que não tenha capital para abrir a conta bancária.	a poupança tradicional (abota) normalmente é também guardada em casa
Menos conhecimentos e acesso à internet	Mulheres correm ao risco de ser menos informadas sobre Clima, qualquer emergência, menos possibilidade de receber pagamentos digitais (cash payments)	Menos aptidões em internet limita o seu conhecimento relativamente as previsões meteorológicas, alertas sobre clima e surtos de doenças, e tudo o que está ligado à economia digital
Exposição geográfica, localidade de residência	As mulheres que vivem nas zonas costeiras e perto de rios com probabilidade de inundações correm maior risco de desastres com impacto nas atividades económicas que desenvolvem.	Mulheres têm menor probabilidade de sobreviver aos desastres, exemplo: inundações altas, porque a maior parte não sabe nadar tão bem como os homens e terem de se ocupar dos mais vulneráveis em caso de catástrofes, ou seja, não podem fugir facilmente para sítios seguros mais altos (conforme relatos dos grupos focais)
Poder de decisão	Em assuntos de casa, a mulher tem menos poder de decisão do que o homem conforme as normas socioculturais correntes na Guiné-Bissau	Em caso de perigo iminente, poder de decidir sobre a evacuação, abandono de casa é limitado para as mulheres devido ao seu papel subalterno
Cultura de risco	Não existe consciência suficiente sobre a prevenção e medidas para evitar/reduzir perigos. Muitos acidentes / situações de perigo seriam evitáveis em casa com mulheres e crianças	Mulheres não são treinadas. As mulheres não aprenderam a avaliar corretamente os riscos e perigos e a agir com a previsão, os homens são um pouco sensibilizados (condução de carro, trabalho com máquinas etc. uma noção de perigo/risco, vantagem comparativa)

Capítulo 5: Gender Audit 2

Gestão do Risco de Desastres e a Integração do Género

5.1 Estratégias e Políticas da Gestão do Risco de Desastres

Ao assinar e ratificar o *Quadro de Ação de Hyogo* (HFA, 2005-2015), a Guiné-Bissau comprometeu-se a adotar e implementar políticas e medidas para gerir os riscos climáticos existentes, incluindo o reforço da preparação e da capacidade de resposta a eventuais desastres. A Guiné-Bissau assinou igualmente o *Quadro Sendai para a Redução de Risco de Desastres* (2015-2030).⁸⁷ A preparação das respostas a desastres na Guiné-Bissau depende fortemente da assistência técnica e financeira dos doadores.

O país elaborou a sua *Estratégia de Redução do Risco de Catástrofes*⁸⁸ (com apoio da UEMOA) em 2013 para fornecer orientação estratégica à gestão do risco de catástrofes para a Guiné-Bissau. Esta estratégia centra-se na redução de riscos de catástrofes e é focando nas pessoas.

A estratégia enfatiza as fortes ligações entre pobreza e vulnerabilidade e, subsequentemente, entre a redução de riscos de catástrofes e a política de desenvolvimento.

Os objetivos estratégicos da *Estratégia de Redução do Risco de Catástrofes (RRC)* são os seguintes:

- i) o desenvolvimento de mecanismos institucionais para a RRC,
- ii) o reforço das capacidades a longo prazo a nível nacional, regional e comunitário,
- iii) o desenvolvimento de um sistema de informação exaustivo,
- iv) o desenvolvimento de mecanismos financeiros sustentáveis,
- v) a redução global dos riscos e vulnerabilidades
- vi) a cooperação regional e internacional.

Embora esta estratégia tenha sido um passo importante para a Gestão do Risco de Catástrofes na Guiné-Bissau, é necessário integrá-la com a gestão das alterações climáticas no país.

***A estratégia ainda não foi implementada por falta de recursos financeiros.
A estratégia é neutra em termos de género e necessita de atualização.***

A *Estratégia Nacional de Redução do Risco de Catástrofes* e os planos regionais elaborados naquela época, como a *Política da CEDEAO para a Redução do Risco de Catástrofes* e o Programa de Ação para a Implementação (2010-2014), fazem apenas algumas referências muito gerais ao género. Não formulam quaisquer estratégias ou orientação relativamente a integração de género e ação sensíveis às questões de género. Em suma, a integração do género na informação climática e alerta precoce, a análise da vulnerabilidade diferenciada, das necessidades, prioridades e participação das mulheres nos sistemas de alerta precoce e gestão

⁸⁷ The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 was adopted by UN Member States on 18 March 2015 at the Third UN World Conference on Disaster Risk Reduction in Sendai City, Miyagi Prefecture, Japan. The Sendai Framework is the first major agreement of the post-2015 development agenda, with seven targets and four priorities for action.

⁸⁸ UEMOA, Silva, A. (2013). *Estratégia Nacional de Gestão do Risco de Catástrofes*.
<http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/gbs163718.pdf>.

de risco de desastres não são suficientemente tidas em conta e são quase invisíveis nestes documentos estratégicos.

A Guiné-Bissau não deu seguimento aos relatórios de progresso nacionais sobre a implementação do Quadro de Ação de Hyogo, preparados para 2009–11 e 2013–15. Não implementou o Programa de Ação Sub-Regional de Combate à Desertificação na África Ocidental e ainda precisa de incorporar os riscos e estratégias das alterações climáticas nos programas nacionais.

Relativamente ao Quadro Internacional de Sendai para a redução de risco de desastres (2015-2030),⁸⁹ a Guiné-Bissau também não conseguiu o implementar até este momento. A Proteção Civil tem feito algum esforço de seguir e aplicar os indicadores para mesurar os riscos de vulnerabilidade conforme o quadro Sendai, mas falta competência técnica e financeira.

O Quadro de Sendai sublinha o envolvimento das mulheres na redução do risco de catástrofes e enfatiza as políticas sensíveis às questões de género e o reforço das capacidades. As organizações de mulheres desempenham um papel fundamental na resiliência a desastres, defendendo a igualdade de género e localizando esforços.⁹⁰

Análise de risco nacional

No âmbito do programa "Building Disaster Resilience to Natural Hazards in Sub-Saharan African Regions, Countries and Communities", o UNISDR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction - Regional Office for Africa) preparou o **perfil de risco de inundações e secas para a Guiné-Bissau** que fornece uma visão abrangente dos perigos, riscos e incertezas relativamente a inundações e secas num clima em mudança, com projeções para o período 2050-2100. A avaliação dos riscos considera um grande número de cenários possíveis, a sua probabilidade e os impactos associados. Uma quantidade significativa de informações científicas sobre perigos, exposição e vulnerabilidades tem sido usada para simular o risco de desastres. **O género não faz parte dos indicadores socioeconómicos avaliados.**

Desastres e acidentes mais notados na Guiné-Bissau – avaliação do Serviço Nacional de Proteção Civil⁹¹

- Incêndios, nas hortas de caju etc., fator humano
- Ventos violentos, nos últimos anos provocaram muitos danos, impacto na agricultura, habitação, nas áreas urbanas, mais afetadas são as cidades de Bissau, Bafatá e Gabú
- Inundações de origem pluvial: subida da água do mar, e de chuvas: no período entre julho e setembro
- Pragas no cultivo: provocam estragos enormes, normalmente devem ser procuradas respostas locais, praga limitada a uma certa localidade, mas tem também pragas ao nível nacional como gafanhotos
- Epidemias e surtos de doença/ regional e nacional (Cólera, Diarreia, Paludismo, Sarampo, Covid-19)
- Acidentes rodoviários, mais de 300 vítimas mortais em 2022

⁸⁹ www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030.

⁹⁰ A Gender Action Plan to Support Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 - Draft 1, 29 August 2023, UNDRR, UNFPA, UN-Women.

⁹¹ Entrevista com o Coordenador do Serviço Nacional de Proteção Civil, 9_11_2023

- Naufrágios, 30-40 pessoas
- Caída nos poços, 20-30 pessoas /ano, maioria mulheres: um tipo de acidente que é muito específico na Guiné-Bissau

Embora se antecipem impactos significativos das alterações climáticas na Guiné-Bissau, com consequências desastrosas para a população e para a economia nacional, estes têm sido pouco estudados do ponto de vista sectorial e/ou geográfico.⁹²

É necessário acelerar os esforços neste sentido, nomeadamente através da identificação:

- i) dos setores e segmentos económicos afetados pelas alterações climáticas,
- ii) das populações e zonas geográficas vulneráveis e
- iii) das infraestruturas importantes expostas aos riscos climáticos.⁹³

5.2 Legislações relevantes

A Lei de Base de Proteção Civil 9/2011, 15.06.2011, estabelece as bases gerais do Sistema Nacional de Proteção Civil na Guiné-Bissau, aplicável em todo o território nacional, como órgão central para tratar de catástrofes naturais. O Serviço Nacional de Proteção Civil é a instituição que lida com esta área e atua sob tutela do Ministério do Interior.⁹⁴

A Lei define ainda, entre outros, **a estrutura orgânica do Sistema Nacional de Proteção Civil** nas partes a) político-institucional e b) operacional técnico (Art. 13) e as tarefas e responsabilidades do Serviço Nacional de Proteção Civil (SNPC) que compete a ele orientar e coordenar as atividades de proteção civil no plano nacional (Art. 16, 9).

O papel do Serviço Nacional de Proteção Civil (SNPC), entre outros, consiste em promover, a nível nacional, ações de redução de riscos de desastres, incluindo a elaboração de estudos e planos de proteção civil; formatar ações de prevenção e resposta em matéria de proteção civil; desenvolver a cooperação com organizações internacionais de proteção civil; promover o levantamento, previsão e avaliação dos riscos de acidente grave, catástrofes ou calamidade;

Esta Lei de Base de Proteção Civil não menciona grupos diferentes de pessoas, não considera a necessidade de integrar aspetos de género na definição das tarefas e atividades do Serviço Nacional da Proteção Civil, incluindo na parte de formação e informação. Enquanto pretende garantir o direito a informação para todos, não considera a acessibilidade da informação (alerta precoce, por exemplo) para certos grupos mais vulneráveis (mulheres, idosos, em sítios remotos etc.)

⁹² WFP (Dec 2021). WFP Critical Corporate Initiative: Climate Response Analysis for Adaptation Guinea-Bissau, p. 27-35, tables on hazards.

⁹³ EBD Global Optimum, Antea Group (2022). Guinea-Bissau Updated Nationally Determined Contribution - Adaptation Component. NDC Update, for UNDP Climate Promise Initiative, p. 30.

⁹⁴ O Artigo 11 define o Sistema Nacional de Proteção Civil como o conjunto formado pelos órgãos e serviços do Estado diretamente responsáveis pela execução da política de proteção civil e pelas entidades públicas e privadas com dever especial de colaboração sobre a matéria.

A Lei é omissa no que concerne as vulnerabilidades e necessidades diferenciadas do género.

Conforme o **Decreto-Lei Orgânica de Serviço Nacional de Proteção Civil**, (7/2017, 01.08.2017), o SNPC elabora os seguintes planos (Artigo 36,2 “Instrumentos Funcionais da Proteção Civil”):

Plano nacional de emergência ou contingência, no qual são definidas as funções, as responsabilidades e os procedimentos gerais de ação e alerta institucionais, a coordenação de atividades operativas e a simulação para a capacitação e atualização com o objeto de proteger a vida, bens e retoma das normalidades da sociedade.

Estratégia nacional de gestão de riscos, na qual são definidos o conjunto coerente e ordenado de objetivos, atividades e metas, formulados para criar capacidades de resiliência e de respostas aos acidentes graves, catástrofes ou calamidades.

Na definição dos programas de trabalho do SNPC nota-se a falta completa da consideração de género, seja na avaliação das vulnerabilidades, na política de comunicação para a prevenção ou nas ações de capacitação.

O mesmo se aplica ao **Decreto-Lei de “Plataforma Nacional para gestão de Riscos e Desastres” (Decreto-Lei 16/2017, 01.08.2017)**. A Plataforma sendo o órgão mais alto, forma um comité interministerial (reunido 1 vez por ano) e grupos de trabalho a quem competem o planeamento, a articulação, a coordenação dos programas e projetos de redução de riscos de desastres. Aqui também não existe nenhuma consideração para necessidades ou interesses do género.

Relativamente às três leis chaves que regulam a Proteção Civil na Guiné-Bissau há uma ausência de considerações de género.

5.3 O Serviço Nacional de Proteção Civil

O Serviço Nacional de Proteção Civil (SNPC) foi criado como resposta ao surto de ébola na região. A Proteção Civil segue uma abordagem multi-risco, e é a instituição líder - em termos operacionais - para gestão de riscos de desastres e calamidades na Guiné-Bissau. Embora trabalhem algumas mulheres nos escalões técnicos superiores, o serviço não possui nenhuma estratégia corporativa de género. O SNPC está confrontado com falta de material em sentido lato e também não tem recursos humanos qualificados suficientes.⁹⁵

Componente Feminina no Serviço Nacional da Proteção Civil: tem algumas oficiais superiores mulheres; entre elas a mais alta patente é um major. Essas mulheres trabalham por exemplo na direção de serviços: o Serviço de Proteção tem uma diretora, e 3 mulheres trabalham como chefes de departamentos. Mas na base, entre os técnicos das operações e os bombeiros a

⁹⁵ Entrevista com o Coordenador do SNPC, 09.11.2023.

grande maioria, pelo menos 80% são homens. Por exemplo os chefes de divisão, aqui encontramos poucas mulheres nas posições operacionais.

A construção de um sistema de Alerta Precoce multi-risco é um projeto em desenvolvimento do Serviço Nacional da Proteção Civil em que muitos atores são envolvidos, tais como a Proteção Civil, Ministérios de Agricultura, Ambiente, Administração Territorial, o Instituto de Meteorologia, Instituto Marítimo etc. Mas faltam fundos para realizar uma formação sobre a elaboração de Planos de Contingência (com OCHR). O SNPC deveria recrutar um assistente técnico (consultor) na área de gestão de risco de desastres (apoio de PNUD).

A capacidade de resposta do Serviço Nacional de Proteção Civil a eventos climáticos graves e incêndios é limitada. A Proteção Civil recebe informação regular do Instituto de Meteorologia, mas a capacidade de resposta operacional é limitada a cidade de Bissau, e reduzida a algumas intervenções, tais como pagar incêndios e operações de resgate de pessoas em casos de inundações e ventos fortes.

A atividade mais importante do SNPC em reação a alertas de mau tempo é preventiva: são as campanhas de sensibilização na rádio (à partir de 40mm de chuva).

Destaque de uma iniciativa de resposta a desastres

Em maio de 2021, o Programa Alimentar Mundial (PAM) e o Serviço Nacional de Proteção Civil lançaram uma iniciativa para dar resposta a vítimas de tempestades. O projeto forneceu quatro meses de assistência em dinheiro a famílias vulneráveis que perderam suas casas ou colheitas durante tempestades entre julho e outubro de 2020. Um total de 851 famílias (aproximadamente 7.000 pessoas) recebeu um subsídio mensal de CFA 40.000 (cerca de US\$ 74) entre maio e agosto de 2021, financiado pelos governos do Japão e da Itália. Outras 59 famílias do setor Buba, na região de Quinara, se beneficiaram do mesmo programa entre junho e agosto de 2021, também apoiadas pelo Japão.⁹⁶42 (WB, 2021, p. 2). Uma iniciativa semelhante da Proteção Civil e da Cruz Vermelha foi anunciada no início de mês de janeiro de 2024 que visa apoiar 67 famílias, vítimas de inundações, entre outras, com reabilitação de suas bolanhas em Bissau (Televisão da Guiné-Bissau, Noticiário 10.01.2024).

A Estrutura Operacional máxima, a Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres até este momento não foi operacionalizada.

A não operacionalização da Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres deve-se a falta de meios de instalação e o custo elevado de funcionamento, por esta Plataforma englobar muitas instituições/ministérios e vários grupos de trabalho (7), compostos por técnicos de diferentes ministérios. Na opinião do Coordenador da Proteção Civil, a Plataforma precisa integrar mulheres e grupos marginalizados, particularmente importante seria a liderança feminina nas plataformas locais (Coordenador da Proteção Civil, 09.11.2023).

⁹⁶ WB (2021) p. 2.

5.4 Ciclo de gestão de desastres – implementação na Guiné-Bissau

Preparação e mitigação de desastres		
Elemento gestão de desastres	Elemento nacional correspondente	Avaliação para Guiné-Bissau
Legislação e políticas	Estratégia Nacional de Gestão de Catástrofes, 2013	Não atualizada, Quadro Sendai não implementado e desconhecido entre as comunidades
Planeamento ao nível local	Planos de contingência local	Inexistentes, alguns pela Cruz Vermelha
Mapeamento de desastres	“Perfil de riscos de desastres na Guiné-Bissau” (2018), baseado em Megadata, encontra-se mapeamento de probabilidade de ocorrência de secas e inundações em termos de número de pessoas afectadas e perdas económicas por região, sem desagregação de género	Inexistentes de forma sistemática, a base de dados nacionais mais detalhados, as comunidades podem referir-se às suas próprias experiências
Mapeamento de vulnerabilidades Pergunta: quem é mais impactado por epidemias e desastres? Homens ou mulheres? Capacidades de resgate e resiliência?	Alguns mapeamento de vulnerabilidade na atualização da NDC da Guiné-Bissau (2021/22), em documentos anteriores sobre alterações climáticas e em programas de adaptação e segurança alimentar da comunidade internacional (GEF/PNUD, PAM) A nível do Projeto Coastal (GEF)/PNUD, em implementação, desenvolveu o mapeamento de vulnerabilidade de riscos climáticos nas zonas costeiras da Guiné-Bissau, a partir de Megadata, vulnerabilidade de género	Inexistente de forma sistemática, à partir de dados nacionais
- Alerta precoce e gestão da informação Compreensão do conceito, o que queremos dizer com alerta precoce de eventos climáticos ou epidemias, se o sistema de Alerta Precoce existe na Guiné-Bissau vs. previsão meteorológica;	Existem dispositivos de sistemas de alertas à nível das seguintes instituições: Instituto Nacional de Meteorologia / Direção Geral dos Recursos Hídricos: As Previsões Sazonais, são difundidas cada ano início da época chuvosa; e As Previsões Numérica do Tempo, são difundidas diariamente pelo INM-GB Serviço Nacional de Proteção Civil INASA/ Epidemiologia Estatísticas Agrícola e Segurança Alimentar: Quadro Harmonizado,	As comunidades entendem os conceitos apenas parcialmente. Instalação de sistema moderno de Alerta Precoce (dados climáticas e hidrológicos em tempo real) e capacidade técnica de análise combinada de múltiplos dados (com dados internacionais) (Projeto GEF, em breve) É preciso integrar estes dispositivos num Sistema Coordenado de Alerta Precoce, implicando as comunidades e os órgãos de comunicação social para disseminação de informações a todos os níveis.

	previsões sobre a insegurança alimentar Ministério da Economia e Plano: Projeções de situações socioeconómicas do país	
- Educação, sensibilização medidas concretas desconhecidas e não implementadas	Não há cultura de risco na Guiné-Bissau, a sensibilização para a preparação para catástrofes e epidemias é baixa	Ações limitadas de sensibilização: campanhas radiofónicas, Proteção Civil, Cruz Vermelha Nacional, algumas ONG, apoios internacionais; Considerar os sistemas de Educação Ambiental existentes quer à nível do Ministério do Ambiente, Biodiversidade e Ação Climática, assim como à nível de algumas ONG
Reforço das capacidades	Alguma sensibilização sobre epidemias	Pouco, alta necessidade, Formações pela Cruz Vermelha Nacional, Vigilância comunitária e prevenção de doenças
Resposta a desastres		
Elemento gestão de desastres	Elemento nacional correspondente	Avaliação para Guiné-Bissau
Equipas de salvamento -	Equipas específicas de salvamento não existem, bombeiros na capital e algumas cidades regionais	Inexistência de equipas de salvamento específicas, Bombeiros, Defesa Civil com capacidades e meios técnicos muito limitados; Cruz Vermelha com baixas capacidades operacionais, falta de meios
- Registo e serviços de franquia		Inexistente
Abrigos sensíveis ao género	Não há conceito de abrigos de desastres (shelters) que são identificados numa maneira sistemática	Abrigos das ONG, Igrejas para vítimas de VBG, abrigos para crianças talibés
Violência baseada no género e aconselhamento	Centros de Acesso à Justiça, algumas ONG que prestam apoio às vítimas de GBV (AMIC, RENLUV) e igreja católica/evangélica, não dentro do ciclo de desastres, mas em termos gerais	Nenhuma instituição é criada/ativada especialmente no ciclo de gestão de desastres, Falta de assistência psicossocial profissional
Recuperação de desastres e adaptação		
Elemento gestão de desastres	Produto nacional correspondente	Avaliação para Guiné-Bissau
- Avaliação da recuperação	Avaliação numa base ad hoc em Bissau e cidades regionais após incêndios ou perda de habitações na época das chuvas,	Não se conhecem mecanismos sistemáticos estabelecidos
Reconstrução	Proteção Civil, Proteção Social, Cruz Vermelha a base adhoc, com fundo de parceiros internacionais,	Não tem mecanismos ou programas estabelecidos

	Privado, comunidades e apoio de ONGs, Comunidades	
Restabelecimento das estruturas institucionais e sociais	Não há programas estatais estabelecidos, comunidades, igrejas e pessoas privadas reconstruam escolas danificadas, por exemplo em Bissau	MEN não tem programa nem registo de escolas danificadas por inundações etc.
Acompanhamento e avaliação		
Existem indicadores de género nos planos relacionados com a GRD?	Sim, em projetos de adaptação do GEF/PNUD de acordo com a Estratégia de Género do GEF	As comunidades não conhecem os planos de Gestão de Riscos de Desastres, na medida em que existem, a Estratégia Nacional não tem indicadores de género
Financiamento GRD e papel dos parceiros de desenvolvimento que trabalham nos seguintes domínios		
Recuperação, adaptação e reforço da resiliência	Principalmente projetos agrícolas, sementes melhoradas, culturas de ciclo curto, água, retenção, horticultura por vários parceiros de desenvolvimento, na área da adaptação climática e construção de resiliência, microcréditos (IFAD, FAO, PAM, UE)	Atividades de vários parceiros internacionais
Distribuição alimentar	Alguns podem mencionar a distribuição de alimentos durante a Covid-19 e, em geral, como medida para reduzir a insegurança alimentar	No âmbito de programas de segurança alimentar, PAM, FAO, diferentes parceiros de desenvolvimento, projetos locais e nacionais, parceiros multilaterais e bilaterais, principalmente PAM, China
Recolocação		Programas de recolocação inexistentes
Educação e sensibilização	Sensibilização no quadro do reforço da resiliência, não específico da gestão de riscos de desastres	

5.5 Alerta Precoce/ Aviso Prévio na Guiné-Bissau

5.5.1 O ciclo institucional

Na Guiné-Bissau, as comunidades rurais e as suas práticas agropastoris permanecem altamente vulneráveis, uma vez que a informação agrometeorológica e o apoio aos agricultores são atualmente inexistentes ou ineficazes.

As instituições relevantes para a Alerta Precoce são, para além da Proteção Civil, o Instituto de Meteorologia e a Direção Geral dos Recursos Hídricos no Ministério dos Recursos Naturais que facilitam e analisam os dados climáticos e hídricos. Estas instituições do Ciclo da Alerta Precoce deparam-se com graves faltas de capacidade técnica e inexistência de rede funcional

de estações meteorológicas e hídricas.⁹⁷ Por isso, não tem possibilidade de fornecer dados básicos detalhados para a alerta precoce. Nos referidos departamentos também é notável uma quase ausência de mulheres nos postos técnicos e em cargos de decisão.

Além disso, as instituições locais e descentralizadas, encarregadas de apoiar as estações meteorológicas na recolha e análise de informação sobre alterações climáticas, não têm a capacidade necessária e não estão devidamente coordenadas para formular e divulgar informação e aconselhamento agrometeorológico relevante.

Atualmente, não existe um mandato legal claro para a emissão de alertas. Como resultado, com várias fontes de informação, as mensagens podem ser confusas e não serem entendidas.

O sistema da rede de observação meteorológica na Guiné-Bissau é atualmente inadequado para levar a cabo a avaliação, quantificação e previsão fiável do clima e dos seus impactos e, conseqüentemente, para a prevenção de desastres naturais e a gestão dos riscos meteorológicos e climáticos. Não tem capacidade de avaliar os seus potenciais impactos específicos em áreas geográficas e comunidades vulneráveis, como as comunidades costeiras, os agricultores e pescadores, as mulheres e outros grupos específicos.⁹⁸

O **Centro Nacional da CEDEAO para Alerta Precoce instalado em Bissau** desde 2016 surgiu da cooperação regional no sistema alerta precoce e gestão de desastres. Este tipo de Centro da CEDEAO funciona em todos os países membros da CEDEAO, mas na Guiné-Bissau tem graves problemas pois os recursos humanos não foram pagos nos últimos 3 anos e as atividades do centro interromperam por causa da crise política.

O centro em Bissau é ligado a Comissão de CEDEAO em Abuja, Direção do Alerta Precoce que produz ao nível da CEDEAO (central na Nigéria) boletins informativos diários, semanais e mensais nos assuntos do alerta precoce/prevenções diárias de tempo, precipitação etc. As contribuições de todos os países membros são integradas nessas atividades de alerta precoce. Questões de género não estão tratadas de forma bem visível nestes relatórios, mas podem ser abordadas na segurança humana/ direitos humanos.

⁹⁷ Hoje existem apenas cinco estações meteorológicas (Aeroporto de Bissau, Centro de Bissau, Bolama-Bijagós, Bafatá e Gabú) atualmente operacionais, mas infelizmente a funcionar com capacidade muito limitada. Portanto, há uma necessidade crítica de modernizar e expandir a rede meteorológica para coletar mais e melhores dados de forma mais automatizada.

⁹⁸ www.thegef.org/projects-operations/projects/10105, "Strengthening climate information and early warning systems for climate resilient development and adaptation to climate change in Guinea Bissau". A execução de modelos de previsão requer formação especializada que muitas vezes falta. As lacunas significativas nas infraestruturas de monitorização meteorológica e climática estão associadas a capacidade limitada para prever eficazmente eventos relacionados com as alterações climáticas. Isso se deve à falta de infraestrutura, hardware e software, capacidades para modelação, e falta de uso efetivo das previsões que estão disponíveis nos centros regionais e internacionais. Não existe a base de dados ambientais nacionais.

5.5.2 Mulheres Guineenses no alerta precoce e transformações das relações de género

As experiências de comunidades no Centro e Leste da Guiné-Bissau mostram uma clara vulnerabilidade a condições meteorológicas extremas, principalmente tempestades fortes, chuvas torrenciais e inundações como também períodos de seca extrema com consequências de longo alcance para a produção agrícola e a segurança alimentar e humana (danos de casas de construção precária).⁹⁹

O conceito do “Alerta Precoce” como avisos sobre eventos climáticos extremos e a preparação da população para tal acontecimentos com ajuda do “Sistema de Alerta Precose” (Early Warning System) são pouco conhecidos na Guiné-Bissau. Igualmente há pouca consciência sobre o alto risco da exposição do país a desastres naturais, a cheias e inundações em primeiro lugar, por causa da localização geográfica, toda a zona costeira, quase ao nível do mar (0-10 metros).¹⁰⁰

Foi confirmado pelas auscultações que as mulheres são mais vulneráveis nos desastres e epidemias porque sempre fazem tudo para salvar os filhos e outros em casa que necessitam de apoio e não deixam ninguém para trás. Foram registados mortos de crianças devido a surtos de diarreia após inundações e perda de crianças nas fortes correntes de chuva (por exemplo: aldeia de Benfica perto de Pitche, cidade de Gabu).¹⁰¹

Na cidade de **Bambadinca** as comunidades que vivem no centro da cidade, perto do rio Geba, não se sentem seguras nas suas casas, além do fato de que as terras agrícolas são progressivamente mais inundadas, especialmente em 2018 e 2019, resultando em destruição de muitas casas. A maioria dos homens em Bambadinca sabe nadar, subir árvores e andar de bicicleta, em comparação com as poucas mulheres que o saibam fazer. As mulheres são muito mais afetadas por estas condições climáticas extremas do que os homens como cuidadoras das famílias e organizadoras domésticas.¹⁰² Durante as inundações são obrigadas a abandonar temporariamente as suas casas. Como medida de adaptação em relação às chuvas irregulares, os agricultores utilizam plantas de ciclo curto como milho preto, Mandioca e arroz de 3 meses (pampam), mas não têm sementes suficientes.

O mesmo cenário se repete na aldeia de **Xitole**, no Sul de Bambadinca, onde ventos fortes destruíram várias casas no ano 2018. Muitos habitantes optam por variedades menos exigentes em termos de água (variedades de ciclo curto), tal como em Bambadinca, mas nem sempre estão disponíveis. Aqui, as mulheres também são vistas como muito mais vulneráveis aos impactos das alterações climáticas, devido à fraqueza física, ao seu papel de cuidadoras e significativamente menos capacitadas para nadar, subir em árvores e andar de bicicleta em relação aos homens.¹⁰³

A cidade de **Bafatá** e os arredores dela têm sofrido repetidamente de inundações e ventos fortes, especialmente na parte baixa da cidade. Nos anos de 2018, 2020 e 2023 várias aldeias ficaram inundadas. Os populares da vila de Malam Baió, a três quilómetros da ponte do rio Geba, ficaram, por vários dias, expostos ao sol e à chuva, a viver em barracas improvisadas, em consequência das inundações ocorridas no setembro de 2020. Tendas de acampamento, arroz, materiais de proteção

⁹⁹ Auscultações fim de 2019 em preparação do projeto de Alerta precoce/GEF, e dezembro 2023, comunidades de Bafata, Gabu e Bambadinca.

¹⁰⁰ Focus Groups em Bissau, 25.11.2023 e Gabu, 21.12.2023.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Relatos da Associação de Bambadinca, Projeto GEF, PRODOC, www.thegef.org/projects-operations/projects/10105

¹⁰³ Grupo de Discussão em Xitole, Projeto GEF, PRODOC, www.thegef.org/projects-operations/projects/10105

contra a Covid-19, detergente, açúcar foram enviadas as famílias sinistradas (ca. 200 pessoas) por parte do ministério da Mulher, Família e Solidariedade.¹⁰⁴

Ainda em Bafatá, as chuvas torrenciais com fortes tempestades de junho de 2018 afetaram mais de 1000 casas, sendo 180 destruídas parcial ou totalmente. As mulheres expressam sentimentos de insegurança significativa à medida que a água entra em suas casas e medo de tempestades que ocorram mais frequente desde 2014. Partes da cidade, no centro, próximas ao rio, estão continuamente expostas a inundações e pragas de culturas devido ao excesso de água, especialmente os campos de arroz nas bolanhas, como na Ponte Nova e no bairro Fã Mandinga. A Associação das Mulheres de Ponte Nova que trabalha na produção hortícola e bolanhas de arroz sofre constantemente com inundações e perda de sementes, pelo que a produção de arroz e a horticultura estão atualmente paradas. Também aqui as mulheres são identificadas como as primeiras vítimas de perigos naturais extremos, pois dificilmente sabem nadar ou subir as árvores em comparação com os homens e podem abandonar as casas sem assegurar o bem-estar de toda a família.

O Alerta Precoce poderia ajudar as mulheres e toda a comunidade a estarem preparadas e responder adequadamente aos riscos climáticos, defende a líder da Associação das Mulheres em Bafatá, Nhana Seide: "Perdemos todo o nosso arroz nos últimos anos devido à inundação dos nossos campos". "Precisamos de informações climáticas precisas para um melhor planeamento das linhas de produção agrícola".¹⁰⁵

As comunidades em **Gabú** também confirmam diferentes níveis de vulnerabilidade de homens e mulheres: "A desertificação, as secas e as fortes chuvas irregulares como fenómenos e riscos das alterações climáticas resultam em poços secos, colheitas destruídas e degradação das nossas estradas em todos os setores, Pirade, Pitche, Buruntuma e a própria cidade de Gabu. Duas crianças morreram recentemente em Gabu nas águas da chuva. Há muitas vítimas das tempestades porque casas desabam ou árvores caem sobre as pessoas. A construção descontrolada de casas em zonas húmidas leva a mais erosão e inundações." ¹⁰⁶

As ativistas da Associação Mulheres Jovens em Gabú acham que os homens muitas vezes deixam as mulheres sozinhas com os filhos e todos os problemas, e não se importam. Hoje todos os problemas estão sobre os ombros das mulheres na Guiné-Bissau. "Mulheres e crianças são as que mais sofrem com os riscos climáticos, pois as mulheres têm que cuidar da família, organizar comida e roupas para as crianças e não têm tempo para outras atividades de renda".¹⁰⁷

Transformação das relações de género num projeto de alerta precoce

O Plano de Ação de Género do projeto GEF "Sistema de Alerta Precoce da Guiné-Bissau"¹⁰⁸ pode servir como exemplo inspirador e boa prática para uma abordagem transversal e transformadora do género.

O projeto visa criar as condições técnicas e de recursos humanos para implementar, pela primeira vez, na Guiné-Bissau, um sistema de alerta precoce que será igualmente benéfico para homens e mulheres na redução da perda de vidas, perda de propriedades/bens e evitará

¹⁰⁴ Jornal O democrata "Inundações em Bafatá", <https://www.odemocratagb.com/?p=26465>, 22.9.2020.

¹⁰⁵ Discussão com mulheres na Ponte Nova, Bafatá, Dezembro 2019.

¹⁰⁶ Saico Umaro Embaló, Presidente do Fórum das ONGs, Dezembro 2019.

¹⁰⁷ Jenabu Sane, Presidente Associação Mulheres Jovens em Gabú, Dezembro 2019.

¹⁰⁸ www.thegef.org/projects-operations/projects/10105.

a perda de produção agrícola, enquanto reforça o envolvimento dos agricultores numa agricultura mais resistente às alterações climáticas.

A maioria dos beneficiários seriam mulheres e crianças. Com mensagens de alerta precoce, o valor da produção agrícola é acrescentado, a segurança humana em situações de emergências e desastres melhorada e a segurança alimentar ao longo prazo assegurada.

O Plano de Ação do Género envolve as mulheres em todas as fases do Alerta Precoce a nível comunitário, técnico, e na elaboração *de uma estratégia de comunicação sensível ao género* através de mensagens do alerta precoce melhoradas e nas línguas locais, através de estações de rádio nacionais e comunitárias e alertas diretos entre redes de mulheres.

Os impactos positivos nas mulheres e as ações para a inclusão das mulheres e transformação das relações de género são:

- *Mulheres são utilizadoras finais de Informação Climática e Alerta Precoce;*
- *Mulheres e raparigas agem como gestoras de Alerta Precoce ao nível comunitário, na prestação de serviços relacionados com Alerta Precoce e na comunicação das informações climáticas.*
- *Mulheres lidam com a disseminação de conhecimentos sobre riscos nas comunidades locais, bem como campanhas para fortalecer a preparação e as capacidades de resposta a eventos climáticos extremos e desastres.*
- *Integração das Associações das mulheres locais nos processos mais formais do alerta precoce.*
- *Recrutamento e formação de mulheres para serviços técnicos e entrada em domínios de trabalho técnico supostamente “masculino”, por exemplo, como observadoras de estações meteorológicas, como analistas de dados climáticos e como técnicas em vários serviços de gestão de desastres.*
- *Mulheres na linha de frente no salvamento das suas próprias vidas e das famílias e vizinhas.*
- *Mudança de mentalidade e superação do papel estereotípico da mulher – vítima para uma imagem de mulher capacitada e empenhada na sua comunidade, transformando as relações de género em direção de valorização de ambos os sexos em pé de igualdade.*

As mulheres são cada vez mais percebidas e vistas como ***intervenientes-chave do envolvimento proativo nos sistemas de alerta precoce e na gestão de risco de desastres***, para além de se limitarem ao papel de vítimas vulneráveis dos riscos climáticos e meras utilizadoras finais de alertas precoces (Estratégia de Implementação de Género do GEF, 2018).

5.6 Proposta para a integração do género na Estratégia Nacional de Gestão dos Riscos de Desastres

O Plano de Ação de Redução de Riscos de Catástrofes (RRC) Sensível ao Género da CEDEAO 2020-2030 integra a estratégia de género na Estratégia de Riscos de Catástrofes da CEDEAO de 2015, com base nos quatro pilares do Quadro de Sendai. Sublinha a necessidade de abordar proactivamente a falta de voz das mulheres na governação em matéria de catástrofes a todos os níveis (particularmente no planeamento e na tomada de decisões).

Prioridades:

- Apoiar uma abordagem da identificação e avaliação dos riscos que tenha em conta a dimensão do género;
- Permitir uma estrutura de governação equitativa em termos de género (incluindo instituições e políticas) que crie um ambiente propício e que incentive uma redução de risco de catástrofes sensível ao género;
- Promover a igualdade de oportunidades de participação e de benefício para homens e mulheres em todas as fases do ciclo de redução de risco de catástrofes.¹⁰⁹

5.7 Conclusões sobre barreiras e desafios da integração de género

Na Guiné-Bissau, as discussões com as partes interessadas revelaram que o planeamento e a implementação eficazes da Gestão do Risco de Desastres estão num estado quase embrionário, porque as capacidades institucionais no sector da proteção civil, na adaptação às mudanças climáticas e na proteção social são muito fracas. Falta a sensibilização em larga escala para os riscos climáticos; as opções para a gestão desses riscos são reduzidas e os recursos financeiros necessários inexistentes.

Os quadros políticos, institucionais e regulamentares necessários para permitir decisões informadas sobre os riscos de desastres e epidemias estão atualmente ausentes ou não-funcionais, em parte devido às limitações descritas nas infraestruturas e capacidades humanas e técnicas necessárias, no Serviço Nacional da Proteção Civil e outros serviços responsáveis/afins.

O alerta precoce e a gestão de desastres na Guiné-Bissau só podem ser desenvolvidos, nomeadamente através do reforço da informação climática (previsão de secas e inundações) e do melhoramento das capacidades humanas e técnicas. A ineficiência das estruturas nacionais para prevenir e reduzir os riscos de desastres tanto ao nível nacional como local e a fragilidade dos mecanismos da resposta humanitária tornam as comunidades locais muito vulneráveis.

¹⁰⁹ Muitos exemplos de DDR sensível ao género na região, Guiné-Bissau não é mencionado.

A integração da perspectiva de género nas políticas e na programação de informação climática, alerta precoce e gestão de risco de desastres pode aumentar a eficiência e a prestação equitativa desses serviços a homens e mulheres, raparigas e rapazes.

Em todos os aspetos da gestão de riscos de desastres na Guiné-Bissau não há espaço para ouvir as vozes femininas. A integração de género numa forma transversal, a inclusão das mulheres e a promoção de tratamento e benefícios equitativos para todos no ciclo do alerta precoce e gestão de desastres falta até agora quase completamente.

- **A Estratégia Nacional de Gestão do Risco de Catástrofes de 2013** é neutra em termos de género, e necessita de atualização.

- **As dimensões de género na gestão de desastres não são percebidas** ou são inadequadamente reconhecidas;

- **Os planos nacionais de contingência não são sensíveis ao género e não fazem da igualdade de género e da integração de género uma prioridade;**

- **A Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres** - fórum nacional, regional e local – não é operacionalizada: deveria integrar mulheres e grupos marginalizados, muito importante seria a liderança feminina ao nível local;

- **O Serviço Nacional de Proteção Civil não tem capacidade para realizar avaliações de vulnerabilidade**, por exemplo: medir terras inundadas para calcular as perdas e os danos na agricultura; impacto dos incêndios florestais na população; impacto diferenciado por mulheres, homens, raparigas e rapazes. (Cabo Verde, por exemplo, fez uma avaliação de vulnerabilidade urbana).

- **A falta de dados** dificulta bastante a análise de vulnerabilidade, devido a fraqueza do Instituto Nacional de Estatísticas que não está em condição de oferecer/tratar os dados relevantes. Por exemplo, o SNPC não pode dar resposta a todos os 33 indicadores do quadro de Sendai. Se precisa de uma única ficha de recolha de dados, em que a Agricultura e a Proteção Civil devem sistematizar e harmonizar os seus dados.

- Não existem **dados desagregados por sexo e dados relevantes sobre o género** para avaliação de vulnerabilidade e outros aspetos importantes de género e para tomada de decisões inclusivas, integrando as perspetivas de género.

- **Fracos Mecanismos de Coordenação:** Enquanto a *Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres* não estiver operacionalizada e o Serviço Nacional da Proteção Civil caracterizado por fraqueza estrutural, a Guiné-Bissau não possui um mecanismo de coordenação onde os múltiplos atores, da proteção civil, da agricultura, do ambiente, da saúde, da meteorologia tem um espaço de planificação e execução de intervenções harmonizadas, onde também os diferentes interesses são considerados e protegidos (DG Ambiente, 22.11.2023).

Neste momento, este mecanismo somente funciona numa forma *ad hoc* e devido aos apoios internacionais, mas deve ser sistematizado, aplicando e atualizando o Decreto-Lei de “Plataforma Nacional para gestão de Riscos e Desastres. As mulheres não são representadas neste mecanismo, e as suas necessidades não são consideradas.

- ***Inexistência de um mecanismo nacional sólido de proteção social*** para apoiar as famílias altamente pobres, ameaçadas de fome e doenças.

- ***Dependência grande dos doadores internacionais***: a redução de riscos de desastres na Guiné-Bissau é contingente de mecanismos de financiamento de doadores internacionais e da coordenação internacional – nacional. Com muitos atores e abordagens diferentes, a parte nacional tem pouca influência sobre a elaboração e implementação dos projetos, também porque as competências nacionais são bastante fracas.

Perante esta situação as ações devem ser guiadas ***por uma abordagem holística e transformadora das questões da igualdade de género na prevenção e resposta a desastres*** que abranja atividades em todos os níveis de intervenção: reforço institucional e político, e apoio aos níveis individual, comunitário, nacional e estatal.

5.8 Recomendações

Proteção Social

(1)- ***Priorização de grupos vulneráveis específicos na Estratégia Nacional de Assistência Social:***

Adotar medidas de mitigação para atenuar os efeitos imediatos de desastres naturais, considerando especificamente as mulheres e desenhar as intervenções numa avaliação da vulnerabilidade e das necessidades baseada no género.

Planear ações específicas para alargar a proteção social às trabalhadoras informais e às mulheres independentes que trabalham por conta própria.

Priorizar grupos dentro de ***regiões geográficas*** específicas na Guiné-Bissau, dando prioridade aos pobres que vivem em zonas afetadas por desastres naturais, incluindo a zona costeira, onde as alterações climáticas têm o impacto mais significativo.

(2)- ***Elaborar e aprovar uma Lei Orgânica de Assistência Social***

(Explicação: Permite a melhoria das condições de execução de programas de proteção social. A Proteção Social não tem representações nas regiões e a sua instalação é um dos objetivos do governo neste momento que inclui a criação de centros sociais multiusos em todo o país).

Género nas Instituições

(1) ***Equilíbrio de género no pessoal das instituições, tais como o INM, Recursos Hídricos, Serviço Nacional de Proteção Civil; Ministério do Ambiente; Ministério de Agricultura e outros; aumento da participação feminina nas posições de liderança e na tomada de decisão pelo menos para 1/3.***

- a) **Adotar uma série de ações de apoio**, incluindo horários flexíveis de reuniões que não entrem em conflito com as obrigações domésticas das mulheres; **considerar preocupações de segurança** ao determinar locais de reunião, mobilidade e duração das reuniões;
 - b) **Oferecer programas de reforço de capacidades (liderança)** a vários níveis para eliminar os obstáculos à entrada de mulheres na representação e na tomada de decisões.
 - c) **Recrutamento de mulheres com ações afirmativas** e incentivo às mulheres para facilitar a promoção das mulheres para cargos, os mais altos de um lado e em posições técnicas.
- (2) **Introdução de especialistas de género** em todas instituições da função pública relevantes e a **nomeação oficial de pontos focais de género**.
 - (3) **Promoção de mulheres para trabalho nas diversas áreas técnicas**,¹¹⁰ **incentivar as mulheres para o trabalho de campo** (estações de Meteorologia e Hidrologia, recolha e análise de dados, bombeiros, sensibilização nas comunidades).
 - (4) Elaborar / implementar **políticas corporativas contra o assédio sexual e a violência** baseada no género nos lugares de trabalho.
 - (5) Dar preferência as **mulheres qualificadas para bolsas de estudo de disciplinas STEM** no exterior (sub-região); incentivar o estudo das disciplinas STEM com bolsas específicos para as mulheres.
 - (6) **Oferecer formações de género a vários níveis a todo o pessoal, sensibilização do staff** da Proteção Civil, Saúde, Cruz Vermelho, ONGs, Proteção Social **sobre as dimensões de género na gestão de risco de desastres** e a importância de inclusão das necessidades diferenciadas dos homens e das mulheres, dos rapazes e raparigas no ciclo de gestão de desastres.
 - (7) **Integração da igualdade de género como objetivo transversal no ciclo de projetos**, incluindo a integração dos indicadores de género para o seu seguimento nos planos e projetos de gestão de desastres.

Gestão de Riscos de Desastres

- (1) **Integração dos princípios da igualdade de género e da inclusão dos grupos vulneráveis na Estratégia Nacional de Gestão do Risco de Desastres**. Decidir se a **Estratégia Nacional de Gestão do Risco Catástrofes de 2013** será atualizada ou uma outra estratégia nova baseada no Quadro Sendai/ CEDEAO será concebida.¹¹¹

¹¹⁰ Segundo nosso conhecimento não existe qualquer política corporativa de integração de género na função pública ou ao nível de ministérios individuais.

¹¹¹ A Estratégia atualizada tem por objetivo melhorar a identificação e a avaliação dos riscos de desastres; reforçar a gestão dos conhecimentos relacionados com a redução de riscos de desastres; maior sensibilização da população para os riscos de catástrofes; reforçar a governação das instituições envolvidas na redução de riscos de catástrofes.

- (2) ***O reforço da governação do risco de desastres deve empoderar e dar oportunidades as mulheres*** para que possam participar plenamente nos arranjos institucionais e na formulação de políticas relativas a alerta precoce e gestão de desastres.
- (3) ***Mapeamento dos riscos climáticos (de desastres) e elaboração de perfis da vulnerabilidade, integrando as condições e necessidades de homens, mulheres, rapazes e raparigas e outros grupos de género***
- (4) ***Assegurar dados desagregados por sexo e dados relevantes sobre o género*** (para o mapeamento da vulnerabilidade e desastres)
- (5) ***Fortificar a capacidade técnica e estatística*** da Proteção Civil, Instituto Nacional de Estatísticas etc. para a avaliação de vulnerabilidade e de capacidade, incluindo a cartografia dos riscos de desastres, acidentes graves ou calamidades, mapeamento detalhado ao nível local. A análise técnica para avaliar o risco de desastres deve compreender a dimensão de género, tendo em conta as necessidades específicas de mulheres e homens, raparigas e rapazes.
- (6) ***Elaboração de Planos de recuperação de desastres, por vários atores*** (Proteção Civil, Camara Municipal, Obras Publicas, Ministério de Agricultura entre outros) junto os parceiros internacionais, considerando necessidades e capacidades das mulheres (proteção da VBG)
- (7) ***Desenvolver linhas de programas de apoio direto a recuperação*** (alimentos, cash payments, apoio de reconstrução /zinco, mobília, roupa) junto com os parceiros internacionais (PAM, Banco Mundial, EU, UNICEF etc-), integrando um balanço justo dos beneficiários (priorização das mulheres e crianças)

Implementação do sistema de Alerta Precoce

- (1) ***Desenvolver um sistema funcional de monitorização do clima e de serviços de informação*** benéfico para vários setores, como a agricultura, a água, a saúde e a energia, a fim de melhorar a preparação das comunidades agrícolas e piscatórias e também dos centros urbanos para enfrentar desastres.

Recomenda-se a ***implementação rápida do Projeto GEF/PNUD “Alerta Precoce”***.

- (2) Garantir que as ***informações sobre o clima e as atividades de alerta precoce sejam sensíveis /transformadoras a género*** em todas as etapas do ciclo, envolvendo mulheres e homens na conceção, administração e implementação dos sistemas de alerta precoce (particularmente no nível nacional, ou seja, nos ministérios-chave, Instituto de Meteorologia em Bissau).
- (3) Desenvolver uma ***estratégia de comunicação transformadora das relações de género nas mensagens de Informação Climática e Alerta Precoce, garantir o acesso igual das mulheres e homens às mensagens***, produzidas em idiomas locais e linguagem comum (não técnico) e distribuídas em várias estações de rádio nacionais e comunitárias e alertas diretos entre redes de mulheres.

Fortalecimento do Serviço Nacional da Proteção Civil

- (1) **Operacionalizar a Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres** – ativação dos fóruns nacional, regional e local com a **prioridade de integração de mulheres e grupos marginalizados**, incentivar a liderança feminina ao nível local;
- (2) **Fortificar os Mecanismos de Coordenação**: entre a *Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres*, o Serviço Nacional da Proteção Civil, a Meteorologia, a INASA com COES para criar um espaço de planificação e execução de intervenções harmonizadas, integrando questões de igualdade de género;
- (3) **Construir e apoiar estruturas da Proteção Civil, da Defesa Civil, Bombeiros, Cruz Vermelha entre outros em todas as regiões**, para resgate das pessoas e bens em caso de desastres, proteção da população e de deslocadas em abrigos considerando as necessidades específicas das mulheres e raparigas, incluindo a proteção contra VBG.
- (4) **Sistematizar a avaliação após o desastre** e criar base de dados para os planos de recuperação, incluindo aspetos de género/análise de género

Estabelecer uma cultura de risco

- (1) **Construir e fortalecer uma cultura de gestão de riscos, implementar uma estratégia inclusiva de comunicação**, ações de sensibilização e capacitação dos homens, mulheres e jovens em pé de igualdade, e campanhas de prevenção e educação, considerando as vulnerabilidades e capacidades específicas de género e de todos os grupos populacionais.
- (2) Aprendizagem de medidas de **autoproteção e colaboração em emergência** conforme as necessidades diferenciadas do género.
- (3) **Divulgação de regras de prevenção de riscos**, pela Proteção Civil, antes, durante e depois da iminência ou ocorrência de emergência.

Reforçar as comunidades na gestão de desastres

- (1) **Reforçar a capacidade das comunidades** na instalação de sistemas de alerta precoce e gestão de desastres.
- (2) Elaboração de **planos locais** de desenvolvimento que integram os assuntos de género.
- (3) **Promoção da liderança feminina na gestão de desastres ao nível comunitário**
- (4) Abordagem da **ação afirmativa para garantir o envolvimento das mulheres em atividades de capacitação, comunicação, disseminação e monitoria** para aumentar sua capacidade de entender e utilizar as informações climáticas e responder a inundações, tempestades fortes etc.

- (5) **ONG e Associações locais** (das mulheres) **participam em projetos** ambientais e da adaptação climática, agricultura resiliente, sensibilização comunitária sobre riscos climáticos e preparação das comunidades, **liderados em pé da igualdade por mulheres e homens**.

Financiamento do risco de desastres promove a inclusão das mulheres e a igualdade do género

- (1) **Assegurar uma afetação equitativa dos recursos** no Orçamento Geral do Estado para a redução do risco de desastres: ações específicas para promover a igualdade entre homens e mulheres devem ser adequadamente financiadas e integradas nos orçamentos de recuperação.
- (2) **Coletar dados desagregados por sexo para avaliar as necessidades das mulheres** para adaptar e direcionar produtos financeiros que atendam às necessidades e preferências específicas das mulheres.
- (3) **Incorporar uma gama completa de produtos financeiros**, incluindo crédito acessível a longo prazo para investimento, uma vez que o acesso das mulheres aos serviços financeiros (bancos) na Guiné-Bissau ainda é baixo/inexistente nas zonas rurais e as mulheres pertencem frequentemente aos grupos vulneráveis e pobres.
- (4) **Incentivar o setor privado** em financiamento de risco, considerando a camada feminina
- (5) **Os serviços financeiros para as mulheres devem ser acessíveis e integrados com as redes sociais** das mulheres, estabilizando os rendimentos e mitigando os riscos.
- (6) **Colmatar as disparidades entre homens e mulheres na utilização da Internet e aplicações dos telemóveis** (Data MICS) e **proporcionar educação financeira as mulheres** e micro/pequenas empresas para aplicações financeiras de telemóvel.

Capítulo 6: Surtos de doenças e epidemias e a integração do género

6.1 Introdução

Os papéis de género e as relações desiguais de género interagem com outras variáveis sociais e económicas, resultando em padrões diferentes e por vezes injustos de exposição a riscos de emergência sanitária, e num acesso e utilização diferenciada de informações, cuidados e serviços de saúde – incluindo durante eventos epidémicos e pandémicos.

As necessidades, capacidades e prioridades específicas das mulheres, raparigas, homens, rapazes e pessoas com identidades de género diversas devem ser identificadas em emergências de saúde pública, e as abordagens de intervenção em saúde devem incluir as pessoas e grupos mais necessitados. As políticas e os programas precisam de abordar o género como uma determinante da saúde ao abordar questões de acesso e risco.¹¹²

A perceção da igualdade de género deve ir para além da abordagem clássica de equiparar as questões de género com medidas para reduzir a mortalidade materna e aumentar os serviços de saúde sexual e reprodutiva. Deve incluir a promoção sistemática da igualdade de género em programas de saúde, por exemplo, em campanhas para reduzir a malária, tuberculose e outras doenças infecciosas, para melhor responder às necessidades e exigências específicas de saúde das mulheres nessas áreas.

A Pandemia da COVID-19, à semelhança de outros países, veio expor as fragilidades do sistema de saúde da Guiné-Bissau. Não só em termos de resposta às emergências de saúde, mas também e sobretudo, ficam mais óbvias e graves as fragilidades estruturantes no cuidado, tratamento e seguimento dos pacientes e doentes.¹¹³ Isto inclui também uma ausência de recursos nacionais alocados a cuidados de saúde mais próximos da comunidade, e os reduzidos investimentos na promoção de comportamentos e práticas de proteção da saúde.

Nas duas últimas décadas, a fração do Orçamento Geral do Estado (OGE) atribuída à Saúde na Guiné-Bissau foi inferior a 10%, o que representa menos de 15% das necessidades financeiras do funcionamento do setor, implicando a dependência quase completa do apoio externo.

A pandemia de COVID-19 demonstrou a necessidade de fortalecer a resiliência do sistema de saúde, especialmente o nível de preparação epidémica do país para enfrentar futuras crises de saúde. De acordo com o Global Health Security Index (GHSI), a capacidade da Guiné-Bissau de se preparar para uma pandemia ou epidemia é muito baixa em geral, mesmo quando comparada com os seus congéneres regionais.¹¹⁴

A Guiné-Bissau ocupa o lugar 170 entre 195 países na sua capacidade de prevenção de doenças zoonóticas. O indicador que mede a preparação para emergências e o planeamento da

¹¹² OMS, Estratégia de Género 2022-2026.

¹¹³ ONU Guiné-Bissau (2023). Boletim Informativo, Edição 1, Janeiro – Março 2023.

¹¹⁴ www.ghsindex.org (Global Health Security Index, 2021). Guiné-Bissau está situada num *hotspot* tanto em relação a emergência de doenças zoonóticas como as alterações climáticas. A interação de fatores ecológicos, epidemiológicos e socioeconómicos em mudança no país poderia levar a um maior surgimento de zoonoses, ou seja, o aumento de transbordamentos virais entre animais e humanos. (veja <https://www.nature.com/articles/s41467-019-12499-6>).

resposta classifica a Guiné-Bissau no lugar 181 dos 195 países. São mencionados como fatores críticos para combater surtos onde a Guiné-Bissau apresenta pontuações muito baixas:

- Planos de ação nacionais de resposta às doenças zoonóticas fracos/ não existentes.
- Falta de um sistema robusto de transporte de amostras das regiões até ao Laboratório Nacional em Bissau.
- Planos multisectoriais de resposta a emergências subdesenvolvidos.¹¹⁵

O sistema de saúde pública da Guiné-Bissau caracteriza-se por enormes desigualdades de género e por uma falta geral de tratamento qualificado adequado às necessidades das raparigas e das mulheres, com consequências drásticas, em particular, na taxa de mortalidade materna e infantil.

As mulheres estão muito mais expostas às fragilidades do sistema de saúde do que os homens, especialmente as mulheres grávidas, devido à carga desproporcional de doenças suportadas por mulheres em idade fértil, combinada com suas necessidades específicas de acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade. As suas necessidades merecem atenção redobrada e esforços concentrados do Estado.¹¹⁶

Para além das necessidades imediatas de saúde, a fragilidade do sistema de saúde tem um impacto muito negativo na vida das mulheres guineenses em geral num contexto caracterizado pela falta de acesso à infraestruturas básicas (água, saneamento, eletricidade e transportes), a cuidados de saúde mais próximos da comunidade, e os reduzidos investimentos na promoção de comportamentos e práticas de proteção da saúde.

6.2 Covid-19 e género: lições aprendidas

As Emergências da Saúde Pública – incluindo a pandemia de COVID-19 – não são neutras em termos de género. O país estava mal preparado para absorver o grande choque exógeno da pandemia de Covid-19 que agravou as débeis prestações de serviços públicos, nomeadamente na saúde pública e na proteção social, e a fragilidade do quadro institucional da Guiné-Bissau. A vulnerabilidade global caracteriza a economia do país, uma economia dependente da castanha de caju bruta, sem diversificação e transformação industrial de produtos agrícolas. A necessidade urgente de reformas vitais e de reforço institucional, cuja implementação tinha sido dificultada pela instabilidade política crónica durante décadas, tornou-se cada vez mais visível durante esta crise.

As capacidades internas para lidar com a crise sanitária e a subsequente crise económica ameaçadora eram muito limitadas. As más infraestruturas e a prevalência de muitas doenças (tuberculose, malária, HIV), elevadas taxas de pobreza, a subnutrição e o

¹¹⁵ www.ghsindex.org (Global Health Security Index, 2021)

¹¹⁶ UNIOGBIS, 2017: Direito à Saúde.

esgotamento das finanças públicas tornaram o surto de COVID-19 uma emergência complexa para a Guiné-Bissau.¹¹⁷

O setor da saúde da Guiné-Bissau estava mal equipado para dar uma resposta eficaz de emergência, aplicar vacinas contra a COVID-19, isolar e tratar os doentes. Os hospitais sofreram com a falta de Oxigénio e não conseguiram manter a disponibilidade de serviços essenciais de saúde de rotina devido a desafios sistémicos e estruturais no setor.

Durante a primeira onda da Covid-19, houve uma grave falta de serviços de saúde de rotina devido a 1) a grande maioria dos prestadores de serviços de saúde estar mobilizada para responder e apoiar pacientes com COVID-19; e 2) o elevado número de profissionais de saúde que se infetaram com o vírus, principalmente mulheres, trabalhadoras da linha de frente, enfermeiras e cuidadoras em casa.

A esta primeira fase seguiu-se uma política de abertura e encerramento parcial e confinamento do país de acordo com o reflexo das vagas globais da pandemia do Covid-19 na Guiné-Bissau. Com capacidades estatísticas gerais muito fracas e capacidade de testagem baixa a inexistente, exceto em caso de viagens e manifestação de sintomas significativos da doença, os dados apresentados para as infeções por Covid-19 e as taxas de mortalidade na Guiné-Bissau são indicativos, no seu melhor.

Devido às graves lacunas no registo e acompanhamento de casos e mortes no setor de saúde, os números exatos são desconhecidos, e o número sombrio de casos e mortes por COVID-19 deve ser mais elevado. As medidas de confinamento, como o encerramento de escolas, instituições públicas, restaurantes e locais de culto, a limitação do horário de funcionamento do mercado, a proibição de reuniões públicas, e de realização de cerimónias tradicionais como toca choro, esmola e fanado, o recolher obrigatório noturno permitiram um controlo rigoroso na esperança de conter a doença.

A pandemia exibiu a dimensão da fragilidade do sistema político, sanitário e económico da Guiné-Bissau, mas sobretudo a falta de uma capacidade de resposta nacional abrangente a esta emergência sanitária.

A pandemia da COVID-19 interrompeu os serviços de saúde muito limitados na Guiné-Bissau, com 12,74 médicos e 69 enfermeiros e parteiras para 100.000 habitantes (www.ghsindex.org/country-profile). O sistema nacional de saúde estava e continua a estar simplesmente sobrecarregado. Tem faltado tudo, desde simples equipamentos da Proteção Individual até oxigénio, enfermarias Covid-19 nos hospitais, unidades no Cuidado Intensivo etc.

Os resultados de saúde materna servem como um indicador central da funcionalidade de um sistema de saúde. São frequentemente ameaçados com o surgimento de qualquer nova crise sanitária. Durante o surto da Ébola, a taxa de mortalidade materna aumentou na África Ocidental devido à falta de resiliência do sistema de saúde (Sochas, Amos Channon e Nam 2017). Os dados agora revelam um aumento semelhante durante a pandemia de COVID-19 devido à instalações inacessíveis e sem medidas de precaução suficientes em vigor. O medo, a desconfiança e a escassez de recursos do sistema de saúde e de medidas de saúde pública

¹¹⁷ UNDP Guinéa-Bissau (2020). Building back better.

para prevenir a propagação destas doenças infecciosas, bem como a falta de educação comunitária, contribuíram para um declínio na utilização dos serviços de saúde materna em Bissau. Esta tendência foi menos notável nos hospitais regionais em Bafatá e Gabú (auscultações com médicos desses hospitais, dezembro 2023).

A violência baseada no género durante a COVID-19 tem sido chamada de 'pandemia sombra' em todo o mundo: Relatos de aumento de 48% na violência baseada no género na África Oriental, para a Guiné-Bissau consultas confirmaram o aumento da violência doméstica e de género (auscultações com pessoal medico e comunidades em Bissau, Bafatá e Gabu, novembro e dezembro de 2023).¹¹⁸

A Guiné-Bissau tem uma das mais elevadas taxas de prevalência de infeções por HIV e tuberculose na África Ocidental e uma das mais elevadas taxas de mortalidade materna e infantil do mundo. Este é o resultado de décadas de mau investimento no sistema de saúde e negligência para com o setor e a saúde da população. Em plena pandemia, os profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, entraram em greve depois de estarem 10 meses sem receber o salário, ou seja, durante os dias mais difíceis da pandemia que infetou 176 trabalhadores de saúde, ou seja, cerca de 9% do total dos profissionais da saúde da Guiné-Bissau.¹¹⁹

Primeiro, uma comissão interministerial foi responsável pela coordenação da resposta à COVID-19 e, em 20 de maio de 2020, foi instalado um mecanismo especial de coordenação com o Alto Comissariado para a Covid-19, tutelado pelo Presidente da Guiné-Bissau (www.accovid-gw.org).

Plano Nacional de Contingência COVID-19

O Governo desenvolveu o seu Plano Nacional de Contingência (18.06.2020) para reforçar as capacidades de preparação, alerta precoce e resposta ao surto de COVID-19. O objetivo era reforçar e ampliar todos os aspetos de preparação e resposta contidos nos ***cinco pilares estratégicos do Plano Nacional de Contingência:***

***coordenação de emergências,
vigilância sanitária,
comunicação e envolvimento da comunidade,
prevenção e controlo de infeções,
isolamento e quarentena e gestão de casos clínicos.***

Foi dada prioridade à melhoria dos serviços de saúde essenciais para os grupos populacionais de maior risco, incluindo mulheres, crianças com menos de cinco anos, raparigas e rapazes adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, migrantes e populações urbanas e rurais.

¹¹⁸ Agnes Binagwaho e Kedest Mathewos, University of Global Health Equity, Kigali, Ruanda (2022). Surtos de doenças infecciosas destacam a desigualdade de género, Nature Microbiology, VOL 7, Março 2022, 361-362, www.nature.com/naturemicrobiology, <https://doi.org/10.1038/s41564-022-01075-2>.

¹¹⁹ Around 9% of Guinea-Bissau health workers have been infected with COVID-19. Reuters, June 17, 2020, www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-bissau-idUSKBN23N3E2.

A ONU tem trabalhado em estreita colaboração com as autoridades nacionais desde o início da pandemia. A resposta sanitária do Governo tem sido coordenada pelo Ministério da Saúde através do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES), com apoio direto da OMS. Em apoio ao Plano Nacional de Contingência, o Sistema das Nações Unidas na Guiné-Bissau desenvolveu um Plano Conjunto de Apoio Operacional COVID-19. O Plano centra-se nos grupos mais vulneráveis para não deixar ninguém para trás. Decisões e ações em resposta à emergência sanitária e à subsequente crise económica desde o início da pandemia têm sido discutidas e coordenadas entre as autoridades governamentais e as diversas organizações internacionais presentes no país.

O governo sozinho não poderia apresentar uma estratégia de resposta e recuperação à pandemia de Corona e o mecanismo de financiamento necessário. A sua situação orçamental era demasiado fraca. A existência muito limitada de regimes de proteção social e o esgotamento das finanças públicas deixaram as autoridades nacionais com pouca capacidade para fornecer uma rede de segurança à sua população ou para proporcionar estímulos económicos, como o perdão da dívida, a isenção do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares e coletivas, a proteção do emprego através de apoios salariais, o apoio às micro, pequenas e médias empresas, etc.

Não se observou uma diferença significativa nas taxas de letalidade da Covid-19 na Guiné-Bissau. A tendência para que mais homens do que mulheres possam morrer não está devidamente documentada (Estatísticas disponíveis no Alto Comissariado). Contudo, as mulheres constituíram a maioria dos profissionais de saúde da linha da frente (enfermeiras/parteiras) e enfrentaram um maior risco de contrair o vírus.

Evidências claras da desigualdade de género nos impactos sociais e económicos dos surtos de doenças infecciosas

As mulheres estão sobre representadas no setor informal, particularmente no setor alimentar na Guiné-Bissau, que foi particularmente atingido durante a pandemia como resultado das medidas de saúde pública implementadas para conter a propagação do vírus. O abrandamento da economia que acompanha os surtos de doenças infecciosas afeta ainda mais o bem-estar económico das mulheres.

A carga desproporcional do trabalho de cuidado não remunerado impede que as mulheres se envolvam plenamente no mercado de trabalho. Os confinamentos criam um grande desafio para a população trabalhadora economicamente insegura, com as mulheres sendo particularmente atingidas por causa da baixa renda e da maior taxa de pobreza. De acordo com um inquérito aos agregados familiares (PNUD, junho-julho de 2020), 72% dos agregados familiares declararam uma diminuição do rendimento, perda temporária e até permanente do emprego. Cerca de 72% das operações das pequenas empresas encerraram ou diminuíram temporariamente e 12% encerraram definitivamente. Cerca de 61% dos agregados familiares declararam a necessidade de mudar hábitos alimentares devido à falta de acesso a alimentos e aos preços elevados, optando por consumir alimentos mais baratos e reduzir a quantidade ou frequência das refeições.

A pandemia da COVID-19 afetou particularmente os meios de subsistência das comunidades rurais na Guiné-Bissau devido à elevada diferença entre áreas urbanas e rurais em termos de serviços básicos de saúde e educação, abastecimento de água e eletricidade e oportunidades de geração de rendimento para além da agricultura; todos esses fatores foram agravados com o impacto económico negativo da crise da Covid-19.

Os resultados foram menos rendimentos, menos alimentos com menos qualidade, menos possibilidades de acesso a serviços de saúde distantes para pessoas vulneráveis e pobres, muitas vezes mulheres, que trabalham na agricultura, pesca, pecuária, silvicultura e precisam de estar fisicamente aptas para lidar com as dificuldades do seu trabalho e o stress ambiental. A dependência da exportação de caju e a vulnerabilidade da única cultura de exportação às alterações climáticas, as perturbações relacionadas com a pandemia do Covid-19 no comércio internacional e a instabilidade dos preços globais aprofundaram a crise económica, resultando numa maior diminuição da produtividade (já muito baixa nas zonas rurais da Guiné-Bissau antes da pandemia do Covid-19), na diminuição dos rendimentos e em mais insegurança alimentar.

As mulheres na Guiné-Bissau estiveram na linha da frente da resposta à Covid-19 como agentes comunitários de saúde, enfermeiras e médicas com risco acrescido e exposição à infeção. Estes riscos foram exacerbados pelo acesso limitado à equipamentos de proteção individual (EPI) e resultaram em elevadas taxas de infeção do pessoal médico. Consequentemente, as enfermeiras ficaram em casa por medo da infeção, agravando ainda mais a falta de pessoal médico qualificado nos hospitais e centros de saúde da Guiné-Bissau (Embaló/PNUD 2021).

O acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, às terapias para o VIH e ao apoio à violência baseada no género (VBG) foi reduzido devido a restrições na circulação e à falta de financiamento, resultando provavelmente num aumento da mortalidade materna e da violência doméstica e íntima. Foram observados impactos negativos na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, em grande parte como resultado do desvio de recursos e pessoal de saúde escassos para a resposta imediata de emergência. A pandemia da COVID-19 causou também grandes interrupções nas cadeias de fornecimento de contraceptivos modernos.¹²⁰

As disparidades de género na educação, na utilização do Smartphone e da Internet e nos níveis mais baixos de literacia das mulheres tiveram um impacto negativo na prevenção, sensibilização e acesso a recursos para mulheres e raparigas relacionados com a pandemia (dados MICS 6, 2020). É muito provável que mais meninas abandonaram a escola primária e secundária como resultado do confinamento.

As redes informais de segurança social de que muitas mulheres dependem para obter apoio foram enfraquecidas devido à redução da mobilidade física, aos cortes de rendimentos e ao distanciamento social. Os pagamentos regulares (tipo abota¹²¹ = poupança tradicional das

¹²⁰ Fontes hospitalares, OMS Bissau.

¹²¹ Abota é o tipo de empréstimo solidário convencional efetuada entre as mulheres de um grupo, mas de forma informal. Elas acordam entre elas que cada uma delas deva entregar uma quantia pecuniária previamente determinada a favor de um dos seus membros para poder investir num negócio. Ela é rotativa, isto é, cada um dos seus membros tem o direito de beneficiar desta abota a partir do momento que faça parte do grupo. Esta contribuição pode ser paga mensalmente ou diariamente, depende do período acordado, mas é mais comum ser paga mensalmente.

associações e grupos de mulheres) e os empréstimos solidários foram parcialmente adiados¹²² (Embaló/PNUD 2021) porque as mulheres não conseguiam desenvolver as suas atividades no mercado informal, tais como o mercado semanal (*lumo*) e as exportações informais dos produtos para Lisboa e Cabo-Verde.

Mulheres e crianças na Guiné-Bissau foram expostas a um risco elevado de violência familiar durante o confinamento da COVID-19 por causa do stress interpessoais (por exemplo, maior instabilidade económica), a necessidade de se abrigar com parceiros ou familiares abusivos e barreiras no acesso a serviços ou *apoio* social.

A COVID-19 e antes a epidemia da Ébola na vizinha República da Guiné-Conacri agravaram o ciclo de doenças infecciosas, pobreza e violência estrutural, contribuindo assim para um mundo mais desigual em termos de género.

O facto de comunidades inteiras ainda poderem funcionar apesar da pandemia deve-se principalmente ao aumento dos esforços das mulheres. A carga de cuidados das mulheres para crianças, doentes e idosos em casa aumentou e o trabalho doméstico não remunerado multiplicou-se com mais membros do agregado familiar em casa durante todo o dia.

Identificação de intervenções e estratégias políticas que possam promover resultados equitativos em termos de género no contexto de emergências de saúde pública

Três áreas de intervenção foram implementadas amplamente para apoiar mulheres e meninas durante a pandemia:

- (1) esforços para manter os serviços da saúde materna e infantil a funcionar razoavelmente, incluindo apoios a mulheres vítimas de violência baseada no género,***
- (2) medidas de proteção social,***
- (3) respostas lideradas pela comunidade e pela sociedade civil à pandemia e confinamentos associados.***¹²³

Estas medidas devem ser reforçadas para combater as causas profundas da desigualdade entre homens e mulheres, que são sobretudo estruturais, escapam ao controlo direto de um indivíduo e se referem a organização económica, atribuição dos serviços sociais, legislação sem consideração de perspetiva de género e ideologias de masculinidade dominante.

Experiências da Quênia mostram que as transferências de renda (cash transfer) ajudaram as micro empreendedoras durante a pandemia a manter seus meios de subsistência, manter ou reabrir seus negócios e aumentar o lucro de seus negócios. As mulheres recebiam mais do que os homens, neste tipo de programa no Togo, devido à desigualdade dos encargos com a prestação de cuidados. As transferências de dinheiro demonstraram que com elas aumentasse a utilização dos serviços de saúde.¹²⁴

¹²² Embaló/PNUD, 2021, p. 91.

¹²³ Cf. Bello K, George A, De Jong M, Adeyera O, Faye C, Oyelade T et al. (2022). African governments must build on covid-19 responses to advance gender equality. *BMJ* 2023; 381 :e072239. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072239> (Published 07 June 2023).

¹²⁴ www.bmj.com/content/381/bmj-2022-07-2239#ref-42

Os programas de empoderamento económico podem ser uma estratégia crucial para garantir os meios de subsistência das mulheres e raparigas em contextos de emergência da Saúde Pública. O impacto de tais programas poderia ir além dos aspetos económicos, diminuir o risco de comportamentos de adaptação prejudiciais, tais como casar uma filha pequena para receber o dote, vender ativos produtivos ou envolver-se em comportamentos sexuais de risco.¹²⁵

Uma das ferramentas mais utilizadas e promissoras para amortecer o choque económico induzido por uma emergência de saúde pública são as transferências incondicionais de dinheiro (cash voucher). Uma base de evidências rigorosa já foi estabelecida, sugerindo que as transferências incondicionais de dinheiro, em geral, podem melhorar a segurança alimentar, o desenvolvimento cognitivo e físico da criança, estipular atividades empresariais e realização educacional. (WFP Guiné-Bissau, Strategic Plan 2023-2027, informações do escritório em Bissau, novembro 2023). Apoios deste tipo foram oferecidos na Guiné-Bissau pela PAM e outras agências das NU em colaboração com o governo, tais como pagamentos cash e *in kind*, distribuição de arroz e perdão da dívida de eletricidade/água).

Embora nem sempre concebidas como intervenções específicas em função do género, esses apoios podem ter efeitos benéficos em termos de género — por exemplo, reduzindo os conflitos intrafamiliares, melhorando o bem-estar emocional e a resiliência das mulheres e raparigas e prevenindo a violência contra as mulheres através do aumento da disponibilidade de dinheiro para satisfazer as necessidades diárias. Este apoio pode melhorar a segurança económica dos agregados familiares e reforçar a emancipação das mulheres. Mesmo quando as medidas se centram nas mulheres, outros obstáculos podem limitar a sua eficácia. Embora o direcionamento de pagamentos por transferência de renda para as mulheres por meio de contas bancárias em seu nome aumente seu controle sobre os recursos, a criação de uma conta geralmente requer um documento de identificação válido ou um telefone celular que muitas mulheres não tiveram. Na Guiné-Bissau, poucas mulheres nas cidades têm a conta bancária e nas áreas rurais as mulheres categoricamente não têm conta bancária. Praticam a poupança tradicional semanal ou mensal (abota).¹²⁶

O fosso digital entre homens e mulheres constitui um desafio importante na região. No Egito, Quênia, Nigéria e Senegal, as mulheres tinham 37% menos probabilidade do que os homens de usar internet móvel em 2021.¹²⁷ Na Guiné-Bissau a utilização da Internet cresce cada dia e numa forma muito rápida, mas as mulheres continuam com bastante menos acesso de que os homens (10% menos conforme o MICS 6 2020).

Além disso, apesar da priorização política da proteção social durante a Covid-19, as despesas de proteção social em África são geralmente baixas, extremamente baixas na Guiné-Bissau, como demonstrado no Cap. 3.11.¹²⁸

¹²⁵ www.bmj.com/content/381/bmj-2022-07-2239#ref-75.

¹²⁶ Resultado das auscultações em Bissau, Bafata e Gabu, dezembro 2023.

¹²⁷ www.bmj.com/content/381/bmj-2022-07-2239#ref-48.

¹²⁸ www.bmj.com/content/381/bmj-2022-07-2239#ref-49. Por causa desse baixo investimento, em muitos países africanos menos de 20% da população está coberta por, pelo menos, um programa de proteção social

No caso específico da Guiné-Bissau em que as redes de proteção social são escassas, o apoio da sociedade Civil foi fundamental. As respostas da comunidade e da sociedade civil à Covid-19 têm fornecido um apoio inestimável para a saúde e a subsistência dos grupos vulneráveis. Além da comunicação de risco da Covid-19, as comunidades adaptaram abordagens de prevenção de doenças para as suas populações e prestaram apoio social à famílias e indivíduos necessitados. As comunidades e as organizações da sociedade civil também desempenharam um papel vital na defesa de serviços essenciais para grupos e indivíduos marginalizados. As mulheres protagonizaram iniciativas durante a pandemia, que foram fundamentais para responder à violência baseada no género, porque souberam enquadrar as necessidades específicas das mulheres e famílias vulneráveis.

As mulheres ativistas da Fundação Ana Pereira e da RENLUV, uma associação nacional de mulheres, criaram uma Plataforma online de Direitos Humanos das Mulheres "Plataforma Bioksan" (<https://plataformabioksan.com>) que visa proteger e defender os direitos das mulheres e das crianças, bem como proteger a igualdade de género durante a pandemia de COVID-19.¹²⁹

6.3 Estratégias, políticas e planos de prevenção e resposta a surtos de doenças e epidemias

Por um longo período, a gestão de emergências de saúde pública não foi objeto de uma planificação no país. Só com o estabelecimento do INASA – Instituto Nacional da Saúde Pública - em 2011 é que se identificou uma estrutura responsável pela proteção da população em caso deste tipo de crises.

Inicialmente o Ministério da Saúde Pública recorria a comissões interministeriais pontuais, como forma de envolver os diferentes parceiros, dependendo do tipo de situação de crise, para organizar e gerir a luta contra as constantes epidemias no país. Essas comissões deixavam de existir logo que a situação fosse dada por controlada. Esta situação, fazia com que se iniciasse de novo sempre que acontecesse uma nova crise.

Apesar das constantes crises epidémicas que o país vinha sofrendo, a gestão de emergências não foi mencionada no primeiro **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário** (PNDS I) de 1998.

Foi também em 1998, em pleno período de conflito político-militar, que o país participou na reunião de apresentação da estratégia **de Vigilância Integrada das Doenças Transmissíveis e Preparação de Resposta contra as Epidemias** em Abidjan, na Costa do Marfim. Ao longo dos anos seguintes, a Guiné-Bissau registou eventos epidémicos, tais como a Cólera, Sarampo e Antrax. Em 2010 foram notificados casos de gripe aviária e em 2015 casos de Zika, ambos na linha costeira do país. Ao lado da Covid-19, em 2021/22 surgiram casos de Pólio e de Sarampo.

Em 2005 a primeira edição do guia técnico da Vigilância integrada das Doenças e Resposta (VIDR) foi amplamente adaptada pelos Estados membros da OMS no continente africano. Em 2006, sob impulso do Sistema das Nações Unidas, o Governo da Guiné-Bissau tentava dotar-

¹²⁹ Embalo/PNUD, 2021.

se de uma estrutura de gestão de situações de catástrofe, mais concretamente de uma estrutura de ajuda humanitária. Foi criado um grupo de trabalho e pouco mais se fez na altura. A situação mudou com a criação do INASA, Instituto Nacional da Saúde em 2011 e a grande ameaça da propagação do surto de Ébola a partir da vizinhança (Guiné-Conakri) na Guiné-Bissau. Atualmente, é utilizada a terceira edição de março de 2022 do guia técnico da Vigilância integrada das Doenças e Resposta.

Para o caso da Guiné-Bissau houve uma avaliação externa conjunta sobre o “Regulamento Sanitário Internacional” (RSI) da OMS (2005), utilizando o questionário SCORE B- Joint External Evaluation (JEE). O amplo e detalhado Relatório da Missão está disponível no web site da OMS (8-12 julho 2019.) Esta avaliação serve-nos como fio orientador para desenho do quadro mínimo/ condições mínimas exigidas do país para a preparação e resposta a surtos de doenças e epidemias. A JEE identificou desafios críticos nas estratégias de vigilância da doença no país. (RSI 2019).¹³⁰

Em Destaque: Guia técnico Nacional da Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (VIDR MINSEP/INASA/ Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária. 2022, 3ª edição, 2019/ 2022 (adaptado ao país).

A Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (VIDR) é uma estratégia crucial para monitorar e controlar doenças na Guiné-Bissau. Ela envolve a coleta sistemática de dados sobre doenças, eventos de saúde e respostas, permitindo uma abordagem abrangente e eficaz.

A Guiné-Bissau utiliza a estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (VIDR) para detetar doenças, condições e eventos prioritários e comunicar informações em todos os níveis do sistema de saúde do país.

Isso inclui cólera, disenteria, sarampo, coqueluche, meningite, paralisia flácida aguda/poliomielite, tétano neonatal, gripe não sazonal, febre hemorrágica, raiva, diarreia aguda, microcefalia/zika e morte materna.

A VIDR abrange vários aspetos:

Vigilância Epidemiológica: Monitoramento contínuo de doenças e eventos de saúde para detetar surtos e tendências.

Controle de Doenças Transmissíveis: Implementação de medidas preventivas e de controle para reduzir a disseminação de doenças infecciosas.

Prestação de Cuidados de Saúde, Integrada: Garantir que os serviços de saúde estejam bem coordenados e acessíveis à população.

Vigilância de Evento Sentinela: Monitoramento de eventos específicos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

¹³⁰ RSI 2019 = JEE - World Health Organization (July 2019). Joint External Evaluation of the Main Capacities of International Health Regulations of Guinea-Bissau (Avaliação Externa Conjunta das Principais Capacidades do RSI da Guiné-Bissau). <https://extranet.who.int/sphn/sites/default/files/jeeta/Guinea%20Bissau%208-12%20Jul%202019.pdf>.

Métodos de Educação em Saúde: Promover a conscientização e a educação sobre saúde entre a comunidade.

Essa abordagem holística visa melhorar a saúde pública e fortalecer a capacidade de resposta a doenças na região africana.

O Guia técnico da VIDR, 3ª edição, é utilizado como referência incontornável para atividades de vigilância a todos os níveis na Guiné-Bissau. Igualmente é um recurso muito importante para o desenvolvimento da formação, supervisão e seguimento e avaliação de atividades de vigilância no país, de forma a melhorar a deteção precoce e a resposta as doenças epidémicas e outros eventos no âmbito da abordagem “Saúde Única”. Mas o nível da implementação ainda é fraco.

Até agora a Guiné-Bissau depara-se com dificuldades de alcançar as capacidades essenciais mínimas do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) cuja implementação é vinculativa para todos os Estados-Membros que concordaram em cumprir as regras nele estabelecidas de modo a contribuir para a segurança da saúde pública a nível regional e internacional.

As principais razões são: afetação inadequada de recursos humanos e financeiros, imprevisibilidade de financiamento para os planos nacionais do RSI, e a perda de profissionais de saúde qualificados e competentes. A coordenação e a colaboração entre o sector da saúde e outros departamentos governamentais responsáveis pelos pontos de entrada no país, eventos de natureza zoonótica, segurança alimentar, e acidentes químicos ou radionucleares continuar a ser fraca, o que resulta numa abordagem fragmentada na implementação do Regulamento Sanitário Internacional em diversos Estados-Membros.¹³¹

Na Região Africana, e assim também na Guiné-Bissau, a implementação do RSI deverá ocorrer no contexto da estratégia de Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID). Apesar da revisão da estratégia para incorporar disposições do RSI, a maioria dos países não implementam em pleno esta estratégia, o que resulta num fraco sistema de recolha, análise, interpretação e notificação à OMS de eventos de saúde pública de dimensão internacional, como é exigido nos termos do RSI (2005).¹³²

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III), 2018-2022: Nos últimos anos, a Guiné-Bissau tem feito algumas melhorias na área do planeamento estratégico no sector da saúde. Isso inclui a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III), com base nas prioridades setoriais, conforme apresentado no Plano Nacional de Desenvolvimento do Governo de 2015, Terra Ranka.¹³³

É o documento-chave de melhoria na área do planeamento estratégico no sector da saúde. Na sua análise da situação, o plano faz referência à falta de um quadro institucional para uma resposta rápida e coordenada a emergências e à fraca capacidade de previsão e reação a emergências (epidemias e outras catástrofes, desigualdades regionais, económicas e de

¹³¹ www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/afr-rc62-12-implementação-do-regulamento-sanitário-internacional-na-região-africana_1.pdf

¹³² *Ibid* e Guia Técnico Nacional de VIDR, INASA/ Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária, Maio 2022, Vol.1, Maio 2022.

¹³³ Banco Mundial (2018). pp. 102-103.

género no acesso aos cuidados de saúde). O Plano menciona as desigualdades regionais, económicas e de género no acesso aos cuidados de saúde, mas não vai mais longe, não inclui uma análise de género/ interpretação profunda das desigualdades.

O programa “Emergências em Saúde” do PNDS III insere-se entre os objetivos do ODS 13 “Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados com o clima e as catástrofes naturais em todos os países”. Conforme as orientações da Política Nacional de Saúde as populações guineenses estão sujeitas a epidemias e catástrofes naturais que incorporam elementos de imprevisibilidade, realçam-se a recorrência dos surtos de cólera e as ameaças de problemas transfronteiriços como os do Ébola e febre-amarela. A coordenação técnica da resposta às emergências de Saúde Pública é da responsabilidade do INASA. Esta coordenação é operacionalizada através do Centro Operacional de Emergência em Saúde, criada por despacho ministerial 22/GMS/2015 de 11 agosto.

O Plano Estratégico Nacional para o Sistema de Informação em Saúde 2023-2027 (PENSIS):

Trata-se de um esforço coordenado para melhorar a recolha, armazenamento, processamento e utilização da informação em saúde. Essencial para garantir que a informação de saúde seja utilizada de forma eficaz para permitir a tomada de decisões. O setor carece de um SIS nacional global e multissetorial que, reforçado nas suas competências, desenvolva um papel central de produção, promoção e disseminação de informação para a saúde. O Plano inclui a recolha de dados sobre a incidência e prevalência de doenças, a disponibilidade de serviços e a cobertura de saúde. O PENSIS visa assegurar uma partilha eficiente de informação entre as diferentes partes interessadas, incluindo profissionais de saúde, autoridades de saúde, investigadores e a população em geral. Centraliza e integra, de forma horizontal, todos os fluxos de dados, incluindo da vigilância epidemiológica, num repositório padronizado.

Segundo o Diretor-Geral da Promoção e Proteção da Saúde Pública, a estrutura informática para gerir de facto estes diferentes bancos de dados não é bem instalada no país até agora, falta de capacidade técnica nacional para trabalhar efetivamente e corretamente com a plataforma nacional DHIS2 (introduzida no país em 2011 com a capacidade de produzir tabelas eletrónicas com múltiplas variáveis e indicadores), dependência de apoios de técnicos e gestão de OMS (Entrevista, DG Prevenção e Promoção de Saúde, DGPPS, 23.11.2023)

Ainda está em desenho **A Estratégia Nacional da Saúde Digital**, projeto junto com OMS e com financiamento do Banco Mundial para integrar todos os bancos de dados numa única plataforma segundo informações preferidas da Presidente do INASA (entrevista, 23.11.2023).

O Plano Estratégico Nacional de Emergências de Saúde Pública deveria ter sido elaborado em 2021, mas não foi até agora. Como Plano de Contingência Multi-risco seria um documento estratégico de orientação para futuros surtos e contornar eventuais novas epidemias. Conforme informação do Departamento Epidemiológico do INASA este plano ainda será elaborado no ano 2024 (Entrevista 14.12.2023) e seria oportuno integrar um quadro responsivo ao género no plano.

A Guiné-Bissau deve ainda adotar um **Plano Estratégico Nacional para o Sector da Saúde (PENSS)** ou incluir as funções do RSI no Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário (PNDS), fazendo o aplicar e cumprir.

A Lei de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (Lei nº 11/2010) protege as mulheres e garante os seus direitos: A Lei define a saúde reprodutiva e os seus serviços. Entre outros direitos, a lei garante às mulheres o acesso a serviços de saúde que permitam uma gravidez e parto seguros, cuidados pré e pós-natais e o direito sem discriminação a serviços de saúde reprodutiva, planeamento familiar e saúde reprodutiva.

Para além da área da saúde reprodutiva e parto seguro, incluindo cuidados neonatais, esta lei aborda várias questões-chave de saúde para as mulheres que são essenciais para superar não só as desigualdades de género no sistema de saúde, mas também as condições de risco de vida relacionadas com a saúde das mulheres e raparigas, nomeadamente : 1. Atenção às complicações do aborto clandestino; 2. Infecções e prevenção do HIV/SIDA; 3. Proibição do casamento menor de 18 anos, criando indiretamente uma medida de redução e restrição da gravidez precoce.¹³⁴

A Guiné-Bissau ainda carece da **Lei de Bases do Sistema de Saúde** que define os principais equipamentos e serviços e os direitos da população no domínio da saúde. De ponto de vista de género há grande necessidade de elaborar a Lei de Bases do Sistema de Saúde porque as leis e os planos existentes, embora sensíveis a algumas questões de género, não podem dar respostas suficientes às preocupações gerais de saúde pública, nem garantir a integração do género na legislação sanitária na Guiné-Bissau

Uma **Lei de Bases do Sistema de Saúde**¹³⁵ deveria incluir as pistas legais para combater efetivamente os principais fatores determinantes das mortes maternas e infantis e melhorar outras situações da saúde relacionadas com igualdade de género na Guiné-Bissau: Garantir o acesso de todas as mulheres ao sistema de saúde pública; ou seja, elevar o número das instalações e a proximidade à população; promover um aumento significativo do número de parteiras qualificadas; ultrapassar as normas culturais que desencorajam as mulheres de frequentar o sistema de saúde pública; melhorar os serviços da saúde reprodutiva; incluindo soluções para aborto gratuito e em condições dignas;¹³⁶ sensibilizar os técnicos e profissionais de saúde sobre os interesses e necessidades específicas das mulheres e capacitar o pessoal médico e auxiliar no tratamento adaptado às mulheres e raparigas nos serviços de saúde, em termos de informação, tratamento médico e seguimento; sensibilização comunitária, particularmente os líderes tradicionais e religiosos e a sociedade civil sobre a importância e o direito à saúde das mulheres e as suas necessidades específicas (saúde reprodutiva, VIH, criança).

¹³⁴ Outras leis relacionadas que proíbem a discriminação e violação das mulheres: A legislação sanitária existente diz respeito ao HIV/SIDA (2007); a lei proíbe a discriminação contra as pessoas que vivem com o HIV (falta uma perspectiva de género na estratégia nacional contra o HIV/AIDS para a oferta da terapia antirretroviral do HIV, com atenção especial às meninas, mulheres grávidas e mães de recém-nascidos); a Lei de Prevenção e Combate ao Tráfico de Pessoas, Particularmente Mulheres e Crianças (2011) e a Lei contra a MGF (14/2011) para prevenir, combater e reprimir a mutilação genital feminina.)

¹³⁵ Embalo, B (2020). Necessidade de Integração da Abordagem de Género no Quadro Legal da Guiné-Bissau. Relatório Final - 12.03.2020, PNUD e Ministério da Justiça e Direitos Humanos.

¹³⁶ Embora o Código Civil da Guiné-Bissau (Art. 112) não criminaliza o aborto, desde que seja fornecido em instalações médicas por um profissional e com o consentimento da mulher grávida, as mulheres que buscam um aborto tendem a sofrer discriminação múltipla no acesso aos serviços e custos muito levados.

Existe legislação nacional, políticas e outros instrumentos que regem as emergências da Saúde Pública, a vigilância epidemiológica e a aplicação de alguns aspetos do Regulamento Sanitário Internacional (JEE, 2019).¹³⁷

São necessárias a avaliação e atualização do quadro legislativo com o objetivo de facilitar a integração e implementação de todos os componentes do RSI, e particularmente os aspetos de coordenação e operacionalização de prevenção e resposta a surtos de doenças e epidemias.

Estratégias e Planos relevantes para revisão, atualização e integração do género:

República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Estratégico do Centro de Operações de Emergências Sanitárias da Guiné-Bissau. Maio 2017;

República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Estratégia Nacional de Comunicação e Promoção da Saúde e Prevenção e Combate as Epidemias, 2017-2021;

Plano para Emergências elaborado pelo Centro Operacional de Emergências em Saúde (COES);

República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direção Geral de Prevenção e Promoção de Saúde. Plan de prévention et de réponse à l'Epidémie de la maladie à Ebola (Mai à Décembre 2014) ;

República da Guiné-Bissau. COES. Plano Nacional de Contingência da Doença pelo Vírus do Ébola (PNCDVE), atualizado 2021;

República da Guiné-Bissau. COES. Plano de Contingência para o Vírus ZIKA. Guiné-Bissau, 2016;

República da Guiné-Bissau. COES. Plano Nacional de Contingência do COVID-19;

Planos de Prevenção e Controlo de Infeções para cólera, VIH e Hepatite, mas estes planos estão apenas implementados parcialmente nas 11 regiões sanitárias do país. (RSI, p.15);

Avaliação do Género

Todos os documentos estratégicos e planos mencionados em cima são relevantes para preparação e resposta às epidemias, em primeiro lugar a Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (VIDR). Seria muito importante introduzir uma perspetiva de género neles e nos planos de contingência de epidemias.

Portanto, a ausência de consideração relativamente ao género nos planos acima destacados, limitam a sua eficácia e o seu alcance no que concerne a resposta a surtos e epidemias, uma vez que os seus conteúdos não contemplam as necessidades específicas das mulheres, homens, rapazes e raparigas tanto no contexto rural como no urbano.

Regista-se uma necessidade imperiosa de instituir uma equipa de resposta rápida e da coordenação que tenha em observância o equilíbrio entre os sexos na sua composição.

¹³⁷ Por exemplo: Decreto-Lei N. 62-E de 30/12/92 – Regime do Controlo Sanitário dos Géneros Alimentícios; BO N. 20/77 Decreto-Lei N. 20 das Infrações Antieconómica e contra Saúde Pública; mas a produção normativa com relevância no âmbito do RSI é insuficiente.

6.4 Serviços da Saúde Pública responsáveis pela prevenção e resposta a surtos de doenças e epidemias

O sistema nacional de saúde da Guiné-Bissau compreende três níveis de cuidados: central, intermédio e periférico. A nível central, encontram-se o **Ministério da Saúde Pública** (MINSAP) e o **Instituto Nacional de Saúde Pública** (INASA).

O nível intermédio é composto por 11 regiões de saúde, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). As regiões de saúde oferecem apoio técnico e coordenação das áreas de saúde que constituem o nível periférico. Cada uma das 114 áreas de saúde tem pelo menos um centro de saúde. Existem diferenças regionais, rurais e urbanas nos indicadores de saúde da população, na infraestrutura de prestação de cuidados existente e respetivo funcionamento, e nos recursos disponíveis para cada cenário.

O INASA foi criado em 2011 como uma agência governamental. É um instituto público com autonomia técnica, administrativa, financeira e patrimonial sob a tutela do Ministro da Saúde que tem como principal objetivo melhorar a qualidade de vida na Guiné-Bissau através do conhecimento científico e tecnológico em saúde. O INASA é um Membro institucional da Associação Internacional dos Institutos Nacionais de Saúde e do Conselho Executivo da mesma - IANPHI. Suas principais áreas são a epidemiologia, vigilância, comunicação em saúde, sistema laboratorial de saúde pública e pesquisa em saúde.¹³⁸

Tem diferentes centros, como o centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária (CECS), o Centro de Informação e Comunicação em Saúde (CICS), o Centro de Gestão e Desenvolvimento Institucional (CDI), o Laboratório Nacional de Saúde Pública, o Centro de Medicina Tropical e a Escola Nacional de Saúde. Os coordenadores dos centros são homens, somente o CECS é liderado por uma mulher. Recentemente foi nominada uma Presidente ao topo do Instituto. Na sua totalidade trabalham mais mulheres do que homens no INASA.¹³⁹

O INASA pretende introduzir outros serviços para fortalecer as capacidades técnicas e analíticas de vigilância e prevenção e tratamento de surtos e epidemias, como um **departamento de Pesquisa** que aborda temáticas como um “Estudo sobre vacinação da COVID-19 em Bissau/SAB”, “Cartografia da Mortalidade Materna e Infantil”, o Inquérito SARA sobre infraestruturas, equipamentos, recursos humanos de Saúde e ainda a conexão rodoviário aos hospitais/centros de saúde. O **Observatório Nacional da Saúde** foi criado pela OMS para todos os países e precisa de apropriação nacional. Será instalado em cooperação com o Projeto de Saúde de Bandim. Por fim, nas **Estatísticas** será instalada uma Plataforma para a observação de Vigilância Integrada de Saúde Pública, junto com OMS.¹⁴⁰

O **Estatuto do INASA** não contém qualquer perspetiva de género, por exemplo, um plano de distribuição dos postos de trabalho, uma política corporativa integrando o género, uma quota

¹³⁸ www.inasa.gw.

¹³⁹ Distribuição dos Recursos Humanos, 2011: Nacionais: PhD – 6, Mestrado – 7, Nível técnico superior – 12, Nível técnico médio/auxiliar – 46, Assistentes de campo – 80, Administrativo – 27 – Expatriados na GB, Dinamarca e Suécia: 10.

¹⁴⁰ Entrevista a Sra Dalanda Dafé, ponto focal da INASA para ARC, médica, especialização em epidemia do campo, 10.11.2023, Presidente do INASA, 17.11.2023.

que privilegia mulheres sobre homens em caso serem as candidaturas de ambos os sexos de mesma qualidade.

Mecanismo de coordenação - COES – O Centro das Operações de Emergências em Saúde

A coordenação técnica da resposta às Emergências de Saúde Pública é da responsabilidade do INASA. Esta coordenação é operacionalizada através do Centro Operacional de Emergência em Saúde criada por despacho ministerial 22/GMS/2015 de 11 agosto.

Os centros de operações de emergência em saúde (COES) são o mecanismo de coordenação de emergências que existe a nível nacional e regional.

Os COES foram criados tanto ao nível nacional como regional de forma a prevenir, mitigar e responder a potenciais emergências de saúde pública. No COES estão representados diversos serviços públicos e privados, saúde humana, saúde animal, ambiente e parceiros. Os COES incluem a criação e operacionalização no terreno das equipas de coordenação e de gestão de resposta rápida.

A instalação do Centro passa por: mobilização de membros permanentes e eventuais; especificação dos mecanismos de ativação do Centro Operacional; definição de emergência de saúde; criação de uma rede nacional de resposta a emergências de saúde pública, incluindo estruturas de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e outros produtos terapêuticos; articulação com os mecanismos de gestão do conhecimento em saúde incluindo a comunicação de risco epidemiológico aos cidadãos guineenses; manutenção e gestão dum fundo de resposta rápida; e definição de procedimentos operacionais padrão de resposta a situações de emergência (conforme PNDS III).

Quando a emergência pode constituir uma ameaça de importância internacional, cabe ao INASA ativar os mecanismos de resposta apropriados, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, articulando-se com as autoridades sanitárias dos Estados Membros da CEDEAO, regionais (OOAS) e com a OMS (Despacho 22/GMSP/2017 de 22 de maio).

O INASA deveria trabalhar com os serviços de saúde no sentido de assegurar que a resposta à emergência não negligencia a manutenção de uma resposta adequada dos serviços de saúde de rotina, incluindo a saúde da mulher. Igualmente trabalharia com os ministérios relevantes para garantir a manutenção de serviços essenciais (água, luz, transportes, etc.) e minimizar o impacto negativo na economia do País.

Funcionamento / mecanismo do COES:

O COES é liderado pelo Presidente do INASA e copresidido pelo Diretor Geral da DGPPS do MINSAP. Integram-se a ele todos os ministérios relevantes em situações de emergências da Saúde, tais como em primeiro lugar o Ambiente, a Agricultura, M. de Interior/Proteção Civil, M. da Coesão Social, Família e Mulher etc. Estão representados ainda diversos serviços públicos e privados, saúde humana, saúde animal, ambiente e parceiros. Nas 11 regiões sanitárias a estrutura é liderada pelos Governadores, junto com um conselheiro técnico de saúde (diretor regional da Saúde?) que formam gabinetes de planificação e equipas de emergência ao nível regional.

Com a responsabilidade partilhada entre o INASA e a DGPPS há sempre o conflito de competências, engendrando uma certa competição/ falta do entendimento entre as

estruturas. Neste momento, o COES está muito enfraquecido, parcialmente porque a coordenação das instituições envolvidas durante a epidemia do Covid-19 não funcionou bem. Ou seja, o modelo de coordenação precisa de ser revisto:

Entre o Alto Comissariado, nomeado (responsabilidade política com governo e parceiros internacionais) e COES/Ministério de Saúde Pública, responsável técnico para gestão das epidemias.¹⁴¹

Depois da pandemia o INASA com apoio da OMS convocou somente duas reuniões do COES em 2022 e igualmente em 2023, não respeitando o sistema de reuniões regulares.

*Geralmente as mulheres são muito menos representadas nos pilares /subseções do COES do que os homens (8 homens vs. 3 mulheres). Somente com a aplicação de uma quota nesta estrutura tão importante para o combate das epidemias, o papel das Mulher na prevenção e resposta aos surtos de doenças e epidemias poderia ser elevado / reforçado.*¹⁴²

Capacidades de preparação e resposta do INASA as Emergências da Saúde Pública

Na opinião dos especialistas do Centro de Epidemiologia, o INASA neste momento não está bem preparado para prevenir e responder a emergências da Saúde Pública por várias razões:¹⁴³

Laboratório: dificuldade em recursos humanos (insuficientes / falta de qualidade) apesar de treinamentos, desafio de transporte de colheita suspeita das regiões até a laboratório em Bissau ou Dakar em boas condições: falta de acondicionamento e transporte seguro.

Deteção e seguimento de caso: nível de conhecimento especializado é pouco entre os recém-formados porque a Escola Nacional de Saúde não ensina a disciplina de vigilância epidemiológica. O pessoal da Saúde comunitária também não integra a vigilância epidemiológica nas 16 práticas familiares que monitorizam e implementam no terreno.

Estado de vigilância de campo: O INASA dispõe somente de 11 epidemiologistas de campo treinados no curso avançado de 2 anos no Gana, Brasil, e Burkina Faso, para todas as regiões. Trata-se de 4 mulheres e 7 homens. O curso básico e intermediário da epidemiologia de campo, ambos oferecidos pelo INASA estão parados neste momento por causa de problemas de financiamento. Na totalidade saíram 222 estudantes dos treinamentos básicos em 16 turmas entre 2016 e 2023, deles 139 homens e 83 mulheres. Precisam ainda de reforço e supervisão contínua para a deteção e comunicação correta dos casos de suspeita de uma doença.

Dependência do INASA de 100% de financiamento dos parceiros internacionais.

¹⁴¹ Informações fornecidas pelo DGPPS, entrevista, 23.11.2023.

¹⁴² Recomendação do DGPPS, 23.11.2023.

¹⁴³ Informações e avaliações fornecidas pela Dra Dalanda Dafé, focal point INASA para ARC, medica, especialização em epidemia do campo, entrevista no dia 10.11.2023, e a Sra. Sidonia Vieira, Diretora do Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária no INASA, 14.12.2023; Dr Mamadu Camara, medico e especialista no Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitário, Coordenador do Programa Epidemiologia de Campo.

Mecanismos da resposta rápida na ocorrência de um surto de doença etc. não estão disponíveis/ instalados por falta de meios financeiros.

INASA necessita de uma vigilância epidémica mais sistemática, a publicação de boletins epidemiológicos que o INASA elabora desde 2021 foi interrompida por falta de financiamento, no início de 2023.

Produção e Análise de dados: Nos boletins epidemiológicos e nos [painéis epidemiológicos](#) interativos do INASA (www.inasa.gw) os dados não são desagregados por sexo.

Abordagem: A Guiné-Bissau utiliza a estratégia de Vigilância e Resposta Integrada à Doença (IDSR) para detetar doenças, condições e eventos prioritários e comunicar relatórios em todos os níveis do sistema de saúde do país. Isso inclui cólera, disenteria, sarampo, coqueluche, meningite, paralisia flácida aguda/poliomielite, tétano neonatal, gripe não sazonal, febre hemorrágica, raiva, diarreia aguda, microcefalia/zika e morte materna.

Capacidade do Centro de Epidemiologia e de Saúde Comunitária (CESC) para a coordenação intersectorial é decisiva e deve ser realizada para atuar uma vigilância epidemiológica eficaz e reforçada contra os surtos de doenças infetocontagiosas e as emergências de todas as naturezas.

Tipos de avaliação: os exercícios de avaliação das capacidades que compreendem a Vigilância epidemiológica, o controlo e a resposta aos surtos e epidemias, as ameaças de saúde (ambiental, zoonótica e humana) no âmbito da implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), foram efetuadas anualmente e diretamente geridas por parte do pessoal nacional. No caso da Guiné-Bissau houve também uma avaliação conjunta, utilizando o questionário SCORE B- Joint External Evaluation (JEE). O amplo e detalhado Relatório de Missão disponível no web site da OMS, com datas de 8-12 julho 2019.

Programa REDISSE do Banco Mundial

Em 2016, o Banco Mundial lançou o Regional Disease Surveillance Systems Enhancement / Melhoria dos Sistemas Regionais de Vigilância de Doenças (REDISSE) para responder ao desafio e ajudar a proteger os países de ameaças epidémicas devido ao ébola e outros patógenos, como a COVID-19. O programa centra-se no reforço das capacidades em matéria de vigilância das doenças e de preparação para as epidemias. A abordagem regional do REDISSE enfatiza a ação coletiva e a colaboração transfronteiriça que promove o compartilhamento de informações, a harmonização de políticas e procedimentos e o planeamento, implementação e avaliação conjuntos das atividades do programa. Dada a importância da interface homem-animal-ecossistema na emergência e propagação de doenças novas e propensas a epidemias, a REDISSE defende uma abordagem interdisciplinar da "Saúde Única" que promove atividades e colaboração entre múltiplos setores.¹⁴⁴

O REDISSE apoiou o INASA da Guiné-Bissau e o MINSAP com treinamentos / bolsas para a formação de epidemiologia do campo (Field Epidemiology Training Program – FETP) e outros programas.

¹⁴⁴ www.worldbank.org/en/results/2020/10/12/epidemic-preparedness-and-response.

6.5 Mecanismos de financiamento e fundos de emergência

De acordo com o Painel Global de Acompanhamento do Financiamento da Segurança Sanitária (Global Health Security Funding Tracking Dashboard), a Guiné-Bissau é um recetor líquido de financiamento para projetos de segurança sanitária. Entre 2017 e 2020 os doadores comprometeram 139,7 milhões de dólares, dos quais 123,7 milhões de dólares foram desembolsados. Os fundos desembolsados entre 2014 e 2020 para a Guiné-Bissau serviram para melhorar a capacidade do país para abordar a imunização (72,8 milhões de dólares), seguida pela capacitação de recursos humanos (51,3 milhões de dólares) e contramedidas médicas (47,6 milhões de dólares).¹⁴⁵

Existe um mecanismo especial de financiamento público de emergências e os seus fundos aos quais o país pode aceder face a uma emergência de saúde pública.¹⁴⁶ A Guiné-Bissau está listada como um país mutuário elegível para o IDA, portanto, é elegível para o mecanismo de financiamento de pandemias do Banco Mundial.

A coordenação, elaboração e a planificação orçamental de mecanismos de financiamento para fundos de emergência, é assegurado através da Direção Geral de Administração do Sistema da Saúde (DGASS), em estreita colaboração com o Ministério da Economia e Finanças / Direção Geral do Orçamento (DGO).

Apesar de haver algumas rubricas no Orçamento Geral do Estado (OGE) que se aplicam à resposta a emergências, trata-se de montantes pequenos.

Mas, na sua maioria nem sequer são executados, pelo que se entende não haver a capacidade no país para executar esses projetos (JEE 2019, p. 11). No Orçamento do Estado para 2020, por exemplo, existe apenas uma linha dedicada às ameaças epidémicas: “Apoio à implementação de projetos regionais de reforço da vigilância epidemiológica”. O montante desta linha é de 3,8 mil milhões de FCFA, o que equivale a USD 6,9 milhões.¹⁴⁷

Devem ser mobilizados mais financiamentos externos para responder a emergências de saúde pública (Banco Mundial, Fundo Global, OIM, etc.), uma vez que estes não estão suficientemente contempladas no Orçamento do Estado. As atividades do nível regional são financiadas por parceiros de saúde, fundos multilaterais e cooperação bilateral, mas necessitam de alocação de financiamento que possa ser usado atempadamente durante emergências de saúde pública (JEE 2019).

Não estão disponíveis mecanismos de financiamento e fundos suficientes para uma resposta atempada às emergências de saúde pública. Deve ser assegurado mecanismo de ativação e mobilização de fundos para a utilização imediata durante as emergências.

¹⁴⁵ Global Health Security Funding Tracker. [<https://tracking.ghscosting.org/explore/map>].

¹⁴⁶ Este mecanismo inclui, por exemplo, um fundo de reserva nacional dedicado, um acordo estabelecido com o mecanismo de financiamento de pandemias do Banco Mundial/outro mecanismo multilateral de financiamento de emergência, ou outro caminho identificado através de uma lei de saúde pública ou estado de emergência).

¹⁴⁷ Documentos orçamentais mais recentes não foram encontrados no site da Assembleia Nacional Popular ou em qualquer outra fonte. (GHS INDEX, 2021, p. 94-95)

6.6 Detecção das Emergências da Saúde Pública- Capacidades de Laboratório

A Guiné-Bissau tem uma capacidade limitada de diagnóstico laboratorial e o Governo está a trabalhar arduamente para melhorar a sua capacidade. Algumas amostras de doenças devem ser enviadas para o Instituto Pasteur em Dakar, Senegal, para confirmação diagnóstica. O diagnóstico laboratorial é uma componente fundamental nas investigações de surtos e os atrasos na receção dos resultados dos laboratórios de referência limitam a interpretação dos dados epidemiológicos.

O sistema nacional de laboratório na República da Guiné-Bissau é composto por um total de 43 laboratórios públicos e 7 laboratórios privados. No setor da saúde humana ao nível Central existem 4 laboratórios públicos - Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP), Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), Hospital Militar Principal e o Hospital Raoul Follereau; ao nível regional 5 laboratórios nos hospitais regionais Canchungo, Mansoa, Bafatá, Gabú e Catió e ao nível local 34 laboratórios nos centros de saúde.

O LNSP é o laboratório nacional de referência, funcionando como laboratório de referência para o diagnóstico de todas as doenças consideradas prioritárias no País, com a exceção da raiva para a qual não existe capacidade instalada no país.

Capacidades laboratoriais (JEE 2019)

Foram identificadas várias doenças prioritárias, baseado na lista daquelas em que é possível fazer o diagnóstico laboratorial no país e também devido às ameaças existentes na região.

As doenças são: Ébola, Chikungunya, Zika, Cólera, Dengue, diarreia com sangue (Shigella), Sarampo, Meningite Meningocócica, Febre Tifoide, Febre-Amarela, VIH/SIDA, Malária, Leptospirose e Tuberculose.

Há capacidade no LNSP para realizar diagnóstico laboratorial para vários agentes infecciosos das doenças sob vigilância no país, entre eles: meningite, sarampo, cólera, Ébola e Covid-19. Em toda a rede de laboratórios da saúde humana são realizados testes de baciloscopia (TB), gota espessa (malária) e HIV.

Observou-se como uma área de fraqueza da Guiné-Bissau, a falta de capacidade de determinar os 10 testes principais.¹⁴⁸ Há capacidade laboratorial para detetar, isolar e identificar organismos resistentes aos antimicrobianos (RAM).¹⁴⁹

Notificação e protocolos

É importante garantir uma notificação fidedigna dos dados da vigilância em todo o sistema, a todos os níveis do sistema de saúde no país para proporcionar as informações aos responsáveis de vigilância, autoridades sanitárias regionais, epidemiologistas, pontos de entrada, ponto focal de RSI, ponto contacto da OMS etc. Existem mecanismos de notificação das doenças

¹⁴⁸ www.ghsindex.org/guinea_bissau, p. 30 e 35.

¹⁴⁹ No setor de saúde humana o laboratório nacional de saúde pública (LNSP) funciona como laboratório nacional de referência para a RAM. No quadro do Programa Nacional da Tuberculose a sensibilidade à Rifampicina é detetada através do GeneXpert MTB/RIF que é utilizado no LNSP e em quatro hospitais regionais. Testes de sensibilidade aos antibióticos podem ser realizados no LNSP, no entanto, é necessário apoio em reagentes e consumíveis (JEE, p.15).

prioritárias que afetam a saúde pública no país. A notificação imediata quando é exigida ao abrigo do RSI, quando se trata de uma doença ou eventos considerados prioritários propensos a epidemias.¹⁵⁰). Ao nível interno, existe notificação no setor da saúde animal.

Áreas que necessitam de reforço (JEE 2019)

- Inclusão na implementação de planos de emergência os **POP** para notificação de doenças que afetam a Saúde Única;
 - Mobilização de recursos humanos e financeiros para melhorar o sistema de notificação nacional;
 - Testar os mecanismos de notificação existentes de forma a puderem ser melhorados
-

Informações atualizadas a respeito dos eventos epidemiológicos são disponíveis nos [painéis epidemiológicos](#) interativos do INASA (www.inasa.gw)

O Boletim Epidemiológico, editado pelo INASA, é uma publicação de carácter técnico-científico, de acesso livre, em formato eletrónico com periodicidade trimestral e, eventualmente, semanal para os casos de monitoramento e investigação de doenças. A produção do boletim é uma das ações da Vigilância Epidemiológica. O boletim apresenta as principais doenças ou eventos de Declaração Obrigatória na Guiné-Bissau, estratificados por regiões sanitárias.

O Boletim Epidemiológico se configura como instrumento de vigilância para promover a disseminação de informações relevantes qualificadas, com potencial para contribuir com a orientação de ações em saúde pública no país.

6.7 Capacidades de resposta as emergências da Saúde Pública

6.7.1 Estado de preparação e planos de resposta

A preparação de emergências é definida como “o conhecimento, as capacidades e os sistemas organizacionais desenvolvidos pelos governos, pelas organizações de resposta e recuperação, pelas comunidades e pelos indivíduos para antecipar, responder e recuperar de forma eficaz dos impactos das emergências prováveis, iminentes, emergentes ou atuais” (JEE 2019).

Um estado de preparação é a combinação do planeamento, alocação de recursos, formação, exercício e organização para reforçar, sustentar e melhorar as capacidades operacionais ao nível nacional e intermédio e ao nível local ou primário, com base na avaliação estratégica de riscos.

Uma **avaliação estratégica de riscos** identifica, analisa e avalia a extensão de riscos num país e permite que sejam atribuídos níveis de prioridade aos riscos.

No COES estão representados vários ministérios e parceiros, que poderão intervir na resposta a emergências de saúde pública, mas a coordenação deverá ser melhorada e os planos testados. O país não dispõe de um inventário e mapeamento a nível nacional dos meios disponíveis para dar resposta às emergências de Saúde Pública. Esta em curso (fevereiro 2024)

¹⁵⁰ Conforme a Lista das Doenças que requerem notificação imediata, VIDR, Vol 2, p.62, Quadro 2.1

o Inquérito SARA, a Avaliação Harmonizada de Estruturas dos Serviços da Saúde que inclui as estruturas de emergência, para fechar esta lacuna.

Medidas nacionais de preparação para emergências multissetoriais e de vários perigos, incluindo planos de resposta às emergências, devem ser desenvolvidas, implementadas e testadas.

A melhoria do estado da preparação exige as seguintes atividades prioritárias:

- Realização de avaliações estratégicas de riscos múltiplos para a saúde pública ao nível nacional, regional e local, de forma multissetorial;
- Desenvolver um plano nacional multissetorial baseado na análise de riscos do país, no âmbito da Saúde Única;
- Terminar o levantamento de recursos existentes (para facilitar o processo de resposta a emergências; realizar uma cartografia multiriscos, de forma sistemática;
- Fortalecer as capacidades do país para monitorizar riscos prioritários ou riscos emergentes;
- Estabelecer uma base de recursos humanos e financeiros que poderão ser usados imediatamente durante as emergências, antes de os parceiros contribuírem com meios próprios;
- Mobilização de recursos humanos e financeiros que possam ser disponibilizados em poucas horas (2-4h) em caso de ocorrência de emergências de saúde pública;
- Realização de exercícios de simulação que apoiem o desenvolvimento de planos de resposta a emergências de forma global.

Quadro regulador para as operações de Resposta a Emergências

Existem os seguintes despachos e estratégias para as operações de resposta que precisam de atualização e validação:

- Despacho governamental sobre a criação do COES e do Coordenador do COES;
- Despacho governamental sobre a designação do Alto-comissário para as Emergências;
- Plano Estratégico Nacional do COES 2017 – 2019;
- Termos de Referências do COES Nacional e Regionais;
- Organograma do COES; POP (Ébola), 2015;
- Estratégia Nacional Integrada de Comunicação, e Promoção da Saúde, Prevenção e Combate as Epidemias 2017 - 2020 ;
- Composição de Equipas de Resposta Rápida (ERR) Nacional e Regional ;
- Lista de doenças prioritárias.

Mecanismos de resposta a doenças infecciosas e potencialmente zoonóticas

A Guiné-Bissau está situada num **hotspot** tanto para a emergência de doenças zoonóticas como para as alterações climáticas. A interação de fatores ecológicos, epidemiológicos e socioeconómicos em mudança no país deverá levar a um maior surgimento de zoonoses. Por exemplo, um estudo de modelagem recente sobre os riscos do Ébola¹⁵¹ prevê um aumento de 1,75 a 3,2 vezes na taxa endêmica de transbordamentos virais entre animais e humanos no país e região circundante até 2070.

A avaliação conjunta pelos sectores da saúde humana e da saúde animal dos riscos em relação à ocorrência de zoonoses é feita através da reunião de coordenação do COES e de missões no terreno da equipa multisectorial de resposta rápida.

Não há provas suficientes de que a Guiné-Bissau tenha um plano sobre doenças zoonóticas. A Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) publicou em junho de 2019 um Relatório de Análise de Lacunas de PVS (PVS Gap Analysis Report) para a Guiné-Bissau. Como prioridade, o país deve desenvolver um plano estratégico para as doenças zoonóticas, especialmente para a raiva e o antraz (Índice GHS, p. 9). A Guiné-Bissau não possui medidas específicas para identificação e redução de riscos para eventos de propagação de doenças zoonóticas de animais para humanos e não possui planos para doenças zoonóticas que representem ameaças para humanos e animais no âmbito nacional e internacional da saúde pública (Índice GHS, p. 10). A Guiné-Bissau tem um plano de vigilância no caso da gripe aviária. (Índice GHS, p.11), mas faltam diretrizes / planos que contemplem a vigilância e o controlo de múltiplos agentes patogénicos zoonóticos de interesse para a saúde pública.

Existem muitos desafios para reforçar as capacidades do país para responder atempadamente as zoonoses:

- Elaboração de um Memorando de entendimento (MdE) multisectorial para gerir uma situação de surto de zoonose e sua implementação;
- Elaboração de planos de ação para doenças zoonóticas emergentes ou re-emergentes para minimizar a transmissão de zoonose a populações humanas; incluindo a revisão da lista de zoonoses prioritárias;
- Elaborar conjuntamente os procedimentos de vigilância e diagnóstico coordenados pelos sectores relevantes, incluindo o humano, animal e ambiental;
- Unificação de bases e divulgação de dados no quadro da Saúde Única;
- Reforçar os recursos humanos, físicos (infraestrutura, equipamentos e consumíveis) e financeiros do laboratório veterinário no âmbito da Saúde Única;

Outras doenças com potencial epidémico

Persistem grandes ameaças à saúde pública as epidemias por cólera (associada às péssimas condições de saneamento e de abastecimento de água potável), meningite meningocócica (endêmica e circunscrita a Bafatá, Gabú e ao Setor de Farim da Região de Oio) e disenteria.

A febre-amarela continua também a representar uma real ameaça, uma vez que se têm registado situações de epidemias provocadas por esta doença nos países vizinhos. Por outro

¹⁵¹ Redding et al., <https://www.nature.com/articles/s41467-019-12499-6>

lado, têm-se registado epidemias de casos de carbúnculo animal nos homens, nos últimos anos. Mais recentemente enfrentou-se a ameaça do Ébola, alguns casos de Zika e a Covid-19.

Coordenação da Resposta a Emergências: O centro de operações de emergências

Pilares de Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES)

Direção e coordenação das urgências sanitárias

Vigilância epidemiológica

Pontos de entrada

Laboratórios

Gestão de casos

Prevenção e Controlo da Infecção

Logística compras e gestão de cadeia de aprovisionamento

Comunicação de Riscos e Mobilização Social

Vacinação

A estrutura orgânica do COES tem cinco pilares e nove componentes operacionais. O COES nacional tem uma sala nas instalações do INASA com capacidade para 20 pessoas. O Centro até agora depara-se com grandes lacunas na sua operacionalidade. Deve se criar uma base de dados no COES, dos profissionais que farão parte de intervenções durante as emergências, tanto a nível nacional como regional; e deve ser estabelecido uma linha orçamental para que o COES possa exercer as suas funções e que possa também ter disponibilidade para testar os seus planos sempre que necessário e justificável, sem estar dependente da ajuda de parceiros. O COES necessita de equipamentos adequados. Não existe uma fonte regular de abastecimento elétrico, nem alguma estrutura de comunicação fiável (computador, internet e telefone);

Ações prioritárias

- ***um plano global multisectorial para preparação, mitigação e resposta a situações de emergências de saúde pública;***
- ***uma linha orçamental para que o COES possa exercer as suas funções sem estar dependente da ajuda de parceiros;***
- ***uma base de dados, no COES, dos profissionais que farão parte de intervenções durante as situações de emergência, tanto a nível nacional como regional;***
- ***um programa de formação contínua dos membros do COES, incluindo as equipas de resposta rápida (ERR);***
- ***exercícios de simulação multisectoriais anualmente, para testar os procedimentos operacionais, funções e responsabilidades dos intervenientes na resposta a emergências;***
- ***Integração do Género nos planos, na composição do COES e nas equipas da resposta rápida.***

Estado de Preparação Ilustração: Plano de Contingência de Ébola (revisto 2021)

Um olhar rápido aos pilares do COES revela que a Guiné-Bissau no ano 2021 foi somente preparada a um grau de 55% para fazer face a risco de epidemia de Ébola. Em alguns pilares, o país ainda não chegou a um nível mínimo aceitável de preparação para a resposta, nomeadamente nas seguintes áreas:

Prevenção e controlo de Infeções:	41%
Gestão de caso	9%
Laboratório	47%
Pontos de entrada	44 %
Logística:	32%
Vacinação:	0%

Para além disso, o Sistema de Vigilância da Doença, apesar de avaliado com 84%, carece de exercícios de simulação para a sua atualização. Medidas para prevenir a entrada de doenças no território nacional (risco de propagação internacional) devem ser tomadas nos pontos de entrada (terrestres, marítimo e aérea) onde faltam dados relativamente ao fluxo /mobilidade das pessoas dos países vizinhos / sua passagem das fronteiras e mistura com a população guineense residente nas regiões transfronteiriças.

A colaboração entre os países vizinhos continua a ser um ponto fraco ao nível da comunidade e do distrito.

Os agentes comunitários necessitam de formação para conhecer os sistemas de comunicação e coordenação. O pilar da comunicação e sensibilização comunitária precisa de instrumentos e recursos humanos.

Não existe uma estratégia nacional de comunicação de risco e de envolvimento da comunidade, plano de trabalho, mecanismo de monitorização ou orçamento para as atividades.

Não existem centros específicos de isolamento e tratamento dos casos de Ébola no país, também a Prevenção e Controlo das Infeções (PCI) depara com faltas: não tem recursos necessários para o trabalho de campo para abranger todas as áreas sanitárias e todas as comunidades afetadas.¹⁵²

Metodologia da resposta: Epidemiologia de campo

O FETP-Frontline na Guiné-Bissau tem como objetivo desenvolver e reforçar a capacidade epidemiológica no país para reforçar a vigilância da saúde pública e a tomada de decisões baseadas em evidências, particularmente ao nível local do sistema de vigilância.

¹⁵² Plano de Contingência do Ébola, 2021.

O Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo (Field Epidemiology Training Program – FETP), em implementação na Guiné-Bissau desde 2016, é um programa para desenvolvimento de uma força de trabalho de epidemiologistas de campo, que ajudam a rastrear, conter e eliminar surtos antes que se tornem epidemias.

Este programa concentra-se em habilidades práticas de vigilância, investigação de campo, colheita e análise de dados e comunicação, permitindo assim, melhorar as habilidades epidemiológicas da equipa do Ministério da Saúde.

O surto de ébola de 2014 tinha demonstrado a necessidade de melhorar a capacidade epidemiológica do campo a todos os níveis do sistema de saúde na região da África Ocidental. Verificou-se uma escassez de pessoal devidamente formado e uma falta de deteção e resposta atempadas à doença. Enquanto vizinha dos países afetados, nomeadamente a Guiné-Conacri e o Senegal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a Guiné-Bissau como um dos países africanos com elevado risco de propagação do ébola. Nesta senda, a Guiné-Bissau beneficiou de treinamento de Vigilância para Preparação para o surto de Ébola com finalidade de aumentar rapidamente a capacidade de vigilância nas regiões de saúde e ao longo das áreas fronteiriças com os países afetados. Em 2015, foi ministrado o primeiro curso pelo CDC (Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA) e a Rede Global de Programas de Treinamento em Epidemiologia de Campo e Intervenções de Saúde Pública (TEPHINET).¹⁵³

A base desta experiência da formação, o Ministério da Saúde da Guiné-Bissau (MINSAP) estabeleceu oficialmente o **Programa de Formação em Epidemiologia de Campo - Linha da Frente** (FETP-Frontline) no país. Constitui um exemplo prático de uma estratégia eficaz para reforçar os sistemas de saúde através de uma mão de obra na linha de frente bem preparada e treinada para detetar e responder rapidamente às ameaças da Saúde Pública.¹⁵⁴ O programa é coordenado pelo INASA e recebe assistência técnica e administrativa do CDC-Atlanta e da African Field Epidemiology Network (AFENET), respetivamente.

O programa está a ser implementado com a perspetiva de One Health / Saúde Única, treinando profissionais experientes de vários setores da saúde, incluindo saúde humana, saúde animal, laboratório e ciências sociais.

A participação das mulheres nos cursos nos últimos anos é relativamente baixa, devem ser incentivadas as candidaturas femininas. Algumas turmas tiveram muito pouca participação feminina. Dos 17 alunos no último curso do nível medio (2023) temos mais homens do que mulheres. Na totalidade dos cursos os participantes são 63% homens e 37% mulheres.¹⁵⁵

Em cada um dos 38 distritos e as 11 regiões de saúde trabalham pelo menos 2 formandos do programa que coletam e analisam dados epidemiológicos. Participam também em investigações de surtos, melhorando a capacidade do país para se preparar e responder a situações epidemiológicas.

¹⁵³ Mamadu Camara, et. Al. Estudo sobre 4 anos de FETP, 2016-2019, na Guiné-Bissau, publicado em 2023, chega a esta conclusão positiva.

¹⁵⁴ Camara *ibid.*

¹⁵⁵ Estatísticas internas do Departamento de FETP, INASA.

Somente 11 técnicos passaram a formação de epidemiologia de campo do nível avançado e frequentaram cursos no Ghana, Brazil, e Burkina Faso, apoiados pelo programa REDISSE II para o país. São 4 mulheres e 7 homens; alguns trabalham agora como responsáveis para as regiões.¹⁵⁶ Deveria ser estabelecido no país o FETP de nível intermédio para otimizar recursos, incluindo um balanço de género no pessoal. Até agora foi administrado somente um curso ao nível médio.

O programa tem falta de mentores qualificados. Poucos graduados têm disponibilidade, recursos financeiros e preparação técnica adequada para se tornarem mentores e continuarem a apoiar o programa e a abordagem Saúde Única para epidemiologia de campo. No entanto, o objetivo é criar capacidades de Saúde Pública independentes da ajuda estrangeira.

Resta procurar soluções, como o FETP pode ser incorporado e sustentado dentro do sistema de saúde atual do país, na rede nacional de vigilância.

O FETP-Frontline na Guiné-Bissau é uma estratégia eficaz para responder a emergências de saúde pública e melhorar o sistema de vigilância local do país, através da formação em serviço de profissionais de saúde envolvidos na geração de dados, análise, comunicação científica e recomendações baseadas em evidências para a tomada de decisões.

Existem limitações nacionais na capacidade de responder a surtos de doenças e epidemias, realizar investigações laboratoriais e implementar recomendações de trabalho de campo. No entanto, os benefícios do programa são inquestionáveis, uma vez que reforçam e constroem capacidade epidemiológica para detetar e responder rapidamente a emergências de saúde na Guiné-Bissau.

Para sustentar o programa FETP-Frontline a longo prazo, é essencial que o país tenha uma abordagem programática estruturada que considere a sustentabilidade financeira, operacional e técnica do programa.

6.7.2 Recursos humanos no sector de saúde, incluindo agentes de saúde comunitária

Existe uma estratégia para garantir que o sector da saúde tenha recursos humanos apropriados. O Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PNDRH), finalizado em 2017, foi validado tecnicamente, no entanto aguardava aprovação do Conselho de Ministros. Contem descrição de cargos para as várias carreiras, mas não são implementados na prática. Existem cursos na área da saúde, no entanto não existe uma capacidade de formação de profissionais de saúde animal neste momento. Há grande fuga de cérebros e não são oferecidos incentivos e promoções para manter a força de trabalho de saúde pública existente no país, embora se paga um subsídio para todos os técnicos de saúde que estão a trabalhar fora da capital.

Existiam no país de acordo com a avaliação externa do ano 2019: (192) Médicos, (04) Epidemiologistas, (02) Bioestatísticos, (0) Especialistas em sistema de Informação, (32) Cientistas Sociais, (14) Especialistas, (164) Técnicos laboratoriais e (1565) demais profissionais

¹⁵⁶ Relato da Especialista em epidemiologia do campo, INASA, 10.11.2023.

afetos à saúde pública com maior concentração das capacidades em Bissau. Faltam quadros técnicos com formação adequada na Medicina Veterinária, não existindo também uma Faculdade de Medicina Veterinária (JEE 2019).

A política nacional de recursos humanos precisa de atualização e planos para formação e retenção de profissionais, respetivamente de saúde pública e de veterinária.

Por que a liderança feminina na gestão do setor de saúde é importante?

O facto de as mulheres estarem gravemente sub-representadas em cargos de liderança em qualquer setor não é novidade. A liderança das mulheres que até agora têm uma influência reduzida na gestão do setor da saúde, tem benefícios significativos: fazer com que as mulheres tomem decisões, porque são mais propensas a enfrentar e abordar questões que afetam desproporcionalmente os vulneráveis, incluindo mulheres e crianças.

Em resultado da sua sobre-representação nas posições de prestação de serviços de saúde, as mulheres prestam a maioria dos cuidados, mas têm pouca influência nas decisões sobre a prestação de serviços de saúde. As mulheres fornecem a maioria do trabalho de cuidados na linha de frente em ambientes comunitários, nas casas familiares e nos hospitais e têm mais exposição a patógenos. Apesar da exposição constante ao Covid-19, muitas trabalhadoras não receberam na altura o equipamento de proteção necessário. Por exemplo, a conceção de equipamentos de proteção individual (EPI) de tamanho único não tem em conta o corpo feminino.¹⁵⁷

Atualmente, a nível rural, mais de **4.000 agentes de saúde comunitária (ASCs)** fornecem acesso a serviços básicos de saúde, visitando uma vez por mês cada domicílio na sua área de cobertura. Cada ASC é responsável, em média, por 350 habitantes ou 50 famílias. Como a pneumonia, a diarreia e a malária continuam a ser as principais causas de morte entre crianças menores de cinco anos e o acesso ao tratamento adequado para crianças doentes permanece baixo na Guiné-Bissau, os ASC foram formados para providenciar tratamento para essas três doenças infantis.

Além disso, os agentes de saúde comunitária (ASCs) promovem 16 práticas familiares essenciais, que cada família pode adotar para prevenir doenças infantis e infecciosas gerais: aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, nutrição da criança pequena, lavagem das mãos, uso de mosquiteiro, etc. Os ASC promovem também o registo de nascimento.¹⁵⁸

Com apoio do UNICEF, o Ministério da Saúde estabeleceu parcerias com seis ONG (VIDA, IMVF, AIFO, Plan International, AMI e Médicos da Comunidade) para implementar atividades de saúde comunitária. Estas ONG trabalham nas 11 regiões de saúde do país em estreita colaboração com as autoridades regionais e os serviços locais de saúde.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Disparidades de género, risco para as prestadoras de cuidados de saúde, BMJ 2021.

¹⁵⁸ VARGUES, Sofia Alexandra Oeiras Pereira (2021). Desempenho dos agentes de saúde comunitária: um estudo qualitativo na região sanitária de Quinara, República da Guiné-Bissau, <http://hdl.handle.net/10362/138682>.

¹⁵⁹ www.unicef.org/guineabissau/pt/saúde-comunitária, 22.01.2024:

O UNICEF apoiou o governo no desenvolvimento de documentos estratégicos e políticos importantes para estabelecer uma estrutura para o programa de saúde comunitária dentro do sistema

O papel dos agentes de saúde comunitária na resposta as epidemias e aos surtos de doenças consiste também em promover a **Vigilância Baseada nos Eventos** da Comunidade (VBEC) e também prestar atenção integrada às doenças da infância.

Das práticas familiares que ajudam na prevenção de epidemias e surtos de doenças são: lavagem das mãos; tratamento da água de consumo com lixívia a 4,5%; sensibilização para a prevenção da infecção por VIH e TB; tratamento do paludismo simples com ACT.

Existem mais homens de que mulheres entre os agentes da saúde comunitária porque a mulher rural não tem o perfil necessário, nem o tempo e a liberdade respetivamente mobilidade necessárias. A capacidade de trabalho independente é limitada, mas não há supervisão suficiente e regular. Para comunicar um evento de vigilância precisam do Crédito de Telemóvel que fica muito caro. Uma formação recente em VIDR foi feita somente nas duas regiões, Biombo e Bissau (OMS). Por isso o grau da implementação é fraco. O apoio do Projeto REDISSE do Banco Mundial aos ASC já terminou (INASA, M. Camara).

Os ASC precisam de formação continua sobre seus papeis, as questões de género e a metodologia de trabalho, especificamente na deteção e resposta e eventos de surtos de doença e epidemias. As mulheres têm que ser incentivadas e apoiadas com atividades especificas para se integrar em maior número nas equipas dos ASC.

Para a mobilização de recursos humanos durante emergências, a Guiné-Bissau apoia-se geralmente na ajuda de parceiros (ONG, OMS, entre outros) com quem tem protocolos de colaboração. O país tem acordos regionais (internacionais) para destacamento de recursos humanos. O INASA faz parte da Rede dos Institutos de Saúde Pública da CPLP (RINSP), da Associação Internacional dos Institutos Nacionais de Saúde (IANPHI), CDC-África, RESOLAB através CEDEAO e OoAS.

Existe colaboração entre o setor de saúde humana e animal, assim como de outros setores relevantes na estrutura do COES, mas os planos e a gestão das operações necessitam de ser testados e melhorados pois muitos dos serviços necessários para o funcionamento básico do sistema nacional de saúde humana e animal, que inclui profissionais a nível de diagnóstico, vigilância, prestação de serviços médicos, etc., não estão disponíveis ou são muito fracos.

Criar uma base de dados de recursos humanos, físicos e financeiros para implementar uma resposta adequada de gestão das emergências relevantes de acordo com o RSI.

nacional de saúde, tal como o Plano Nacional de Desenvolvimento do Setor da Saúde (PNDS II 2008/2017 e PNDS III 2018-2022), que inclui o programa comunitário de saúde e outros.

A coordenação geral, supervisão e monitoramento das atividades, a formação dos ASCs, incluindo a formação de comunicação interpessoal para a promoção das 16 práticas familiares essenciais, são asseguradas pelo UNICEF. Também disponibiliza medicamentos e consumíveis para o ASCs, especialmente para o tratamento de casos simples de diarreia e pneumonia a nível comunitário. O UNICEF fornece ainda bicicletas, flipcharts e outros materiais para os ASCs.

6.7.3 Contramedidas médicas (JEE 2019)

O país tem uma capacidade limitada no que toca a contramedidas médicas. Precisa instituir um sistema para ativar e coordenar as contramedidas médicas durante uma emergência de saúde pública.

Enquanto no Centro de Operações em Emergências em Saúde os setores relacionados com a saúde participam no processo de gestão do COES, há uma boa base para o funcionamento eficaz do CECOME (Central de Compra de Medicamentos) que apoia na gestão de insumos.

Deve ser definida /atualizada uma lista de insumos considerados essenciais para as doenças prioritárias e para responder as exigências do RSI. Também deve ser melhorada a gestão de stock estratégico e a sua distribuição atempadamente em situações da crise sanitária, incluindo para a saúde animal.

6.7.4 A comunicação com as comunidades afetadas (JEE 2019)

A comunicação de riscos deve ser um processo multifacetado e com vários níveis que procura ajudar as partes interessadas a definirem riscos, identificarem perigos, avaliarem as vulnerabilidades e promoverem a resistência comunitária, criando dessa forma capacidade de liderança com o desenvolvimento de uma emergência de saúde pública.

O compromisso da comunicação com as comunidades afetadas precisa de ser fortificado. O Plano de Comunicação deve ser revisto e equipado com procedimentos operacionais padronizados estabelecidos (JEE, 2019, p. 36).

Existe uma estrutura de Comunicação e Informação bem montada em termos estruturais, nomeadamente o Centro de Comunicação e Informação para a saúde e um Subcomité de Comunicação responsável pela comunicação durante as emergências junto das populações, como também uma equipa de mobilização social e de promoção da saúde em parceria com os parceiros: Fórum Nacional de Jornalistas Promotores de Saúde, Rede Nacional das Rádios Comunitárias (RENAC), ONG e as Associações de Base Comunitário. Existe ainda uma rede vasta de parceiros prontos para apoiar a comunicação com as comunidades afetadas, tais como a Comunicação Social, Ministério do Ambiente, MADR/DGP, OMS, UNICEF, ONG NADEL, ONG Palmeirinha, ADPP, Cruz Vermelha, Caritas, Plan Internacional GB.

O plano nacional de respostas as emergências, integrado no plano de COES, deve ser atualizado e adaptado a situação corrente, particularmente tendo em conta as experiências de comunicação feitas durante a pandemia do COVID-19. Também devem considerar os fatores socioculturais e socioeconómicos, as condições de vida, crenças, praticas religiosas, perceções das comunidades e comportamentos de risco das populações afetadas. E também lidar com as perceções das populações, as crenças infundadas, os comportamentos de risco e a desinformação.

Esta plano precisa de integração de género numa forma transversal em todos os níveis e, mais importante, a construção e ativação de estruturas de comunicação ao nível

comunitário que incluem todos os grupos da comunidade: mulheres, homens, meninas e meninos, idosos e pessoas que vivem com deficiência etc.

6.7.5 Violência baseada no gênero (VBG)

Vários estudos apontam para um aumento da violência contra as mulheres e raparigas durante as emergências da Saúde Pública. A investigação empírica documentou uma maior prevalência de violência física e sexual contra as mulheres durante a crise do ébola na Serra Leoa, Libéria e Gâmbia. No confinamento da Covid-19 a VBG na Libéria e na Nigéria registou aumentos entre 50% e 100%.¹⁶⁰ Não temos estatísticas exatas para o caso da Guiné-Bissau, mas também aqui as mulheres enfrentaram um risco crescente de abuso e violência devido ao aumento das tensões nos agregados familiares devido ao confinamento, além do acesso limitado a alimentos e suprimentos básicos.

Segundo um estudo sobre a VBG em Guiné-Bissau, 85% das violências contra as mulheres ocorrem no ambiente familiar; 44% das mulheres entrevistadas afirmam ser vítimas de violência física; 43% afirmam ser vítimas de violência sexual (21%: violação e 22%: toques indesejados); 80% foram vítimas de atos de violência psicológica (insultos e ameaças).¹⁶¹

As vítimas não recebem cuidados atempados e os casos de VBG são subnotificados, especialmente os casos de violência sexual. Os familiares recusam-se a fornecer informações sobre os casos. Muitas vezes são resolvidos pela comunidade, autoridade tradicional, família ou polícia sem intervenção judicial. Por outro lado, os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as vítimas (falta de sensibilidade, capacidade e qualificação). Os serviços da assistência psicológica e social são insuficientes e não existe um ponto focal. Falta de confidencialidade em relação à assistência às vítimas.¹⁶²

Os crimes relacionados com a violência sexual e doméstica raramente são denunciados. Tem atrasos significativos no sistema judicial para além de custos altos. Os Centros de Acesso à Justiça receberam apenas cerca de 200 casos (num universo de 10.590) nos sete anos entre 2011-2018, relacionados com o VBG, e muito menos casos foram condenados.¹⁶³ Mas múltiplas e muitas violações dos direitos humanos da mulher, incluindo a escolha do parceiro de casamento, o tamanho da família, e a proteção contra a violência doméstica foram relatadas informalmente.¹⁶⁴ Uma alta percentagem dos inquiridos para esta consultoria (membros da comunidade) confirmam o aumento visível da violência baseada no gênero desde a pandemia da Covid-19.¹⁶⁵

¹⁶⁰ www.bmjopen.bmj.com/content/11/8/e048292

¹⁶¹ Banco Mundial (2019). Manual de VBG.

¹⁶² Banco Mundial (2019). Manual de VBG.

¹⁶³ Informação disponibilizada pelo Gabinete de Informação e Consulta Jurídica (2018), Centro de Acesso a Justiça, Bissau, entrevista da consultora.

¹⁶⁴ Relatos das mulheres durante as missões ao terreno no âmbito da avaliação da situação dos defensores de direitos humanos, novembro 2022 (Embaló, Silva, UNDP 2023).

¹⁶⁵ Entrevistas em Bissau, Bafatá e Gabu, dezembro 2023 pela consultora.

Durante a pandemia da Covid-19, os centros de assistência jurídica pouco funcionaram e a mobilidade das mulheres foi muito reduzida: assim, as vítimas da violência baseada no gênero tiveram acesso realmente limitado aos serviços de proteção legal.

As emergências da Saúde Pública têm um impacto profundo em práticas nocivas para mulheres e meninas, incluindo o casamento infantil e a mutilação genital feminina. Particularmente em contextos com poucos recursos, as epidemias podem frustrar as oportunidades educativas das raparigas e torná-las mais vulneráveis a práticas nocivas como o casamento precoce.

O encerramento de escolas na Guiné-Bissau em 2020 e 2021 durante a pandemia da Covid-19, afetou cerca de 300.000 crianças e aprofundou as desigualdades pré-existentes, especialmente para os agregados familiares mais vulneráveis, porque o programa de cantinas escolares foi suspenso. Assim, mais raparigas foram obrigadas a contraírem o casamento precoce e o abandono do ensino escolar (ensino médio e secundário).

Uma vez que as emergências da Saúde Pública podem colocar enormes pressões económicas sobre as famílias de baixa renda, casar uma filha para receber o dote pode se tornar uma estratégia de sobrevivência para algumas famílias. Por exemplo, Corno e colegas¹⁶⁶ demonstraram que, na África Subsariana, as raparigas com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos tinham uma probabilidade significativamente maior de se casarem se o seu agregado familiar fosse afetado por uma seca.

No Sul da Guiné-Bissau registou-se um aumento de casos de casamento precoce e forçado durante a pandemia do Covid-19 segundo relatos da Liga Guineense dos Direitos Humanos e dos líderes religiosos locais que albergam as vítimas dessa prática nefasta nas instalações da Igreja.¹⁶⁷

Compreender a dinâmica entre a VBG e as epidemias, tais como Ébola e COVID-19, é importantíssimo para a formulação de políticas e respostas programáticas adequadas. A perda potencial de receita devido ao confinamento, a falta de informações sobre quais serviços de VBG permanecem disponíveis e o medo de contrair o vírus em pontos de serviço, criaram múltiplas barreiras que faziam com que as mulheres, vítimas de VBG, se encontrem numa situação quase impossível: incapazes de buscar ajuda, incapazes de aceder a serviços, incapazes de deixar os seus agressores e sem terem para onde ir.

Portanto, compreender a escala e a diversidade das experiências de violência sexual e baseada no gênero para mulheres e meninas durante a pandemia da COVID-19 e outras (futuras) emergências de Saúde Pública continua a ser fundamental para os países africanos.¹⁶⁸

¹⁶⁶ www.bmjopen.bmj.com/content/11/8/e048292, Ft. 33.

¹⁶⁷ Conversas da consultora com representante da LIGA dos Direitos Humanos da região de Quinera e um pastor em Catio (novembro 2022).

¹⁶⁸ União Africana (Maio de 2020). “Framework Document on the Impact of Covid-19 on Gender Equality and Women’s Empowerment: African Union Guidelienes on Gender Responsive Responses to Covid-19” https://au.int/sites/default/files/documents/38617-doc-gewe_and_covid_19_eng.pdf.

6.7.6 Apoios diversos

Apoios diversos das ONG e da Cruz Vermelha no combate as epidemias e desastres, e particularmente a VBG, foram muito importantes durante a crise da Covid-19. Com a Pandemia da Covid-19 a luta das mulheres na Guiné-Bissau para mais igualdade (pelas organizações da SC, tais como a Plataforma Política das Mulheres (PPM), a AMAE, a RENLUV e outras) foi dificultado por causa de paralisação em termos da autonomização política das mulheres e seu empoderamento económico. As emergências da Saúde Pública colocam em risco os ganhos que foram duramente conquistados no avanço dos direitos das mulheres e das meninas e no que diz respeito à igualdade de género.

Mas o trabalho de várias ONG e de voluntários evidenciou que a pandemia da Covid-19 estava também a criar oportunidades, com alguns exemplos já notáveis, para quebrar desigualdades de género profundamente enraizadas.

- Com o apoio de uma estilista de Bissau e uma ONG internacional, grupos locais de mulheres forneceram ao setor da saúde e às comunidades a costura de máscaras faciais.
- Mulheres da Plataforma das ONG em Gabu organizaram campanhas de sensibilização sobre o vírus da Corona, as medidas de prevenção etc.
- Mulheres ativistas da Fundação Ana Pereira e da RENLUV (Rede Nacional da Luta contra a Violência Baseada no Género e Criança) criaram uma Plataforma online de Direitos Humanos das Mulheres "Plataforma Bioksan" (<https://plataformabioksan.com>) que visa proteger e defender os direitos das mulheres e das crianças, bem como proteger a igualdade de género durante a pandemia de COVID-19.¹⁶⁹

Nos primeiros meses da pandemia, o número de pessoas sensibilizadas diretamente pelos Agentes de Sensibilização e Pontos Focais do Bioksan (ASPF) foi de 61.050 pessoas, ou seja 3,05% da população guineense (de um universo de 2 milhões).

Os trabalhos dos ASPF englobam a sensibilização para a prevenção do COVID-19, bem como, a disseminação de informações sobre a existência da Plataforma Bioksan e seus objetivos relacionados com a VBG. Foram registados pelos ASPF, 15 ocorrências de casos de VBG entre junho e julho de 2020 que demonstrou que o número de casos de violência contra a mulher terá aumentado também na Guiné-Bissau durante a pandemia.¹⁷⁰

O Movimento Mindjer Ika Tambur (MIKAT) com a campanha Mindjer ika tambur em tempos da pandemia de Covid-19 visa desencorajar as práticas da violência baseada no género e a promoção dos direitos humanos das mulheres. No fim de 2023 o MIKAT organizou o Natal Solidário no Ilhéu de Rei (perto da capital), um evento que contou com doação de vestuários, beneficente para a comunidade, sobretudo para as mulheres e crianças. Esta ação é o início de várias outras futuras, pelo compromisso da organização em defesa dos direitos humanos dos mais vulneráveis.

¹⁶⁹ Embalo/PNUD, 2021.

¹⁷⁰ <https://plataformabioksan.com>

A Cruz Vermelha da Guiné-Bissau faz parte dos parceiros do COES e trabalha em estreita colaboração com o Ministério da Saúde Pública, a Proteção Civil e demais instituições. É um parceiro muito importante na gestão de riscos de desastres e a prevenção e resposta a doenças e epidemias.¹⁷¹

A Cruz Vermelha segue como prioridade atividades de prevenção e mitigação de riscos de desastres e epidemias ao nível das comunidades. É representada em todas as regiões do país (com equipas regionais) e em 58 comités locais que todos tem formações básicas na gestão de desastres, vigilância comunitária, comunicação de risco e prevenção de doenças ao nível comunitário. Tem relativamente poucas mulheres no topo da organização / membros de governação (9/50), mas muitas mulheres como sócias e voluntárias na base. Começa a implementar as diretivas do Movimento das Federações da Cruz Vermelha sobre a igualdade de género que quer atingir uma transformação de relações de género na estrutura da organização para um balanço de género 50/50, e políticas corporativas da igualdade de género durante os próximos 5 anos.

A Cruz Vermelha realizou formações de voluntários para as regiões de Biombo, Cacheu, Bafatá e Sector Autónomo de Bissau e sensibilização sobre medidas de prevenção e combate a Covid-19. Atingiu 6.525 Pessoas nas sessões de campanha de sensibilização porta á porta no Sector Autónomo de Bissau e nas regiões de Gabu, Bafatá, Tombali, Cacheu, Bolama, Oio, Biombo e São. Domingos; também implementou um plano de comunicação e mobilização social nas 10 rádios, produzindo 287 Spots publicitários nas línguas nacionais (Crioulo, Balanta, Fula, Mandjaco, Felupe, Mandinga, Bijagos). A Cruz Vermelha também trabalhou no seguimento dos contatos de doentes e isolados ao nível das comunidades.

As capacidades da Cruz Vermelha melhoraram bastante com as atividades implementadas durante a pandemia do Covid-10 e antes com medidas de prevenção tomadas contra o vírus de Ébola. A organização foi muito ativa na região de fronteira com Guiné-Conacri e instalou um centro de acolhimento em Gabu e também organizou um carro especial para transporte e enterro digno das vítimas.

As capacidades em termos de campanhas de sensibilização das comunidades são bastante boas, o que falta é um financiamento mais autónomo para estabelecer uma base institucional mais solida e recursos humanos fixos de quadros bem formados. Semelhante a COES e a Proteção Civil, a Cruz Vermelha sofre de uma dependência grande dos parceiros internacionais o que dificulta lidar com as crises de emergência em Saúde Pública e gestão de desastres numa forma mais sistematizada e adaptada a realidade do país (entrevista com Secretário Géral da Cruz Vermelha, Bissau, 19.01.2024).

¹⁷¹ Informações da Cruz Vermelha, Secretário Geral, Bissau, 19.01.2024.

6.8 Conclusões

A Guiné-Bissau pertence à esmagadora maioria dos países que não estão preparados para prevenir eventos biológicos catastróficos globais que podem causar mortos e danos de tipo COVID-19 e em maior escala. 176 dos 197 países avaliados no Índice GHS (Global Health Security Index, 2021) não publicaram nem implementaram um plano nacional abrangente de resposta a emergências de saúde pública para doenças com potencial epidémico ou pandémico.

Evidentemente, a Guiné-Bissau não dispõe de uma estratégia nacional de redução do risco de surtos e epidemias e os seus impactos catastróficos. A Avaliação Externa Conjunta da OMS para a Guiné-Bissau, de julho de 2019 (Joint External Evaluation, JEE), não faz qualquer referência a uma estratégia nacional deste tipo. O relatório do Perfil de Risco de Desastres para a Guiné-Bissau (UNDRR 2018) abrange apenas desastres naturais como inundações e secas, sem mencionar e integrar surtos de doenças e epidemias.

Não existindo esta estratégia nacional, também os tópicos relacionados com a promoção da igualdade de género e sua implementação numa perspetiva transformadora das relações de género não foram formuladas nem integradas.

A Guiné-Bissau não completou e nem publicou um **Plano de Ação Nacional para a Segurança da Saúde** (NAPHS) para colmatar as lacunas identificadas através da avaliação externa conjunta (JEE) e o Índice GHS (2021). Igualmente não preparou um roteiro nacional de segurança sanitária que estabeleça marcos para alcançar as metas de segurança sanitária global.

A Guiné-Bissau não tem dedicado investimentos financeiros ao reforço da preparação para epidemias ou pandemias fora do orçamento para as emergências da saúde pública. O financiamento durante as crises, para melhorar a capacidade de fazer face às ameaças epidémicas, depende na Guiné-Bissau quase totalmente de apoio dos doadores. A melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde aos surtos de doenças e epidemias exige planos financeiros plurianuais e um compromisso de longo prazo.

A Guiné-Bissau sofre de lacunas muito graves na capacidade dos serviços de saúde nas clínicas, hospitais e centros de saúde comunitários e não é capaz de fornecer um sistema de saúde competente e acessível para a deteção e resposta a surtos de doença e epidemias. Foram identificadas, entre outros, lacunas na capacidade e qualidade dos sistemas laboratoriais, na cadeia de abastecimento dos laboratórios, na vigilância em tempo real e na notificação sobre epidemias de potencial de preocupação internacional.

Tal como muitos outros países avaliados pelo “Global Health Security Index” (2021), a Guiné-Bissau continua a negligenciar as necessidades de preparação das populações vulneráveis, particularmente mulheres e crianças, agravando o impacto das emergências de segurança sanitária.

Os principais constrangimentos e desafios para a integração de género na prevenção e resposta aos surtos de doença e epidemias são a falta de integração dos componentes da igualdade de género nos planos de resposta às epidemias; a falta de dados desagregados por sexo de surtos e epidemias; poucas mulheres em posições de decisão e planeamento, e também entre os técnicos de epidemiologia de campo e os agentes comunitários.

A avaliação das capacidades de resposta às epidemias demonstrou que há problemas críticos nas estratégias de vigilância da doença no país como também nas capacidades de implementação.

Pouca ou nenhuma atenção foi prestada às doenças zoonóticas na Guiné-Bissau no âmbito do planeamento, vigilância ou notificação nacional de doenças – como as causadas por coronavírus – que são transmitidas de animais para humanos.

O funcionamento do mecanismo de resposta em termos operacionais através do Centro das Operações de Emergências em Saúde (COES) parece estar limitado devido a conflitos de poder/liderança nas instituições por parte de diferentes intervenientes no sector da saúde e não só.

O bom programa de formação em epidemiologia de campo implementado no país há alguns anos precisa ser mais apropriado pelas instituições. Deve se procurar modalidades de financiamento nacional e também uma forte componente de integração de género.

Integração da perspectiva de género nos planos de emergência de saúde pública e no Centro das Operações de Emergências em Saúde (COES)

O Mecanismo de Coordenação das Operações de Emergências em Saúde (COES) é uma ancora fundamental sobre a qual deve se construir a resposta as emergências. Vários ministérios e parceiros estão representados no COES, que podem intervir na resposta a emergências da saúde pública, no entanto, a coordenação deve ser melhorada e os planos testados.

O COES conseguiu desenvolver planos nacionais de contingência para Ébola e Covid-19. Estes planos incluem uma análise da situação com uma avaliação do nível de preparação da Guiné-Bissau para enfrentar epidemias. No plano de contingência para Ébola foi alcançado um total de 55% de preparação, mas vários pilares do plano de contingência foram mal avaliados, nomeadamente a prevenção e controlo das infeções (41%), a gestão de casos (8,6%), o fraco controlo dos pontos de entrada nas fronteiras (44%) e as capacidades laboratoriais (47%).

O plano de contingência para Ébola é neutro do ponto de vista do género e não faz referência ao género em nenhuma parte. Nos pilares temáticos do plano, por exemplo, no que diz respeito à coordenação poderia ser partilhada (feminino/masculino). O plano não considera aspetos de igualdade e necessidades de género na comunicação de risco e no envolvimento da comunidade onde as diferenças nas necessidades e respostas de mulheres e homens são bastante óbvias. Deveria apresentar uma estratégia de comunicação dirigida às mulheres e aos líderes comunitários para proteger as mulheres que lidam sobretudo com pessoas doentes a nível doméstico e para as quais teria sido muito importante reduzir as vias de infeção. Deveria também ser definida a composição da equipa de resposta rápida em termos de representação de género (50/50%), bem como a presença significativa de mulheres em todas as áreas temáticas, por exemplo, nos pontos de entrada nas fronteiras ou na assistência psicossocial às famílias e às vítimas.

Para onde vamos?

Identificamos cinco áreas-chave de enfoque que são importantes para construir a resiliência aos surtos e epidemias na Guiné-Bissau:

- Preparação, prontidão e resposta a epidemias: implantação de planos de ação que colocam a integração do género e a igualdade das mulheres no cerne da atenção e ação;
- Planeamento de contingência e financiamento da resposta precoce;
- Produção de vacinas, terapêuticas e diagnósticos;
- Investimento em capital humano, mão de obra, sistemas e infraestruturas;
- Forte vontade política, colaboração institucional e uma agenda comum alinhada a todos os níveis.

Identificamos três áreas-chaves de intervenção para aumentar a resiliência das mulheres em tempos de emergências sanitárias:

- *Esforços para manter os serviços da saúde materna e infantil a funcionar razoavelmente;*
- *Medidas de proteção social/empoderamento económico das mulheres;*
- *Respostas lideradas pela comunidade e pela sociedade civil à pandemia, incluindo apoios a mulheres vítimas de violência baseada no género*

6.9. Recomendações: surtos de doenças e epidemias¹⁷²

Integração de Género – recomendações gerais

- (1) **Criação de bases de dados de género e desagregados por sexo** para uma tomada de decisão mais informada e inclusiva.
- (2) **Sensibilização do sector da Saúde Pública**, de cima para baixo, desde o ministério até aos agentes comunitários, sobre as desigualdades de género no sistema de saúde e as necessidades e serviços específicos de género nas emergências da Saúde Pública.
- (3) **Participação e liderança das mulheres na prevenção e resposta a surtos e epidemias**
 - Reforçar as capacidades de liderança das mulheres a nível central e local (conhecimentos técnicos e de género em todos os ministérios, mulheres líderes ao nível comunitário e das associações).
 - Promover a inclusão e liderança das mulheres em todos os níveis e fóruns de tomada de decisão: o equilíbrio de género nos lugares de coordenação assegurará a representatividade das mulheres na tomada de decisão e a consideração dos seus pontos de vistas.
 - Integração de cláusulas para a paridade de género na contratação e na formação de quadros de saúde e incentivos para o trabalho feminino, garantindo cuidados das crianças e modelos de trabalho part-time (barreiras contra a contratação de mulheres com perfil científico adequado).

¹⁷² As recomendações foram discutidas no workshop da validação, retrabalhadas pelos especialistas do INASA e de novo abordadas com a consultora num encontro no INASA no dia 22.02.2024 (com Dra. Dalanda Dafé e Dr. Mamadu Camara). Decidiu-se de recomendar mais uma revisão uma vez o grupo técnico de trabalho será constituído no workshop da formação dos formadores.

- Implementar uma estratégia de Recursos Humanos multissetorial atualizada com perspectiva de género, pelo menos uma quota de 40% ou paridade de sexos nas contratações.
- Formação continua dos recursos humanos com preferência das mulheres.

(4) **Elaborar e difundir uma estratégia de comunicação de género no sentido de melhorar a compreensão de atores, sobretudo das mulheres sobre como agir em caso de surtos e epidemias.** A estratégia veiculasse mensagens concernentes as necessidades específicas das mulheres, homens, rapazes e raparigas no que refere a surtos e epidemias.

Desenvolvimento e atualização de legislação, estratégias e planos

(1) **Desenvolver e implementar o Plano Estratégico Nacional de Emergências de Saúde Pública**, que será um plano multirisco, integrando nele um quadro responsivo ao género.¹⁷³ É baseada na avaliação estratégica dos riscos de emergências da saúde pública, a fim de facilitar as intervenções quando estas surgem, de uma forma multissetorial e integrando as questões e preocupações de género.

(2) **Integração de uma perspectiva de género na Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (VIDR)**, adotada ao contexto guineense, a base da Estratégia de Género da OMS.

(3) **Todos os planos existentes de contingência de epidemias (Ébola, Corona, Zika, Dengue etc.) precisam de integração de género nas áreas relevantes** (decorrer da doença e tratamentos diferenciados para mulheres e homens, comunicação de riscos, comportamentos, questionando os papéis típicos de género no tratamento dos doentes, comportamento de vergonha, entendimento de mensagens sobre propagação da doença, riscos específicos de género iminentes nas diferentes doenças).

(4) **Introduzir uma perspectiva de género na “Estratégia Nacional de Comunicação e Promoção da Saúde e Prevenção e Combate as Epidemias”** e também na estratégia nacional contra o HIV/SIDA (prestação efetiva de serviços de combate ao HIV, com atenção especial às raparigas, mulheres grávidas e mães de recém-nascidos) e outras.

(5) **Desenvolver um plano estratégico para as doenças zoonóticas, especialmente para a raiva e o antraz** (Índice GHS, p. 9). A Guiné-Bissau não possui medidas específicas para identificação e redução de riscos para eventos de propagação de doenças zoonóticas de animais para humanos.

(6) **Revisão do Estatuto do INASA** para integrar uma perspectiva de género, por exemplo, um plano de distribuição dos postos de trabalho, uma política corporativa integrando o género, uma quota que privilegia mulheres sobre homens em caso serem as candidaturas de ambos os sexos de mesma qualidade etc.

Mecanismos de financiamento com perspectiva de integração de género

(1) **Assegurar mecanismo de ativação e mobilização de fundos para a utilização imediata durante as emergências**, incluindo no Orçamento Geral do Estado (OGE).

(2) **Incluir no mecanismos de financiamento um orçamento específico para garantir a igualdade de género nas ações de emergência** ou uma percentagem do fundo fixo antemão dirigido aos projetos inclusivos (jovens, mulheres), incluindo no OGE.

¹⁷³ Não há provas suficientes de que a Guiné-Bissau disponha de um plano nacional de resposta a emergências de saúde pública que aborde o planeamento de múltiplas doenças transmissíveis com potencial pandémico.

- (3) ***Dar prioridade à criação e manutenção das capacidades de segurança sanitária no Orçamento geral do Estado***; essas capacidades não são apenas benéficas para emergências de segurança sanitária.
- (4) ***Negociar mecanismos com os parceiros e várias instituições nacionais para criação de fundos de emergência*** (e.g. à base de taxas de inspeção e certificação sanitária; penalização pelo não cumprimento da legislação, etc.).
- (5) ***Constituição e provisionamento de fundos para utilização imediata*** durante emergências de saúde pública, tanto no setor humano como no setor animal, diminuindo a dependência de parceiros.
- (6) ***Crowd-funding¹⁷⁴ ou outro mecanismo (adaptável as condições existentes)***, tendo em conta o sucesso de algumas medidas realizadas noutros países e que têm boa aceitação pela população local) para estabelecer sistema de seguro de saúde humano e animal. para estabelecer sistema de seguro de saúde humano e animal.
- (7) ***Monitorizar em tempo real a distribuição de meios financeiros durante a resposta a uma emergência de saúde pública*** para efeito da coordenação eficaz das entidades entre sectores, níveis e zonas geográficas do país.

Avaliação de riscos

- (1) ***Elaborar perfis de risco com base nos dados desagregados por sexo e integração de indicadores de género*** - realizar uma cartografia multiriscos, de forma sistemática.
- (2) ***Elaborar um plano nacional multisectorial baseado na análise de riscos do país, no âmbito da Saúde Única.***
- (3) ***Divulgar estudos post-COVID-19 em curso no país*** para garantir que as capacidades desenvolvidas e lições aprendidas durante a pandemia sejam expandidas e sustentadas para futuras emergências de saúde pública.

Fortalecimento das instituições e mecanismos de coordenação

- (1) ***Estabelecer uma linha orçamental para que o COES possa exercer as suas funções*** sem estar dependente da ajuda de parceiros.
- (2) Desenvolver um ***programa de formação contínua aos membros do COES***, incluindo as equipas de resposta rápida (ERR).
- (3) Realizar ***exercícios de simulação multisectoriais*** anualmente, para testar os procedimentos operacionais, funções e responsabilidades dos intervenientes na resposta a emergências.
- (4) ***Reforçar o papel das mulheres na prevenção e resposta*** aos surtos de doenças e epidemias com aplicação de ***taxa de igualdade 50/50 de género na composição do COES e nas equipas da resposta rápida.***
- (5) ***Melhorar a coordenação*** interna com responsabilidades partilhadas entre o INASA e a DGPPS (a sobreposição das competências, engendrando uma certa competição/ falta do entendimento entre as estruturas,)

¹⁷⁴ Crowdfunding, também conhecido como financiamento coletivo, é uma estratégia de captação de recursos que reúne um grande número de indivíduos – os chamados “apoiadores” ou “contribuidores”. Essas pessoas financiam projetos, ideias ou empreendimentos por meio de doações, investimentos ou empréstimos para financiar um novo projeto. Empreendedores frequentemente recorrem às redes sociais para compartilhar suas plataformas ou ideias, inspirando outras pessoas a contribuir para campanhas de crowdfunding. Portanto, o crowdfunding é uma maneira colaborativa e inovadora de viabilizar projetos e iniciativas através do apoio coletivo.

(8) **Clara demarcação das responsabilidades** na resposta às epidemias **entre o Alto Comissariado**, nomeado com responsabilidade política ao governo e parceiros internacionais, e o **COES/Ministério de Saúde Pública**, responsável técnico para gestão das epidemias.¹⁷⁵

Implementação de Vigilância

(1) **Utilizar o Guia técnico da VIDR, 3ª edição**, como referência incontornável para atividades de vigilância a todos os níveis na Guiné-Bissau.

(2) **Desenvolver desse recurso formações na vigilância, abordagens para a supervisão, seguimento e avaliação de atividades de vigilância no país**, para melhorar a deteção precoce e a resposta as doenças epidémicas e outros eventos no âmbito da abordagem “Saúde Única”.

(3) **Estabelecer e manter mecanismos robustos de vigilância epidemiológica e resposta: epidemiologia centrada no campo/comunidade, com foco no género (Mulheres, homens, meninas e meninos) e interseção com outros parâmetros sociais** (pobres, idosos, pessoas com deficiência ou doenças crónicas).

(5) **Ao lado do COES atingir um bom funcionamento do Centro de Epidemiologia e de Saúde Comunitária (CESC) para a coordenação** intersectorial que permite uma vigilância epidemiológica eficaz e reforçada contra os surtos de doenças infetocontagiosas e as emergências de todas as naturezas.

Deteção de doenças e capacidades de laboratório

(1) **Melhorar e reforçar a deteção de doenças prioritárias**; identificar aspetos de género a considerar.

(2) **Elaborar um plano nacional de aquisição** de equipamentos de laboratório ao nível nacional, de reagentes, consumíveis e meios para a realização dos testes de diagnóstico;

(3) **Controlar a qualidade a toda a rede de laboratórios** ao nível nacional para garantir um diagnóstico eficaz, supervisão e manutenção dos equipamentos, reagentes e consumíveis etc.; meios de diagnóstico;

(4) **Reforçar os recursos humanos de laboratório, contratação prioritária das mulheres**

(5) **Rever a lista das doenças prioritárias**, baseada na avaliação de risco e no desenvolvimento de um sistema de diagnóstico nacional que inclua a deteção do vírus da raiva, atualmente indisponível no país;

(6) **Reabertura do laboratório central veterinário**, em reabilitação neste momento, e formação dos técnicos;

(7) **Melhorar o sistema de expedição e transporte de amostras**: Envio dos testes para Dakar;

(8) **Reforçar a notificação das doenças** e desenvolver POP relativos à Deteção, Notificação e Gestão de casos suspeito de doenças com potencial epidémico (mobilização de recursos humanos e financeiros).

Programa de Formação em Epidemiologia de Campo - Linha da Frente (FETP-Frontline)

(1) Reforçar o **Programa de Formação em Epidemiologia de Campo - Linha da Frente (FETP-Frontline)** ministrado pelo INASA;

¹⁷⁵ Informações fornecidas pelo DGPPS, entrevista no dia 23.11.2023. O Alto Comissariado do Covid-19 foi dissolvido com o fim da pandemia, existe neste momento um Gabinete de Gestão dos Recursos de Covid-19.

- (2) **Incentivar as candidaturas femininas**, (a participação das mulheres nos cursos é relativamente baixa), devem ser promovidas as candidaturas femininas;
- (3) **Estabelecer no país o FETP de nível intermédio** para otimizar recursos, incluindo um balanço de género no pessoal;
- (4) **Aumentar o número dos mentores e formadores** adequados para o programa;
- (5) **Desenvolver mecanismos que possam garantir a sustentabilidade financeira, operacional e técnica do programa ao longo prazo** (financiado antes pelo CDC Atlanta /REDISSE Regional Disease Surveillance Systems Enhancement), ao nível da CEDEAO com o Plano Estratégico da Formação em Epidemiologia do Campo em desenvolvimento neste momento;

Melhorar as condições operacionais da resposta

Instituir um sistema eficaz e pragmático para ativar e coordenar os profissionais de saúde durante uma emergência de saúde pública.

- (1) **Estabelecer uma base de recursos humanos e financeiros** que possam ser utilizados imediatamente em situações de emergência, antes de os parceiros contribuírem com os seus próprios recursos.
- (2) **Mobilizar recursos humanos em poucas horas** (2-4 horas) em caso de emergências de saúde; **considerar destacamentos femininos**.
- (3) **Melhorar a disponibilidade e qualidade / formação das equipas rápidas em vigilância de campo e notificação** (falta de financiamento)
- (4) **Melhorar o controlo do fluxo das pessoas e o controlo sanitário nos pontos de entrada**, particularmente nas fronteiras terrestres.
- (5) **Fortalecer a cooperação com agentes de saúde comunitária**, dar formação em vigilância de campo e coordenar com o CESC.
- (6) Formação contínua dos Agentes de Saúde Comunitária **sobre a deteção e resposta a eventos de surtos de doença e epidemias**.
- (7) **Incentivar mulheres com condições específicas para se integrar nas equipas dos ASC**.

Comunicação com as comunidades

É necessário detetar e lidar com as perceções das populações, as crenças infundadas, os comportamentos de risco e a desinformação.

- (1) **Desenvolver um mecanismo de feedback** (parte do plano nacional de comunicação) entre populações em risco e agências de resposta; seguimento e supervisão da eficácia dos métodos de divulgação das mensagens à população (boas práticas).
- (2) **Adaptar as mensagens à população alvo**, tendo em conta a perceção por parte desta e também quais os métodos que levarão a uma melhor aceitação das mensagens para que haja uma rápida adoção de comportamentos que promovam a saúde pública (deteção e seguimento de casos/ conhecimento dos sinais da doença, informação sobre imunização).
- (3) **Integrar as necessidades e capacidades de compreensão e expressão** de homens e mulheres, rapazes e raparigas nas linhas de comunicação;
- (4) **Efetuar estudos sobre a perceção das populações, comportamentos de risco e a desinformação**, desenvolver medidas para lidar com o tema de desinformação
- (5) Levar a cabo **programas de conscientização da comunidade**, particularmente dos líderes tradicionais e religiosos e da sociedade civil **sobre a importância e o direito à saúde das mulheres** e sobre as suas necessidades específicas (saúde reprodutiva, HIV, entre outras).

Proteger as mulheres contra a Violência baseada no gênero (VBG)

Integração de medidas contra a VBG na resposta a emergências de Saúde Pública

- (1) Incluir nos **planos de contingência** de cada epidemia uma **análise do gênero e dos impactos socioculturais e econômicos**;
- (2) **Melhorar a recolha e uso de dados** sobre a violência contra as mulheres no contexto de epidemias;
- (3) **Priorizar as abordagens de prevenção, resposta e mitigação de riscos de VBG como aspetos fundamentais nos planos de contingência**;
- (4) **Incentivar e apoiar com todas as medidas possíveis a liderança e a participação efetiva de mulheres e meninas locais**, incluindo as que vivem com deficiência, na elaboração e implementação dos planos de contingência de epidemias com integração transversal do gênero e proteção da VBG.
- (5) **Garantir que os serviços para as vítimas de violência baseada no gênero tornem parte integrante dos planos nacionais e locais** de resposta à COVID-19 e outras epidemias no futuro.
- (6) **Fortalecer e adaptar as vias de referência**, para que um número esperado de vítimas de GBV possa aceder serviços;
- (7) **Reforçar as campanhas de sensibilização**;
- (8) **Prevenir / mitigar os riscos da VBG na resposta humanitária** as epidemias em toda e qualquer programação que ofereça dinheiro ou vouchers, especialmente no que diz respeito à segurança alimentar e medidas de saneamento e higiene (WASH);
- (9) **Envolver homens e meninos, bem como líderes tradicionais e religiosos** nas iniciativas de prevenção, resposta e coordenação da VBG.

Estratégias de resposta a surtos e epidemias para além do momento – ou seja de medio e longo prazo

- (1) **Manter os serviços essenciais da saúde materna e infantil a funcionar razoavelmente, incluindo apoios a mulheres vítimas de violência baseada no gênero, durante as epidemias e criar estruturas robustas da saúde materna**: Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde da mulher, através da sensibilização dos técnicos e profissionais de saúde sobre as condições e necessidades específicas das mulheres e formação do pessoal médico sobre questões específicas de gênero ao nível da informação, tratamento médico e acompanhamento das mulheres/gestantes.
- (2) **Aumentar e garantir a disponibilidade do pessoal essencial** na maternidade e nas consultas da saúde reprodutiva etc. durante epidemias.
- (3) **Implementar programas de empoderamento económico como uma estratégia crucial para garantir os meios de subsistência das mulheres e raparigas em contextos de emergência da Saúde Pública**. Transferências incondicionais de dinheiro (cash voucher).
- (4) **Ativar outras medidas da proteção social** (cash e *in-kind* financiamentos) para mulheres e homens mais carenciados e marginalizados em áreas remotas.
- (5) Apoiar fortemente **respostas lideradas pela comunidade e pela sociedade civil à epidemias/ pandemias**: Comunidades trabalham na comunicação de risco da Covid-19; na prevenção de doenças para as suas populações: apoio social à famílias e indivíduos necessitados, continuação de serviços essenciais para grupos e indivíduos marginalizados.

Capítulo 7: Plano de Ação de Género

7.1 Introdução

O Plano de Ação de Género é composto por três 3 objetivos estratégicos. Estes objetivos visam por um lado, identificar potenciais atividades, realizações e resultados, com base na identificação dos desafios para a integração de género na gestão de risco de desastres e prevenção e resposta a surtos e epidemias, através de uma análise de género. Por outro lado, o plano debruça-se sobre as políticas e os planos que engendrem às soluções transformadoras de género.

Objetivo estratégico I: Apoiar, através dos canais da UA/CEDEAO e outras redes de apoio à Guiné-Bissau o desenvolvimento de leis básicas, políticas, planos de contingência/emergência nacionais e locais e serviços necessários para soluções transformadoras de género em gestão de risco de desastres e epidemias

Este objetivo visa melhorar o quadro jurídico e institucional das instituições envolvidas na gestão de desastres, surtos de epidemias e proteção social. Destacam-se a Elaboração dos planos e estratégias que integram a perspectiva de género e que visam melhorar a resposta nacional relativamente a gestão de desastres e surtos de epidemias; melhorar o do Sistema de Proteção Social e do funcionamento dos serviços sanitários e médicos básicos para aumentar a resiliência das comunidades/mulheres; um sistema de alerta precoce convivial para as mulheres (para situações de desastres e epidemias); proporcionar inclusão e participação elevada das mulheres nos serviços de proteção civil e as operações voluntárias de salvamento nas emergências(50% de mulheres) e elevar a representação feminina em cargos liderança na gestão e na tomada de decisão.

Objetivo estratégico II: Desenvolver capacidades e ferramentas institucionais e individuais para a integração da perspectiva de género na gestão de risco de desastres e nos surtos/epidemias

O segundo objetivo versa sobre o desenvolvimento das capacidades institucionais e individuais fundamentais à integração de género, através de análise de género, formação, campanhas de sensibilização, nas quais no mínimo 50% das mulheres participam para melhorar a integração da perspectiva de género na gestão de risco de desastres e de surtos/epidemias na Guiné-Bissau.

Objetivo estratégico III: Desenvolver seguros de risco e outros produtos de financiamento inclusivos em termos de género para a Guiné-Bissau nos dois sectores (desastres e epidemias) e documentar conhecimentos inovadores

O terceiro objetivo integra as atividades de apoio e conceção concreta de produtos financeiros, no sentido de promover uma cultura de seguro de risco entre pessoas e instituições no país. Por outro lado, capitalizar as experiências adquiridas no quadro das iniciativas regionais e lições aprendidas dos países da CEDEAO e produzir resumos políticos e fazer pesquisas sobre seguros de risco inovadores inclusivos em termos de género.

7.2 Plano de Ação de Género: Quadro Resumo dos Resultados e Atividades

Objetivo estratégica I: Criação das leis básicas, políticas, planos de contingência/emergência nacionais e locais e serviços necessários para soluções transformadoras de género em gestão de risco de desastres e epidemias

Resultados / Atividades

1.1. Estratégia de gestão de risco de desastres revista e atualizada, incluindo o Plano de Ação de Género da CEDEAO sobre desastres

1.1.1. Elaborar e difundir a estratégia nacional de gestão de riscos de desastres adaptando a Estratégia da CEDEAO, incluindo o seu Plano de Ação de Género, 2020-2030

1.2. Planos sobre gestão de desastres elaborados e atualizados com integração do género

1.2.1. Apoio a Proteção Civil, Camara Municipal, Obras Publicas, Ministério de Agricultura e outras instituições na elaboração e atualização de planos de recuperação de desastres

1.3. Estratégias e planos de respostas a surtos e epidemias integram a perspetiva de género

1.3.1. Desenvolver o Plano Estratégico Nacional de Emergências de Saúde Pública com integração de género e os princípios da igualdade de género

1.3.2. Elaborar e difundir a estratégia de comunicação de género no sentido de melhorar a compreensão de atores, sobretudo das mulheres sobre como agir em caso de surtos de epidemias

1.3.3. Integrar a perspetiva de género na Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta

1.3.4. Integração de género nos planos de contingência de epidemias elaborados (Ébola, Corona, Zika, Dengue)

1.3.5. Introduzir a perspetiva de género na “Estratégia Nacional de Comunicação e Promoção da Saúde e Prevenção e Combate as Epidemias”

1.3.6. Revisão do Estatuto do INASA com integração de uma política corporativa transformadora ao género

1.4. Leis, estratégias e políticas de Proteção Social consagram a perspetiva de género

1.4.1. Atualizar leis e políticas para integrar a perspetiva de género na área da Proteção Social

1.4.2. Promover a elaboração e a implementação das políticas corporativas contra a violência baseada no género nos locais de trabalho.

1.5. Lei Orgânica de Assistência Social elaborada e aprovada

1.5.1. Instituir representações de assistência social nas regiões

1.5.2. Criar centros sociais multiuso nas regiões, priorizar neles o atendimento de vitimas da VBG

Objetivo estratégico II: desenvolver capacidades e ferramentas institucionais e individuais para a integração da perspectiva de género na gestão de risco de desastres e nos surtos/epidemias

Resultados / Atividades

2.1. Integrar o género nas instituições e desenvolver capacidades técnicas

- 2.1.1. Recrutar / formar um especialista de género e nomear um ponto focal de género em todas os Ministérios e instituições relevantes
- 2.1.2. Oferecer programas de reforço de capacidades principalmente para as mulheres no domínio de género
- 2.1.3. Aumentar a participação feminina nas posições de liderança nos ministérios e instituições do setor
- 2.1.4. Promover a paridade entre os sexos nas bolsas de estudo superior nas disciplinas STEM com condições preferenciais para candidatas femininas
- 2.1.5. Fortalecer as competências nacionais na elaboração e implementação de projetos de gestão de desastres e dos surtos/epidemias sensíveis ao género
- 2.1.6. Integrar os indicadores de género nos planos e projetos de gestão de desastres e planos de contingência de epidemias
- 2.1.7. Incentivar o envolvimento em escala das mulheres no trabalho de campo (Epidemiologia de campo, Agentes de saúde comunitária)

2.2. Governação do risco de desastre reforçada e integra a perspectiva género

- 2.2.1. Reforçar a governação do risco de desastres para que as mulheres possam participar plenamente nos arranjos institucionais e na formulação de políticas relativas a alerta precoce e gestão de desastres
- 2.2.2. Desenvolver um sistema funcional de monitorização do clima e de serviços de informação, implementação do projeto “Early Warning Systems” (GEF/PNUD)
- 2.2.3. Garantir que as informações sobre o clima e as atividades de alerta precoce sejam sensíveis /transformadoras do género

2.3. Riscos climáticos mapeados por regiões /localidades priorizadas, perfis de vulnerabilidade definidos e cartografia dos riscos de desastres elaborados, integrando parâmetros de género, idade, estado socioeconómico

- 2.3.1. Fortalecer a capacidade técnica e estatística da Proteção Civil e do Instituto Nacional de Estatísticas para a avaliação de vulnerabilidade e elaboração de cartografia dos riscos de desastres
- 2.3.2. Mapear riscos climáticos e elaborar perfis de vulnerabilidade integrando a perspectiva de género

2.4. Mecanismo e Programas de recuperação /mitigação estabelecidos que integram os princípios da igualdade de género /distribuição equitativa dos apoios

- 2.4.1. Desenvolver linhas de programas de apoio direto à recuperação, (sistematização de ajudas: apoio económico cash transfer, apoio em materiais de construção, sementes e formação agrícola (Climate Smart Agriculture)

2.5. Proteção Civil fortalecida e sensível ao género

- 2.5.1. Operacionalizar a Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres e dotá-lo de perspectiva inclusiva e de género
- 2.5.2. Fortalecer os Mecanismos de Coordenação entre a Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres, o Serviço Nacional da Proteção Civil, a Meteorologia, a INASA com COES para criar um espaço de planificação e execução de intervenções harmonizadas, integrando questões de igualdade de oportunidades e benefícios de género
- 2.5.3. Sistematizar a avaliação após o desastre e criar base de dados, desagregado por sexo, pobreza etc. para os planos de recuperação

- 2.5.4. Sensibilização e formação do pessoal da Proteção Civil, Saúde, Cruz Vermelho, ONGs, Proteção Social sobre a dimensão género na gestão de risco de desastres
 - 2.5.5. Difundir a estratégia inclusiva de comunicação da Proteção Civil para a promoção e difusão de campanhas de prevenção e educação, considerando as diferentes vias de comunicação e necessidades de todos os grupos populacionais
 - 2.5.6. Criar e apoiar estruturas da Proteção Civil, bombeiros, defesa civil e outros nas regiões, para resgate das pessoas e bens nos desastres, estabelecimento de refúgios (shelters) e proteção aos deslocados contra VBG
- 2.6. Cultura de risco estabelecida e especificidades de género integradas**
- 2.6.1. Promover uma cultura de risco a partir de ações de sensibilização e capacitação dos homens, mulheres e jovens em pé de igualdade, considerando as vulnerabilidades e capacidades específicas de género
 - 2.6.2. Divulgação de regras de prevenção de riscos, pela Proteção Civil, antes, durante e depois da iminência ou ocorrência de emergência, com perspectiva de género (
 - 2.6.3. Reforçar a capacidade das comunidades na instalação de sistemas de alerta precoce e gestão de desastres com liderança e participação alta de mulheres
- 2.7. Prevenção e resposta a surtos e epidemias integram a perspectiva de género**
- 2.7.1. Recolher informações desagregados por sexo para uma tomada de decisão mais informada e inclusiva.
 - 2.7.2. Elaborar e implementar um programa de sensibilização do sector da Saúde Pública sobre as desigualdades de género no sistema de saúde e as necessidades e serviços específicos de género nas emergências da Saúde Pública.
- 2.8. Instituições e mecanismos de coordenação fortalecidos, inclusivos de género**
- 2.8.1. Dotar Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES) em recursos humanos e financeiros suficientes
 - 2.8.2. Promover a igualdade de género na composição do COES e nas equipas da resposta rápida
 - 2.8.3. Criar condições para que mais mulheres ocupem as funções de liderança nas respostas a surtos e epidemias
 - 2.8.4. Criar uma base de dados no COES sobre os profissionais com aptidões para participar nas intervenções de emergência, tanto a nível nacional como regional, integrar o género/liderança mulheres aqui
 - 2.8.5. Aumentar o número de mulheres nas posições de liderança no COES
 - 2.8.6. Desenvolver um programa de formação contínuo aos membros do COES, incluindo as equipas de resposta rápida (ERR)
 - 2.8.7. Efetuar exercícios de simulação multissetoriais anualmente, para testar os procedimentos operacionais, funções e responsabilidades dos intervenientes na resposta a emergências
 - 2.8.8. Melhorar a coordenação interna entre o INASA e a DGPPS para evitar a sobreposição de atribuições
 - 2.8.9. Partilhar claramente as responsabilidades entre o Alto Comissariado e o COES na gestão das epidemias
- 2.9. Vigilância implementada**
- 2.9.1. Estabelecer e manter mecanismos robustos de vigilância epidemiológica e com foco no género e pessoas vulneráveis
 - 2.9.2. Desenvolver as formações sobre a vigilância, abordagens para a supervisão, seguimento e avaliação de atividades de vigilância no país com perspectiva de género (
- 2.10. Detecção de doenças e capacidades de laboratório melhorados e envolve mulheres**
- 2.10.1. Reforçar os recursos humanos de laboratório, contratação prioritária das mulheres
 - 2.10.2. Controlar a qualidade da rede de laboratórios ao nível nacional para garantir um diagnóstico eficaz

- 2.10.3. Rever a lista das doenças prioritárias
- 2.10.4. Reativar o laboratório central veterinário, atualmente em reabilitação
- 2.10.5. Melhorar o sistema de expedição e transporte de amostras
- 2.10.6. Reforçar a notificação das doenças

2.11. Programa de Formação em Epidemiologia de Campo é fortalecido e envolvendo mulheres

- 2.11.1. Aumentar o número dos mentores e formadores adequados ao programa
- 2.11.2. Promover a participação das mulheres na Formação em epidemiologia de campo e liderança das mulheres
- 2.11.3. Desenvolver mecanismos que garantem a sustentabilidade financeira, operacional e técnica do programa ao longo prazo

2.12. Condições operacionais de resposta as epidemias melhoradas

- 2.12.1. Estabelecer uma base de recursos humanos e financeiros que possam ser utilizados imediatamente em situações de emergência, com maior inclusão feminina possível
- 2.12.2. Melhorar o controle do fluxo das pessoas e o controle sanitário nos pontos de entrada, integrando aspectos de gênero (vigilância de doenças, kits de higiene, pessoal feminino)
- 2.12.3. Formação contínua dos Agentes de Saúde Comunitária sobre a detecção e resposta a eventos de surtos de doença e epidemias; incentivar participação feminina de 50%
- 2.12.4. Incentivar a integração das mulheres com condições específicas nas equipas dos ASC.

2.13. Comunicação sobre doenças /epidemias com as comunidades estabelecida

- 2.13.1. Integrar as necessidades e capacidades de compreensão e expressão de homens e mulheres, rapazes e raparigas nas linhas de comunicação;
- 2.13.2. Efetuar estudos sobre a percepção das populações sobre os comportamentos de risco e a desinformação
- 2.13.3. Levar a cabo programas de conscientização da comunidade, particularmente dos líderes tradicionais e religiosos e da sociedade civil sobre a importância e o direito à saúde das mulheres e sobre as suas necessidades específicas em epidemias e desastres

2.14. Mulheres protegidas contra a Violência baseada no gênero (VBG)

- 2.14.1. Incluir nos planos de contingência de cada epidemia uma análise do gênero e dos impactos socioculturais e económicos
- 2.14.2. Melhorar a recolha e o uso de dados sobre a violência contra as mulheres no contexto de epidemias
- 2.14.3. Garantir que os serviços de cuidado às vítimas de violência baseada no gênero tornem parte integrante dos planos nacionais e locais de resposta as epidemias
- 2.14.4. Prevenir / mitigar os riscos da VBG na resposta humanitária as epidemias em toda e qualquer programação que ofereça dinheiro ou vouchers, especialmente no que diz respeito à segurança alimentar e medidas de saneamento e higiene (WASH)
- 2.14.5. Envolver homens, meninos e líderes tradicionais e religiosos nas iniciativas de prevenção, resposta e coordenação da VBG.

2.15. Estratégias de resposta a surtos e epidemias para além do momento – ou seja de medio e longo prazo implementado

- 2.15.1. Manter os serviços da saúde materna e infantil a funcionar razoavelmente, incluindo apoios às mulheres vítimas de violência baseada no gênero, durante as epidemias e criar estruturas robustas da saúde materna
- 2.15.2. Implementar programas de empoderamento económico como uma estratégia chave para garantir os meios de subsistência às mulheres e raparigas em contextos de emergência da Saúde Pública
- 2.15.3. Ativar medidas da proteção social (cash e in-kind financiamentos) para mulheres e homens mais carenciados e marginalizados em áreas remotas

2.16. Mecanismo Nacional de proteção social integra a perspetiva de género

- 2.16.1. Criar mecanismo nacional de proteção Social para grupos que vivem em zonas afetadas por desastres naturais (vulnerabilidade geográfica)
- 2.16.2. Criar mecanismo nacional de proteção social para apoiar as famílias altamente pobres, ameaçadas pela fome e doenças (vulnerabilidade socioeconómica)

Objetivo estratégico III: Estabelecer seguros de risco e outros produtos de financiamento inclusivo em termos de género para a Guiné-Bissau nos dois sectores (desastres e epidemias) e documentar conhecimentos inovadores

Resultados /Atividades

3.1. Financiamento de Risco de desastres promove a inclusão das mulheres e a igualdade de género

- 3.1.1. Assegurar uma afetação equitativa dos recursos no investimento de redução do risco de desastres para efeitos de resiliência, incluindo do OGE
- 3.1.2. Coletar dados desagregados por sexo para avaliar as necessidades das mulheres, adaptar e direcionar produtos financeiros que atendam às necessidades e preferências específicas das mulheres, reportar e analisar as experiências com esses novos produtos financeiros
- 3.1.3. Incorporar uma gama completa de produtos financeiros, incluindo crédito acessível a longo prazo para investimento, integrando as necessidades financeiras das mulheres
- 3.1.4. Colmatar as disparidades entre homens e mulheres na utilização da Internet e aplicações dos telemóveis
- 3.1.5. Proporcionar a educação financeira as mulheres em micro/pequenas empresas para aplicações financeiras de telemóvel

3.2. Mecanismos de financiamento de surtos e epidemias com perspetiva de integração de género estabelecido

- 3.2.1. Assegurar mecanismo de ativação e mobilização de fundos para a utilização imediata durante as emergências, incluindo do OGE,
- 3.2.2. Incluir no mecanismo de financiamento um orçamento específico para garantir a igualdade de género nas ações de emergência
- 3.2.3. Negociar, com representação clara das mulheres na liderança, mecanismos com os parceiros e várias instituições nacionais para criação de fundos de emergência
- 3.2.4. Constituição e aprovisionamento de fundos para utilização imediata durante emergências de saúde pública
- 3.2.5. Estabelecer o sistema *Crowd-funding* para facilitar o sistema de seguro de saúde humano e animal

Referencias

African Risk Capacity (2019). Gender Strategy. Estratégia de Género da ARC, 2019, <https://www.arc.int/resource/arc-gender-strategy>.

African Union (2017). Gender Strategy 2018-2028. Addis Abeba, AU; União Africana, 2017. Estratégia da União Africana para a igualdade de género e o empoderamento das mulheres, 2018-2028.

Awiti AO (2022). Climate Change and Gender in Africa: A Review of Impact and Gender-Responsive Solutions. *Front. Clim.* 4:895950. doi: 10.3389/fclim.2022.895950.

Baldé, F., Mendes, P (2014). Relatório Nacional Sobre a Aplicação/ Implementação Da Declaração e Do Plano de Acção de Beijing (1995). https://www.uneca.org/sites/default/files/uploadeddocuments/Beijing20/NationalReviews/guinea_bissau_beijing_report_0.pdf.

Banco Africano de Desenvolvimento. *Perspetivas Económicas Africanas 2019*. Disponível: https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/2019AEO/AEO_2019-EN.pdf.

Banco Mundial (2019). Manual, vede World Bank.

Barros, M. de, Semedo, O. (2013). A participação das mulheres na política e na esfera da tomada de decisão na Guiné-Bissau, Bissau: UNIOGBIS, United Nations.

Binagwaho, A., Mathewos, K. University of Global Health Equity, Kigali, Ruanda (2022). Surtos de doenças infecciosas destacam a desigualdade de género, *Nature Microbiology*, VOL 7, Março 2022, 361-362, www.nature.com/naturemicrobiology, <https://doi.org/10.1038/s41564-022-01075-2>.

[bmjopen.bmj.com/content/11/8/e048292](https://www.bmjopen.com/content/11/8/e048292), vede Steinert.

BM 2018, pp. 102-103.

Bello K, George A, De Jong M, Adeyera O, Faye C, Oyelade T et al. (2022). African governments must build on covid-19 responses to advance gender equality. *BMJ* 2023; 381 :e072239. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072239> (Published 07 June 2023).

Camara, Mamadu et. al. (2023). Strengthening surveillance, disease detection, and outbreak response through Guinea-Bissau's Frontline Field Epidemiology Training Program: a cross-sectional descriptive study. *Pan African Medical Journal*. 2023;45(133). [10.11604/pamj.2023.45.133.30807](https://doi.org/10.11604/pamj.2023.45.133.30807).

Carvalho, C. et al. (2018, edição e introdução). Corte/Mutilação Genital Feminina: Respostas Institucionais Integradas, Lisboa: Centro de Estudos Internacionais.

Cataldo, C. et al. (2023). One Health challenges and actions: Integration of gender considerations to reduce risks at the human-animal-environmental interface. *One Health* 16 (2023) 100530, <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2023.100530>.

CDC (21.03.2023). Strengthening Cholera Response Efforts in Malawi, www.cdc.gov/globalhealth/stories/2023/cholera-efforts-in-malawi.html

COES, Bissau 2021, Plano de Contingência do Ébola, 2021.

Deutsche Welle „O sistema nacional de saúde da Guiné-Bissau está doente. Entrevista com a Liga dos Direitos Humanos (LGDH). www.dw.com/pt-002/sistema-nacional-de-saúde-da-guiné-bissau-está-doente/a-49638153.

EBD Global Optimum/ PNUD Guiné-Bissau/ Climate Promise (2021): Governo da Guiné-Bissau, NDC Update September 2021, unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/nationally-determined-contributions-ndcs.

EBD Global Optimum, Antea Group (2022). Guinea-Bissau Updated Nationally Determined Contribution Adaptation Component Ndc Update, for UNDP Climate Promise Initiative, UNDP Guinea-Bissau.

EIGE, European Institute for Gender Audit Methodology, Gender Audit: https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/tools-methods/gender-audit?language_content_entity=en.

EIGE, European Institute for Gender Equality (2016). What is gender mainstreaming? <https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/mh0216878enn.pdf>.

Embaló, B. (2020). Necessidade de Integração da Abordagem de Género no Quadro Legal da Guiné-Bissau. Relatório Final - 12.03.2020, PNUD e Ministério da Justiça e Direitos Humanos.

Embaló, B. / UNDP (2021). UNDP Gender Analysis Guinea-Bissau. UNDP Report. <https://www.undp.org/guinea-bissau/publications/undp-guinea-bissau-gender-analysis>.

Embaló, B, Costa, A. UNDP Guinea-Bissau (2023). Estudo de Avaliação da Situação dos Defensores de Direitos Humanos na Guiné-Bissau e Proposta da Estratégia de Proteção Versão Final 11_07_2023. Bissau: United Nations.

ERI-ESI, 2017/18, Instituto Nacional de Estatística/ Ministério da Economia e Finanças e AFRISTAT (2019). Inquérito Regional Integrado sobre Emprego e Setor Informal (ERI-ESI), Guiné-Bissau 2017-2018. Bissau, Guiné-Bissau e Bamako, Mali: INE e AFRISTAT.

(JEMOA, Silva, A. 2013) Estratégia Nacional de Gestão do Risco de Catástrofes, <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/gbs163718.pdf>>

FAO (2013). Gender and land rights data base. FAO: Economic and Social Development Department, Rome. www.fao.org/gender/landrights/.

Fande, M. (2020). Climate Change and Coastal Communities: Risk Assessment and Adaptation to Coastal Erosion and Flooding in Sea Level Rise Scenarios in Guinea-Bissau, Tese de Doutoramento, Lisboa: Universidade de Lisboa.

Fusco, Martínez-Pérez, Remkes, De Pascali, Ortalli, Varani and Scagliarini.(2022) A sex and gender perspective for neglected zoonotic diseases. Front. Microbiol. 13:1031683. [doi: 10.3389/fmicb.2022.1031683](https://doi.org/10.3389/fmicb.2022.1031683).

GEF, UNDP Guinea-Bissau (2020). PRODOC, "Strengthening climate information and early warning systems for climate resilient development and adaptation to climate change in Guinea Bissau", www.thegef.org/projects-operations/projects/10105. (Global Environment Facility).

Global Health Security Index 2021. www.ghsindex.org.

Global Health Security Funding Tracker. 2014-2022 funds Guinea-Bissau. <https://tracking.ghscosting.org/explore/map>.

International Development Association. "Borrowing countries". <http://ida.worldbank.org/about/borrowing-countries>. Pandemic Emergency Financing Facility. December 2017. "Pandemic Emergency Financing Facility (PEF): Operational Brief for Eligible Countries". [<http://pubdocs.worldbank.org/en/119961516647620597/PEF-Operational-Brief-Dec-2017.pdf>].

INASA = Instituto Nacional da Saúde Pública, www.inasa.gw.

INASA (2022). Guia Técnico Nacional de VIDR, INASA/ Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária. Maio 2022, Vol.1, Maio 2022.

JEE 2019 = Joint External Evaluation 2019, vede World Health Organization.

Jornal O democrata “Inundações em Bafata”, <https://www.odemocratagb.com/?p=26465>, 22.9.2020.

Lindmann, J. et. Al (2020). The HIV care continuum and HIV-1 drug resistance among female sex workers: a key population in Guinea-Bissau. <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-020-00290-3>.

Mané, B. (2021). Os Dilemas Da Consolidação De Segurança Alimentar E Nutricional Nas Zonas Rurais Da Guiné-Bissau: O Papel Do PMA No Fortalecimento Da Segurança Alimentar Das Populações Rurais, Especialmente Das Mulheres. repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2470/1/2021_arti_bintomane.pdf.

Manitese (2021). Estudo sobre VBG na região de Cacheu. <https://www.manitese.it/en/nadile-violence-against-women>.

MICS 5 (2014). <https://www.unicef.org/guineabissau/reports/multiple-indicator-cluster-survey-guinea-bissau-2014>.

MICS 6, 2018-19, Ministério da Economia e Finanças, Direção Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (2020). Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE).

Ministério do Ambiente e do Desenvolvimento Sustentável (2018). Guiné-Bissau Terceira Comunicação Nacional à UNFCCC. Janeiro 2018.

Ministério da Economia, Plano e Integração Regional (2020). Plano Nacional de Desenvolvimento (PND, 2020-2023), Agosto 2020.

Ministério da Economia, Plano e Integração Regional (2020). Hora Tchiga, Programa de Financiamento à Economia. Relatório Final Estratégia para o Desenvolvimento, Emprego e Fomento Industrial Estancar, Neutralizar e Desenvolver É preciso pensar e agir pelos jovens, pelas mulheres, pelas pessoas, pelas famílias e pela Nação. Bissau, Maio/Junho 2020.

<https://www.nature.com/articles/s41467-019-12499-6>, vede Redding.

NAPA = National Program of Action of Adaptation (2006, Ministry of Natural Resources and Environment), <https://unfccc.int/resource/docs/napa/gnb01.pdf>.

Oliveira, T. de, Tegally H. (2023). Will climate change amplify epidemics and give rise to pandemics? SCIENCE, 25 Aug 2023, Vol 381, Issue 6660, DOI: [10.1126/science.adk4500](https://doi.org/10.1126/science.adk4500), <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.adk4500>

OMS (2022). Estratégia de Género 2022-2026, <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240061545>.

ONU Guiné-Bissau (2023). Boletim Informativo, do Sistema das Nações Unidas - Guiné-Bissau. Edição 1, Janeiro – Março 2023, <https://guineabissau.un.org/sites/default/files/2023-06/Boletim%20ONU%20GB%20EDICAO%20JAN-MARCO%202023.pdf>.

PAM (2021). Análise de Resposta Climática Guiné-Bissau. A Aliança da Bioversidade e o Centro Internacional para a Agricultura Tropical; Programa Alimentar Mundial. <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000138252/download>.

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022, Ministério de Saúde Pública, Bissau.

Plataforma Bioksan Bissau, <https://plataformabioksan.com>.

PNIEG, Instituto Mulher e Criança (2012). Política Nacional para Promoção da Igualdade e Equidade de Género, 2012 – 2015, Bissau.

PNIEG II (revisto), Instituto Mulher e Criança (2017). Política Nacional para Promoção da Igualdade e Equidade de Género, 2016-2020, Bissau.

PNUD (2016). Relatório do desenvolvimento Humano. UNDP (United Nations Development Programme). 2016. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone. New York. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2016>.

Publico.pt <https://www.publico.pt/2020/07/24/mundo/noticia/iniciativa-mulheres-guineenses-denuncia-situacoes-alarmantes-violencia-genero-pais-1925728>,

Redding, D.W., Atkinson, P.M., Cunningham, A.A. *et al.* Impacts of environmental and socio-economic factors on emergence and epidemic potential of Ebola in Africa. *Nat Commun* **10**, 4531 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41467-019-12499-6>.

Regulamento Sanitário Internacional, www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/afr-rc62-12-implementação-do-regulamento-sanitário-internacional-na-região-africana_1.pdf.

Relatório RESEN (2015). Relatório da situação do sistema educativo. Ministério da Educação Nacional, Guiné-Bissau, https://inee.org/sites/default/files/resources/Resens_Guin%C3%A9_Bissau_portugais-FINAL.pdf.

Reis, L, Embalo, B (2022). Perfil de Género na Guiné-Bissau, Bissau: Delegação da União Europeia, 2022.

Röhrig, F., Bougouma, K., Schiek, B., Ghosh, A., Ramirez-Villegas, J., Achicanoy, H., Esquivel, A., Saavedra, C., Diekjürgen, D., Grosjean, G.(2021). WFP Critical Corporate Initiative: Climate Response Analysis Guinea-Bissau. The Alliance of Bioversity and The International Center for Tropical Agriculture; World Food Programme. www.wfp.org/publications/climate-response-analysis-guinea-bissau.

Santy, Amílcar Rodrigues Afonso (2021). Panorama das Políticas Públicas de Segurança Alimentar em Guiné-Bissau – O Acesso à Alimentação, um Direito de todos, publicado em <http://hdl.handle.net/10183/222243>.

Sendai Framework (2015), www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030. The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 was adopted by UN Member States on 18 March 2015 at the Third UN World Conference on Disaster Risk Reduction in Sendai City, Miyagi Prefecture, Japan.

Steinert JI, Alacevich C, Steele B, et al (2021). Response strategies for promoting gender equality in public health emergencies: a rapid scoping review. *BMJ Open* 2021;11:e048292. doi: [10.1136/bmjopen-2020-048292](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048292).

Terra Ranka (um novo começo) (2015). Guiné-Bissau 2025 – Plano estratégico e operacional 2015-2020 "Terra Ranka". Governo da Guiné-Bissau.

Thomas MB (2020) Epidemics on the move: Climate change and infectious disease. PLoS Biol 18(11): e3001013. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3001013>

UNDRR, 2018, GNB: Guiné-Bissau Disaster Risk Profile - Floods & Droughts.

www.preventionweb.net/publication/disaster-risk-profile-guinea-bissau.

GUINEBISSAU_REPORT_PT_REVIEW_COMP.pdf; <http://riskprofilesundrr.org/documents/1522>.

UNDRR, UNFPA AND UN WOMEN (August 2023). A Gender Action Plan to Support Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 - Draft 1, 29 August 2023.

União Africana (Maio de 2020). Framework Document on the Impact of Covid-19 on Gender Equality and Women's Empowerment: African Union Guidelines on Gender Responsive Responses to Covid-19.

https://au.int/sites/default/files/documents/38617-doc-gewe_and_covid_19_eng.pdf.

UNDP (2018). Gender Equality Strategy, 2018-2021, New York: UNDP.

UNDP (2020). Building back better starts now. Covid-19 socio economic impact analysis for Guinea-Bissau.

Bissau: UN-System Guinea-Bissau. <https://www.undp.org/coronavirus/socio-economic-impact-covid-19>.

UNICEF (sobre Agentes comunitários). Saúde comunitária. Intensificação de intervenções comunitárias para reduzir a mortalidade infantil e materna. www.unicef.org/guineabissau/pt/saúde-comunitária.

UNIOGBIS (2017). Relatório sobre o Direito a Saúde na Guiné-Bissau.

https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/infographics_rr2health_2017_pt.pdf.

UN-Women (2022). Gender Analysis In Non-Traditional Sectors: Climate and Disaster Risk Finance

and Insurance. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-06/Gender-analysis-in-non-traditional-sectors-en.pdf>.

VARGUES, Sofia Alexandra Oeiras Pereira, 2021, Desempenho dos agentes de saúde comunitária: um estudo qualitativo na região sanitária de Quinara, República da Guiné-Bissau, <http://hdl.handle.net/10362/138682>.

WFP, Ianda Guine SISSAN Kume Dritu, gov GB 2022: Monitorar a segurança alimentar e nutricional para melhorar o estado nutricional da população da Guiné-Bissau (SISSAN, Kume Dritu) Situação da segurança alimentar e nutricional no país de novembro de 2021 a maio de 2022,

guineabissau.un.org/sites/default/files/2022-06/Apresentacao_SISSAN_Nov2021_Mar2022_RestNationale_18052022.pdf.

WFP (Dec 2021). WFP Critical Corporate Initiative: Climate Response Analysis for Adaptation Guinea-Bissau.

WFP (2023). Guinea-Bissau country strategic plan (2023–2027). <https://executiveboard.wfp.org>.

WFP (2023). Guinea-Bissau, Country Annual Report, 2022.

WHO (2010). Gender, climate change and health. A draft discussion paper. <http://www.who.int/phe/en/>.

WHO, www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/afr-rc62-12-implementação-do-regulamento-sanitário-internacional-na-região-africana_1.pdf.

WHO (2022). Mainstreaming Gender within the WHO Health Emergencies Programme. 2022-2026 Strategy. ISBN 978-92-4-004929-1 (electronic version).

World Bank (2021). Guinea-Bissau - Building Resilience for Vulnerable Populations (English).

Washington, D.C. : World Bank Group.

<http://documents.worldbank.org/curated/en/099010101052213752/P1753150fef3c020ac8108842d7597901>

World Bank (2021). Gender Dynamics of Disaster Risk and Resilience. Authors: Alvina Erman et. Al, WB & GFDDR (Global Facility for Disaster Reduction and Recovery).

www.worldbank.org/en/results/2020/10/12/epidemic-preparedness-and-response.

World Bank, Guinea-Bissau Standardized Outputs Presentation, AFR DRM Analytics - (P170031)).

World Bank (2019). Manual Jurídico de Formação para Profissionais sobre a Lei contra a Mutilação Genital Feminina/Excisão na Guiné-Bissau Autores: Sara Guerreiro e Hélder Pires.

JEE - World Health Organization (July 2019). Joint External Evaluation of the Main Capacities of International Health Regulations of Guinea-Bissau (Avaliação External Conjunta das Principais Capacidades do RSI da Guiné-Bissau). <https://extranet.who.int/sph n/sites/default/files/jeeta/Guinea%20Bissau%208-12%20Jul%202019.pdf>.

Anexo 1: Mapeamento das partes interessadas contatadas

Instituição	Nome	Posição	Contato	Comentário
1)M. de Saúde	Abú Camará	Chefe de Gabinete do Ministro	+245 955 395 089 +245 966 447 619 camarabu@gmail.com	Contato Ministro
2)M. de Saúde	Agostinho M. N`dumbá	Diretor Geral Promoção e Prevenção de Saúde	+ 245 955 901 874 +245 966 605 759 agondumba@gmail.com	Entrevista, 23.11.2023
3)INASA	Quinta Insumbo	Presidente do INASA	+ 245 955 152 523	Entrevista, 17.11.2023
4)INASA	Dalanda Dafé	Medica Epidemiologista	+ 245 955 808 974 + 245 966 601 728 da_code@hotmail.com	Entrevista, 10.11.202
5)INASA	Sidonia Vieira	Diretora do Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária (CECS)	+ 245 955 428 871	Entrevista, 14.12.2023
6)INASA	Mamadu Camará	Diretor Epidemiologia de Campo (FETP)	+ 245 966 226 407 ducamara1@hotmail.com mamadu.camara@inasa.gw	Entrevista, 14.12.2023
7)INASA	Heitor Gomes Dias	Diretor Centro de Gestão e Desenvolvimento Institucional (CDI)	+ 245 955 566 548 heitor.dias@inasa.gw	Chamadas e email
8)SNPC	Alsau Sambu	Coordenador da Proteção Civil, Plataforma	+245 955 362 338 sambu07@hotmail.com	Entrevista, 09.11.2023, Chamadas
9)SNPC	Benvindo Nazaque	Presidente da Proteção Civil	+ 245 966709 936 jucaspro@hotmail.com	Workshop
10)Instituto Nacional de Meteorologia (INM)	Cherno Luis Mendes	Vicepresidente	+ 245 955 509 878 chernoluis@gmail.com	Entrevista, 16.01.2024
11) INM	Feliciano Mendonça	Diretora do Centro de Previsão		Chamada
12) M. de Ambiente	Raimundo Pereira	Diretor Geral do Ambiente (Governo Anterior)	+245 966 669 072 +245 955 123 348	Entrevista, 22.11.2023

			Jraimundolopes2021@gmail.com	
13) Instituto do Ambiente, Focal Point GEF	João Tchada Lona	Diretor Geral do Instituto do Ambiente	+ 245 955 422 007	Entrevista, 18.01.2024
14) M. de Ambiente	Viriato Cassama	Ministro	+ 245 955 784 046 + 245 966 784 046 cassamavilus@gmail.com	Email
15) MMFSC	Lucio Rodrigues	Diretor Geral Proteção Social	+245 955 253 708 dirgersolso@gmail.com	Entrevista, 27.11.2023
16)MMFSC		Diretora Solidaridade Social		
17)Instituto da Mulher e Criança	Quite Djata	Presidente	+245 mansamadja@yahoo.fr	Entrevista, 24.11.2023
18) M. de Agricultura	Julio Malam Injai	Diretor Geral da Agricultura	+245 955 427 229 245 966 621 182	Entrevista, 24.11.2023
19) M. de Agricultura	Maninquo Baia	Direção Geral Agricultura	+245 956611546 maninquo90@gmail.com	Contacto
20) Cruz Vermelha (CVGB)	Daniel Vieira	Presidente	+245 955 450506 daetiviera@yahoo.com.br	Chamadas
21) Cruz Vermelha (CVGB)	Francisco José Mendes	Secretário Geral	+ 245 966 662 387 + 245 955 803 991 franciscojosemendes@zmail.com	Entrevista, 19.01.2024
22) PAM/WFP	Dome Tine	Contacto ARC	+245 956 095 738 dome.tine@wfp.org	Entrevista, 24.11.2023
23) PAM/WFP	Talisma Dias	Especialista de género, Ponto Focal de género		Entrevista, 24.11.2023
24) OMS	Dr. Yao Gaspard Bossou	Especialista epidemias	+245 966 273 153 bossouy@who.int	Entrevista, 27.11.2023
25) CEDEAO – Alerta Precoce	Alexandre Cabral	Especialista ambiental	+245 955 404 008 +245 966 768 426 tutucabral1963@gmail.com	Entrevista, 09.11.2023
26) Empresa Eco Progresso	Mamadu Camara	Especialista Ambiental	+245 955 483 595 Camaramamadu350@gmail.com	Varias conversas
27) MIKAT ONG, Bissau	Yolanda Monteiro Garrafão	Presidente, VBG	+245 955764 203	Chamada
28) AMAE ONG	Duarte Mansoa	Coordenador Programas,	+245 966 733 805	Chamada

		Empoderamento Económico	mansoa46@hotmail.com	
29) RENLUV ONG	Aissata Camara Injai	Presidente VBG, clínicas moveis	+245 955 521 187	Chamada
30) Univ. J. Piaget, Bissau	DR. Aladje Balde	Presidente, especialista laboratório	+245 955 169 137 aladje@gmail.com	Chamada
31) WANEP ONG, Bissau	Denise	Secretária Executiva Alerta Precoce	+245 956 019 506	chamada
32) Camara Municipal Bissau	Dr. Morto Fandé	Conselheiro CMB, Especialista gestão de desastres	+245 955 192 010	Chamada
Banco Mundial, Projeto WACA/ IBAP	Dr. Paulina Mendes	Especialista Género,	+245 966 670 701 paulinamendes@hotmail.com	Chamada
33) ECAS-D ONG Bafatá	Bubacar Djalo	Coordenador Ambiente e empoderam. Mulheres	+245 966 060 806 +245 955 141 883 ecas.dong@gmail.com	conversas
34) ADIC Nafaia, ONG Gabu	Braima Barri	Animador comunitário, resilienica rural, mulheres	+ 245 955 831 598 +245 966 731 759	Conversas

Anexo 2: Questões orientadoras e documentação das consultas

As consultas com os principais interessados e os atores das comunidades foram efetuadas através de entrevistas individuais semiestruturadas, *djumbais* (conversas tipo focus groups) com as mulheres/comunidades e questionários (questionário geral e gestor pessoal de saúde).

Quadro de Perguntas Orientadoras

As questões orientadoras sobre as quais se baseiam a recolha de informações foram desenvolvidas em torno dos seguintes tópicos chaves:

- ✓ *Quais são os quadros legislativos e políticos no setor da saúde pública e na gestão do risco de catástrofes? Estes quadros integram a perspetiva de género?*
Políticas e planos nacionais e sua implementação, projetos em curso nas instituições a este respeito, consideração de situações e necessidades diferenciadas por género, vulnerabilidades específicas.
- ✓ *Quais são os papéis e responsabilidades das mulheres e dos homens (nos ministérios, nas instituições, a nível comunitário, na família em relação a surtos e epidemias e a prevenção/resposta a desastres?)*
- ✓ *Quem tem acesso e controlo dos recursos e serviços? (A todos os níveis, nacional, comunitário, familiar/macro-meso-micro)*
- ✓ *Quem tem poder de decisão? Porquê é que as mulheres participam pouco na esfera de tomada de decisão (falta de inclusão, relegadas a lugar de invisibilidade na sociedade patriarcal, etc.)?*
- ✓ *Compreensão dos riscos e dos seguros, o que pode / deve ser feito para mitigar/prevenir/responder aos riscos de epidemias/catástrofes naturais. Qual é a situação específica das mulheres? As mulheres e os homens têm igualdade de oportunidades e acesso à sistemas de prevenção ou transformação de riscos?*

Perguntas aos grupos focais com mulheres, ONGs, comunidades e lideranças locais

Género, alterações climáticas e epidemias a nível micro

Conversas com homens e mulheres para capturar visões e experiências de género. Recolha de dados desagregados por sexo sobre essas questões para informar estratégias para aumentar a resiliência de homens e mulheres vulneráveis aos riscos de desastres e a surtos de doença/epidemias. Os dados oferecem informações sobre as maneiras pelas quais homens e mulheres percebem e adotam inovações de forma diferente.

Conjunto indicativo de perguntas:

Percepção de risco, vulnerabilidades, como homens e mulheres são afetados diferentemente?

- Como é que homens e mulheres percebem os riscos para a sua subsistência associados às alterações climáticas (perigos de início lento e perigos súbitos) respetivamente a surtos e epidemias?

- Como é que as epidemias afetam homens, mulheres, meninas e rapazes na sua comunidade? Por exemplo o caso da COVID19, cólera. Meninos, idosos e doentes em casa quem cuida deles? Consequências económicas?
- Mulheres e homens são afetados na mesma maneira de eventos climáticos extremos/ desastres ou há diferenças, e quais são? (Força física, poder de decisão sobre abandono da casa, o que fazer com meninos e idosos e na ausência dos homens?)
- Quem dos presentes na reunião sabe nadar, subir árvores, andar com bicicleta?

Género e disparidades no acesso e controlo dos ativos

- Quais são as disparidades de género no acesso e controlo dos ativos? Como é que a disparidade de ativos afeta a forma como homens e mulheres experimentam choques climáticas ou choques na saúde pública e as mudanças resultantes?
- Como e em que medida a disparidade patrimonial determina a forma como homens e mulheres respondem a choques/epidemias e mudanças climáticas?

Conhecimento de riscos climáticos e de epidemias

- Conhecimento de riscos de eventos climáticos, conhecem inundações, secas, ventos fortes, incêndios, terremotos etc.? Já sofreram desse tipo de acontecimentos? Desastres naturais são destino de deus?
- Na sua perceção entre homens e mulheres quem é que morre mais durante os surtos de doença e desastres naturais e porquê?

Preparação, capacidade de Resposta a riscos de desastres e epidemias, adaptação

- Na sua comunidade como as mulheres e homens gerem os surtos de doença e desastres?
- Preparação das comunidades, hospitais, instituições para riscos de epidemias e de mudanças climáticas? Tem sistema de alerta precoce? Tem planos de contingência? Papel dos bombeiros?
- Quem tem proteção social, seguro de doença?
- Alerta precoce, sabem o que significa, alertar sobre perigos..... para evitar perda das vidas humanas e de bens e animais etc., Meios de comunicação disponíveis: Celular, radio, ouvir rádio cada dia? Fonte fiável para alerta precoce, radio comunitário, líderes comunitários, imam, padre etc., vizinhos, amigos, internet
- Que estratégias de adaptação e opções de adaptação são preferidas por homens e mulheres, respetivamente e porquê? Mencione algumas estratégias de adaptação.
- Participação ativa em desenvolver capacidades de resposta para fortalecer a resiliência das comunidades: Participação de mulheres e homens (bombeiros, operações de salva-vida, organização de refúgios)

Tipo de consulta e participantes (mulheres / homens)

Tipo de consulta	Mulheres	Homens	Total (n)
Questionário Geral	16	15	31
Questionário Saúde		04	04
Focus Group Bissau	9	0	09

Focus Group Gabu	5	0	05
Discussão especialistas	1	1	02
Total (n)	30	19	51

Questionário geral e resultados

(1) *Quem tem acesso e controlo dos recursos e serviços?*

A grande maioria (mais de 80%) dos entrevistados, mulheres e homens, apontam que são os homens que tem mais acesso e o controlo dos recursos e serviços. Na família são os chefes da família, o marido e o pai, na comunidade são os representantes do poder local / tradicional (regulo, djarga, comité de tabanca sem representação das mulheres) e, ao nível geral são os homens.

(2) *Quem tem poder de decisão? Há diferenças entre homens e mulheres?*

Porquê é que as mulheres participam pouco na esfera de tomada de decisão?

Porque as mulheres ficam invisíveis, não são incluídas?

Quase todos entrevistados realçam existir as diferenças entre homens e mulheres e que o poder de decisão está nas mãos dos homens. “A igualdade de género só se compre no papel”, “os homens são mais privilegiados”, dizem algumas mulheres de Bafatá e Gabu. Mas há também opiniões que refletem uma mudança na consciência sobre o género e as relações sociais. “Hoje todos são iguais, antigamente não foi assim”, dizia um lavrador em Gabu.

As mulheres participam pouco na esfera de tomada de decisão e são muitas vezes quase invisíveis, porque são as que têm menos acesso a educação, não têm as mesmas oportunidades que os homens e não são incluídas por serem consideradas inferiores, fracas e não competentes.

De ponto de vista das mulheres, fica bem claro que as mulheres não são valorizadas como deve ser; os homens não deixam as mulheres ficarem em frente; não consideram a opinião da mulher; e olham para ela como “um ser inútil.” Os homens não dão liberdade as mulheres e pensam que as mulheres devem cuidar de casa e dos filhos e, por conseguinte, não tem tempo para outras atividades; enquanto, por outro lado, as mulheres sentem vergonha falar em publico por falta de escola e têm medo de serem discriminadas e humilhadas quando saem do ciclo da invisibilidade (Mulheres em Bissau, Bafatá e Gabu).

(3) *Conhecimento de riscos de eventos climáticos: a Sra./o Sr. conhece inundações, secas, ventos fortes, incêndios, terremotos etc.? Já sofreu desse tipo de acontecimentos?*

Conhecimento	Mulher	Homem	Total
Sim	12	12	24
Não	04	03	07

Tipos: mais conhecem incêndios (10) e ventos fortes (11), menos inundações (4) e seca (3)

Experiência pessoal: 3 mulheres e 3 homens falam sobre eventos extremos, destacado ter vivenciado inundações, incêndios e ventos fortes.

(4) Desastres naturais são destino de Deus? Ou temos nós também um papel neles?

22 entrevistados apontam que desastres naturais é o resultado das nossas ações relativamente à natureza, 9 acham que é destino de Deus.

(5) Quem sabe nadar, subir árvores, andar de bicicleta?

A grande maioria dos entrevistados sabem nadar, andar de bicicleta e subir árvores. 5 mulheres e 3 homem não sabem, alguns somente podem andar de bicicleta.

Como se sentem nas vossas habitações, tabancas, vivem em risco ou estão seguros?

Ca. 65% não se sentam seguros nas suas casas.

As vossas terras agrícolas estão em perigo, tipo da produção, são vulneráveis?

A grande maioria acha que as suas terras agrícolas estão em perigo por várias razões. Porque estão ameaçadas pela erosão, falta de chuva/ chuvas irregulares, o uso irracional da terra, pouco espaço para cultivar por causa de plantações de caju que ocupam demasiado do espaço (Gabu). Também no leste (Gabú) queixam de tipo de produção agrícola não adaptada as alterações climáticas (disponível são sementes de arroz de longa duração, não de ciclo curto).

(6) Grau da preparação das comunidades, hospitais e instituições para dar resposta ou prevenir surtos de doença/ epidemias e desastres?

Preparação zero: 5 pouco: 14 razoável: 11 bom:

Dois terços (19) sentam grandes lacunas na preparação / prevenção e resposta à epidemias e desastres.

(7) Na sua percepção entre homens e mulheres quem é que morre mais durante os surtos de doença e desastres naturais e porquê?

Homens mais: 7 mulheres mais: 22 iguais: 2

A grande maioria acha que as mulheres morrem mais do que os homens durante os surtos de doenças e desastres naturais, por serem mais frágeis, mais expostas a doenças e feridas e são mais populosas. Somente dois entrevistados diferenciaram entre o morto dos homens mais frequente nos surtos de doenças enquanto o morto das mulheres é mais frequente nos desastres, mas em soma são iguais.

(8) Homens e mulheres são afetados de forma diferente por epidemias e desastres?

Sim: 25 Não: 6

Quem é mais vulnerável?

A grande maioria concorda que as mulheres são afetadas de forma diferente pelas epidemias e desastres, sendo as mulheres mais vulneráveis, por terem acesso restrito aos serviços básicos e por serem também mais fracas, mais expostas a doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis. Um grupo muito vulnerável são as mulheres que trabalham como trabalhadoras de sexo. Também a vulnerabilidade é relacionada com menos poder económico das mulheres, particularmente quando são sem homens (falta de “proteção”, famílias chefiadas por mulheres).

Alguns homens relacionaram, conforme percepções estereotípicos do género, a vulnerabilidade das mulheres com a sua fraqueza corporal por natureza em relação aos homens, a falta de experiência das mulheres e pouca capacidade de resolver os problemas. Mas outros homens mencionaram que as mulheres são mais expostas a doenças e desastres, porque trabalham muito e gerem mais de 75% das despesas da casa (assim não descansam).

(9) Como é que as epidemias afetam homens, mulheres, meninas e rapazes na sua comunidade? Por exemplo, fale sobre a experiência com a COVID-19 ou a Cólera.

As epidemias afetam as pessoas porque não aceitam e praticam os conselhos do Ministério de Saúde, ignoram as regras de higiene, tais como lavagem das mãos, cuidados pessoais, máscaras e evitar a aglomeração das pessoas.

O desemprego causado pela paralisação de serviços (Covid-19), em primeiro lugar, das mulheres, a pobreza, a baixa produtividade e a inflação nos preços dos produtos da primeira necessidade são as consequências socioeconômicas mencionadas.

No caso específico da COVID-19 muitas pessoas ficaram em casa e não tinha nada para comer.

Uma maioria sólida acha que as mulheres grávidas conseguem ir a hospital (16), enquanto 13 dizem que as mulheres grávidas tiveram restrições no acesso às consultas médicas consignadas no protocolo.

22 destacaram ter aumentado a violência baseada no gênero, por as pessoas permanecerem em casas muito tempo. O argumento mais importante foi que o governo não se preocupe com a situação da violência baseada no gênero. Mas 6 pessoas destacaram que a VBG está a diminuir graças as intervenções das ONGs (mais no ambiente rural), campanhas de sensibilização nas rádios e TV e campanhas como “A Mulher não é tambor - STOP VBG”.

(10) Na sua comunidade como é que as mulheres e homens gerem e dão resposta os surtos de doença e desastre? (seca, inundação)

Não existem regras estabelecidas nas comunidades; por isso os homens e as mulheres gerem estes fenômenos com a extrema dificuldade por inexistência de mecanismos de preparação e resposta.

Das respostas: evacuação de doentes para o posto de saúde ou unidade hospitalar mais próxima; aplicação de rituais e medicamentos tradicionais; procurar sítios seguros em caso de inundações e prevenir as mesmas com a criação de um tampão de sacos de areias ou troncos de árvores a volta das casas. Também outra resposta foi de não conseguir fazer nada. Somente duas respostas mencionam o seguimento das orientações das autoridades competentes que emitem mensagens na rádio, e os conselhos da proteção civil e dos ambientalistas.

Nível de consciência e estado de preparação em relação à desastres e epidemias é muito baixo.

(11) Meninos, idosos e doentes em casa quem cuida deles?

A maior parte dos entrevistados (23) destacou que as mulheres é que cuidam de idosos, crianças e doentes (mãe, tia, irmã, prima). Os responsáveis da família (3) foram mencionados e também os médicos/ postos de saúde mais próximos (3).

(12) Mulheres e homens são afetados da mesma maneira por eventos climáticos extremos/ desastres ou há diferenças, e quais são? (Força física, poder de decisão sobre abandono da casa, o que fazer com meninos e idosos e na ausência dos homens?)

Para a maioria dos entrevistados as mulheres são mais afetadas e numa forma diferenciada de desastres por causa de falta de força física em comparação com os homens e certa dificuldade de tomar decisão sobre o abandono da casa em situações de perigo iminente. Mas elas tomam decisões na ausência dos homens e procuram refúgios para proteger as crianças que não se podem salvar a eles mesmos. As mulheres quando devem abandonar a casa numa situação de desastres não deixam ninguém para trás; tentam evacuar os filhos todos, nem se for em várias etapas.

Também a mulher é mais afetada porque a maioria das atividades de renda dela provem ou são relacionadas com a agricultura.

Para um outro entrevistado não existir diferença, porque os eventos climáticos não sabem distinguir o sexo.

Cerca um quarto dos entrevistados não se pronunciou sobre a questão respetivamente destacou nunca ter passado por esta experiência.

(13) Alerta precoce sobre clima, (Chuvas, ventos fortes, secas) sabem o que significa? alertar sobre perigos.....

para evitar perda das vidas humanas e de bens e animais etc.,

mudar a agricultura.... (ciclo curto, sementes resistentes a seca)

Quase a metade dos entrevistados confirma entender o significado do alerta precoce e explicam que são os avisos da Meteorologia, difusão dos programas com detalhes sobre ventos e chuvas e medidas de prevenção. Alguns entrevistados mostraram que o alerta precoce no domínio de agricultura permite-nos saber o que plantar e o que deve ser plantado.

Obviamente ninguém pode definir um alerta precoce (Early Warning) no sentido estrito, misturam um alerta com as prevenções normais do tempo e alguns avisos sazonais da Meteorologia.

Poucos não tem nenhum conhecimento e deixaram a resposta em branco ou responderam “Não sei”,

Dois entrevistados destacaram que o alerta precoce é o alertar sobre o perigo. Uma única entrevistada refletiu sobre o impacto do alerta precoce, dizendo: “o alerta precoce seria benéfico para todos e ajudará muito na redução das doenças e pobreza (Gabú).

(14) Temos um sistema de alerta precoce na Guiné-Bissau?

6 entrevistados mencionaram que não sabem se o país tem um sistema de alerta precoce e 12 destacaram que não existe. 6 confirmaram que existe; os restantes entenderam o próprio fenómeno climático (insuficiência de chuva, seca) como alerta precoce respetivamente explicam que a FAO e o Ministério de Agricultura compram sementes melhoradas em reação aos alertas precoces sobre o clima. Aqui o entendimento não é preciso.

(15) Temos planos de contingência para gerir as epidemias e desastres? As mulheres são consideradas e representadas nesses Planos?

10 inquiridos afirmaram que planos de contingência no país não existem, enquanto 10 dizem que existem, alguns mencionam a proteção social. 3 entrevistados destacaram o sistema de quarentena adotado durante COVID 19 como um plano de contingência. 3 dizem que as mulheres não são consideradas nem representadas nestes planos, mas outros 3 afirmam que são consideradas. 2 pessoas não tem conhecimento da matéria, 2 não responderam e 1 entrevistado menciona esta informação não ser do domínio público.

(16) Quem tem acesso a Mobile Money / Orange Money e pode receber / enviar dinheiro por esta via? Quem utiliza o Internet?

Mais Homens? Mais Mulheres? Escolarização?

12 inquiridos destacaram que os homens é que têm mais escolarização e são os que mais utilizam internet, mobile Money/Orange Money. 5 entrevistadas, todas mulheres, mencionaram o contrário; 3 entrevistados acham que ambos os sexos utilizam Internet e transferências de dinheiro na mesma maneira. A importância do fator da escolarização e realçado por 11 entrevistados; especialmente no meio rural são somente os homens que têm habilitações suficientes em termos de literacia.

(17) Mulheres em Bissau, Bafata e Gabu têm conta bancária, e nas áreas rurais?

A maior parte dos inquiridos mencionou que poucas mulheres nas cidades têm a conta bancária. Nas áreas rurais as mulheres categoricamente não têm a conta bancária, não existem bancos! Praticam a poupança tradicional semanal ou mensal, a “abota”.

(18) As mulheres e os homens têm igualdade de oportunidades e acesso à sistemas de prevenção ou transformação de riscos?

24 inquiridos afirmam que os homens têm mais acesso à sistema de prevenção ou transformação de risco. 2 entrevistados acham que mulheres e homens têm oportunidades iguais; 1 mulher acha que as mulheres têm maior acesso a este sistema.

(19) Como podemos participar ativamente para fortalecer a resiliência das comunidades nas desastres e epidemias? Como as mulheres podem participar?

diárias com equipas de prontidão disponíveis nas zonas fronteiriças. Ao nível central máximo, do INASA, tem problemas de serviços de qualidade para controlo das doenças infecciosas.

Pacientes de desastres com fraturas e queimaduras podem ser tratados somente em Bissau por falta de diagnóstico nos hospitais regionais e devem ser evacuados. Relativamente a diferença de género nos quadros clínicos foram notadas mais fraturas nos rapazes.

Grupo focal em Gabu, 21.12.2023, 5 mulheres

5 Mulheres entre 25-50 anos, 21.12.2023, aplicação do questionário em grupo, todas mulheres são domésticas e fazem pequeno comércio ao lado de trabalho caseiro. As respostas não variem em pontos essenciais das opiniões maioritariamente expressas nos questionários, seguem as tendências identificadas no questionário geral.

As mulheres do Focus group Gabu confirmam que

- ✓ as mulheres são mais afetadas e diferentemente que os homens dos desastres e das epidemias porque têm menos preparação para se defenderem (Q.8);
- ✓ a VBG aumentou durante o Covid-19 (Q.9); que a sensibilização na situação de qualquer surto de doenças vai ativar um mecanismo solidário (uns aos outros, ou seja as redes das mulheres sejam ativadas) (Q.9);
- ✓ as mulheres tomam a decisão sobre o abandono da casa e a evacuação das crianças em caso de desastres (Q. 12);
- ✓ os homens têm mais acesso e utilização do Orange Money/ Mobile Money e Internet que as mulheres (Q. 16);
- ✓ as mulheres têm menos oportunidade de acesso a sistemas de prevenção ou transformação de riscos (Q. 19).

Grupo focal no Bairro Militar em Bissau, 23.11.2023, 9 mulheres

Foi um evento muito bem-sucedido; há um bom nível analítico nas respostas, participação de mulheres de diferentes áreas profissionais (doméstica, cozinheira, assistente social, enfermeira, jornalista, estudante, membro de uma ONG Mulheres Jovens Líderes no Bairro Militar. Documentamos algumas diferenças notáveis em comparação com as respostas nos questionários no Cap. 4 que indicam uma reflexão mais aprofundada e abrangente da temática, demonstram um pouco que a consciência das mulheres em Bissau relativamente a temática de desastres e epidemias é mais elevada e são mais experientes.

O ficheiro MP4 (ca. 1:30h, 80 MB) com uma gravação completa do evento é disponível com a consultora.

Anexo 3:

A Voz das Mulheres e Comunidades – Interpretação das Consultas

Os homens têm controlo sobre os recursos e poder de decisão

A grande maioria dos inquiridos (ca. 90%), mulheres e homens, apontam que são os homens que tem mais acesso e o controlo dos recursos e serviços. Na família são os chefes da família, o marido e o pai, na comunidade são os representantes do poder local / tradicional (regulo, djarga (chefe de tabanca), comité de tabanca sem representação das mulheres) e, ao nível geral são os homens. Os homens são “quase educados para gerir todos os recursos” e querem dominância em tudo, mesmo controlar o salário da mulher (Focus Group, Bissau).

Quase todos realçam existir as diferenças entre homens e mulheres e que o poder de decisão está nas mãos dos homens. “A igualdade de género só se compre no papel”, “os homens são mais privilegiados”, dizem algumas mulheres de Bafatá e Gabu (Questionário). Mas há também opiniões que refletem uma mudança na consciência sobre as relações de género. “Hoje todos são iguais, antigamente não foi assim” (Questionário, lavrador em Gabu).

As mulheres participam pouco na esfera de tomada de decisão e são muitas vezes quase invisíveis, porque são as que têm menos acesso a educação, não têm as mesmas oportunidades que os homens e não são incluídas por serem consideradas inferiores, fracas e não competentes.

De ponto de vista das mulheres, fica bem claro que as mulheres não são valorizadas como deve ser; os homens não deixam as mulheres ficarem em frente; não consideram a opinião da mulher e olham para ela como “um ser inútil.” Os homens não dão liberdade as mulheres e pensam que as mulheres devem cuidar de casa e dos filhos e, por conseguinte, não tem tempo para outras atividades produtivas. Por outro lado, as mulheres sentem vergonha falar em publico por falta de escola e têm medo de serem discriminadas e humilhadas quando saem do ciclo da invisibilidade (Mulheres em Bissau, Bafatá e Gabu).

Desastres e vulnerabilidade das comunidades

Ventos fortes (tempestades), incêndios, inundações, secas e erosão são os riscos de eventos climáticos conhecidos. Ca. um terço dos inqueridos reporta da experiência pessoal, destacado ter vivenciado inundações, secas, incêndios e ventos fortes. Há uma consciência crescente que os desastres “naturais” são o resultado das nossas ações relativamente à natureza/ mudanças climáticas.

A maioria dos participantes sente-se vulnerável face a desastres nas suas habitações (fracasso de construção) e em termos de segurança alimentar. Quase todos que praticam agricultura/horticultura (grande maioria) acha que as suas terras agrícolas estão ameaçadas pela erosão, falta de chuva/ chuvas irregulares, o uso irracional da terra, pouco espaço para cultivar por causa de plantações de caju, falta de sementes (de ciclo curto) adaptadas as alterações climáticas.

Uma maioria dos inquiridos tem habilidades físicas que possam ajudar para se salvar em situações de desastres (nadar, subir arvores e andar com bicicleta), mas essas capacidades são menos comuns entre as mulheres. Uma vulnerabilidade mais alta é notável entre as mulheres nas regiões de leste.

Mulheres e homens são afetados de maneira diferente de desastres e epidemias

A grande maioria acha que as mulheres são mais vulneráveis face a desastres e epidemias:

- As mulheres morrem mais do que os homens durante os surtos de doenças, epidemias e desastres naturais, por serem mais frágeis, mais expostas a doenças, a eventos climáticos extremos e sofrem feridas (pouca diferenciação entre desastre e epidemia);
- Enquanto mães que cuidam dos seus filhos, as mulheres fazem tudo por tudo para proteger as crianças, mesmo colocando a própria vida em causa, ficam para atrás para salvar os filhos de desastres, fome e doenças (Focus group Bissau).
- As mulheres têm acesso restrito aos serviços básicos, não tem dinheiro suficiente para irem ao hospital, especificamente no mundo rural. Os homens que controlam o dinheiro, regra geral.
- As mulheres são mais expostas a doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis, trabalham muito e desgastam-se mais de que os homens. Um grupo muito vulnerável são as mulheres que trabalham como trabalhadoras de sexo.
- Os pontos de vista diferem sobre o acesso das mulheres grávidas às consultas médicas consignadas no protocolo. Em Bissau durante a pandemia parece que havia mais restrições de que nos hospitais regionais em Bafatá e Gabu, onde os serviços da maternidade funcionavam quase normalmente.¹⁷⁶
- Dependência mais direta do que dos homens de recursos naturais para efeitos dos trabalhos domésticos e da cozinha (água, lenha) e a proximidade das mulheres agricultoras a localidades propensas a inundações etc.
- A vulnerabilidade é relacionada com menos poder económico das mulheres, particularmente quando vivem sem homens (falta de “proteção”, famílias chefiadas por mulheres). O desemprego causado pela paralisação de serviços por confinamento no início do Covid-19, afetou em primeiro lugar as mulheres e o mercado informal, (horticultura, transformação e venda dos alimentos). Não havia nada de comer em casa e as mulheres eram as primeiras a sofrer de fome.
- As mulheres como primeiras responsáveis para sustentar a casa são sempre as primeiras a sofrer e ficar enfraquecidas devido a insegurança alimentar e longas horas de trabalho

Para a maioria dos entrevistados as mulheres são mais afetadas e numa forma diferenciada de desastres por causa de falta de força física em comparação com os homens e certa dificuldade de tomar decisão sobre o abandono da casa em situações de perigo iminente (inundações).

Mas elas tomam decisões na ausência dos homens e procuram refúgios para proteger as crianças que não se podem salvar a eles mesmos. As mulheres quando devem abandonar a casa numa situação de desastres não deixam ninguém para trás; tentam evacuar os filhos todos, nem se for em várias etapas.

Aumento da violência baseada no género durante a pandemia do Covid-19

Uma maioria solida dos inquiridos e as participantes dos focus groups destacou ter aumentado a violência baseada no género. Também foi confirmado por pessoal medico esta observação com evidencias clínicas. O argumento mais importante que as pessoas permanecerem em casas muito

¹⁷⁶ Respostas do questionário: Conseguirem ir a hospital (16), enquanto 13 dizem que as mulheres grávidas tiveram restrições no acesso.

tempo e, por outro lado, o governo não se preocupe com a situação da violência baseada no gênero, ou seja, não criam abrigos, casas sociais etc. para as vítimas.

Nota-se mais consciência na população sobre a VBG graças as intervenções das ONGs, e campanhas de sensibilização nas rádios e TV e campanhas como “A Mulher não é tambor - STOP VBG” que supostamente resultam em diminuição dos casos da VBG (na percepção d).

Pouco conhecimento das mulheres e homens sobre o Alerta Precoce

Somente a metade dos inquiridos confirma entender o significado do alerta precoce e explicam que são os avisos da Meteorologia, difusão dos programas com detalhes sobre ventos e chuvas e medidas de prevenção. Alguns sabem que o alerta precoce no domínio de agricultura permite previsões do que deve ser plantado. Mas quase ninguém pode definir um alerta precoce (Early Warning) no sentido estrito; o termo alerta é misturado com as previsões normais do tempo e alguns avisos sazonais da Meteorologia.

Parece que em geral não há conhecimento suficiente sobre conceitos básicos do ciclo de gestão de desastres, tanto no lado dos homens quanto no lado das mulheres. Por isso também a maioria não sabe se existe um sistema de alerta precoce na Guiné-Bissau. Uma participante em Gabú refletiu sobre o impacto do alerta precoce, dizendo: “o alerta precoce seria benéfico para todos e ajudará muito na redução das doenças e pobreza (Questionário).

A Guiné-Bissau tem planos de contingência para gerir as epidemias e desastres?

Há opiniões diferentes se ou não a Guiné-Bissau tem planos de *contingência para gerir as epidemias e desastres*.¹⁰ inquiridos afirmaram que planos de contingência no país não existem, enquanto outros 10 dizem que existem, alguns mencionam os programas de proteção social. Outros destacaram o sistema de quarentena adotado durante COVOD 19 como um plano de contingência. Sobre a consideração específica das mulheres nos planos de contingência as opiniões também ficam divididas.

Este conjunto de respostas espelha a incerteza na população sobre a existência e implementação dos planos de contingência que é um dos elementos principais no quadro de prevenção e resposta a desastres e epidemias. Ao nível dos hospitais regionais (Bafatá e Gabu) foi explicado que neste momento não existem planos de contingência porque faltam ferramentas para a sua execução.

A Preparação e a capacidade de resposta a desastres e epidemias na Guiné-Bissau são pouco desenvolvidas

Uma grande maioria (80%+), incluindo o pessoal médico, sentem lacunas significativas na preparação / prevenção e resposta a desastres e epidemias. Nem os hospitais, nem as instituições e nem as comunidades estão preparadas para fazer face a estas ameaças.

Para além da inexistência de planos de contingência não há capacidade de os implementar ao nível das comunidades em caso de epidemias. Nos hospitais faltam equipamentos e diagnóstico. O país carece de condições operacionais para gestão de risco de desastres. As capacidades operacionais da Proteção Civil, do serviço dos bombeiros etc., e da Cruz Vermelha são muito limitadas e todos eles funcionam somente numa forma modesta em Bissau.

Os hospitais regionais em Bafatá e Gabu¹⁷⁷ no Leste do país, na vizinhança com a República da Guiné-Conakri, são mal preparados para tratamento de pacientes de desastres e epidemias. Os serviços de

¹⁷⁷ Foram feitas entrevistas a direção e pessoal médico dos hospitais regionais de Bafatá e Gabu, sendo esta a região para além de Bissau com maior capacidade hospitalar (2 hospitais regionais), uma população grande e uma alta exposição a epidemias na zona geográfica perto da linha de fronteira com a República

emergência funcionam com grandes dificuldades. Tem água, eletricidade e laboratório nos dois hospitais, mas falta o equipamento protetor individual para o pessoal da saúde (nem sempre parece estar disponível).

Esses dois hospitais não estavam preparados para a pandemia do Covid-19, nem tiveram uma resposta operacional suficiente. Até hoje as carências continuam e o grau da preparação para dar resposta a qualquer epidemia ou desastre não melhorou por causa de falta de recursos humanos e materiais. Não há planos de contingência atualmente em implementação ao nível dos dois hospitais regionais. Antes existiam planos em Bafatá, mas a implementação deparou-se com falta de equipamentos.

Os serviços de maternidade e saúde infantil continuaram mais ou menos normais durante a epidemia do Covid-19 conforme todos os médicos inquiridos (ao contrário das evidências de literatura). Apesar da difícil situação dos hospitais, foi implementado um tratamento priorizado das mulheres. Foi registado um aumento da violência contra as mulheres com mais casos a entrarem nos dois hospitais durante o Covid-19.

Em relação ao último surto de Ébola em 2021 na República da Guiné-Conacri, os hospitais regionais de Bafatá e Gabu confirmam que não tinha havido casos nas suas unidades. Mas os médicos não têm na posse evidências claras de não existência do Ébola no país, uma vez que a vigilância nas zonas fronteiriças e o controle nos pontos de entrada não funcionam de forma adequada. Deveriam ser feitas vigilâncias diárias com equipas de prontidão disponíveis nas zonas fronteiriças. Ao nível central, o Instituto Nacional da Saúde Pública tem problemas de serviços de qualidade para controlo das doenças infecciosas.

Devido a falta de diagnóstico nos hospitais regionais, os pacientes de desastres com fraturas e queimaduras podem ser tratados somente em Bissau para onde devem ser evacuados.. Relativamente a diferença de género nos quadros clínicos, foram notadas mais fraturas em rapazes do que em raparigas.

As comunidades não estavam preparadas no tempo da Ébola e da Corona por inexistência de mecanismos sistemáticos de preparação e resposta. Também não se imaginava que desastres e epidemias dessa grande dimensão poderiam acontecer na Guiné-Bissau. Os homens e as mulheres nas comunidades gerem estes fenómenos com muita dificuldade. Outros membros da comunidade dizem de não se conseguir fazer nada.

As mulheres nos focus groups acham que a sensibilização na situação de qualquer surto de doenças e eventos de catástrofes ativa um mecanismo solidário (uns aos outros, ou seja, as redes das mulheres são ativadas). “Busca solução hora de frente” (Procurar a solução quando o problema acontece), é a abordagem mais comum na sociedade guineense, defendem as mulheres no Focus Group de Bissau. Apontam para a flexibilidade, solidariedade e informalidade das comunidades e a sua capacidade de adaptação. Estas características permitem criar resiliência nas comunidades em situações extraordinárias, a base de boas campanhas de sensibilização e informação da população.

Importância grande de informação e sensibilização da população, e especialmente das mulheres

A maior parte dos participantes no questionário (23) destacou que as mulheres (mãe, tia, irmã, prima) protegem, salvaguardam as crianças e cuidam de doentes e idosos da família. Por isso, precisam de

da Guiné-Conacri. A via de entrada dos migrantes e visitantes da vizinha Guiné-Conacri tipicamente é aquela de Leste, do ponto de fronteira em Buruntuma, passando para Gabu onde muitos dos migrantes da Conacri residem e a partir dela as maiores movimentações acontecem com a estrada nacional Gabu - Bafatá – Bissau.

campanhas de sensibilização específicas adaptadas ao contexto da Guiné-Bissau e as normas socioculturais (lugar da mulher em casa) para empoderar as mulheres nas suas responsabilidades difíceis para o bem-estar da família e tomada da decisão ao nível da casa, por exemplo sobre o abandono da casa e a evacuação das crianças em caso de desastres (Focus Group Bissau).

Depois que o país passou por várias vezes por surtos de Cólera (último em 2008) e foram feitas campanhas intensas de sensibilização, pelas ONG, os parceiros internacionais (UNICEF, UNRWA etc.) e as autoridades nacionais, sobre higiene pessoal, lavagem das mãos e desinfecção, cuidado nas cerimónias fúnebres, um processo de aprendizagem e prevenção baseado no conhecimento teria sido iniciado no país. Este processo de comunicação/sensibilização foi ativado e consolidado em 2014/15 com ameaça de propagação da Ébola na Guiné-Bissau à partir da vizinha Guiné-Conacri e é visto como essencial na prevenção de epidemias e desastres. “A informação é o elemento-chave para lidar com a comunidade” (Focus Group Bissau).

A implementação e obediência às regras de higiene por parte da população também foi realçado pelo coordenador do programa de Epidemiologia de Campo na INASA como fator essencial para suprimir a propagação do vírus da Ébola na Guiné-Bissau (entrevista, 14.12.2023). Em caso de desastres, algumas comunidades tomam medidas de prevenção, por exemplo, a proteção das habitações com a criação de um tampão de sacos de areia ou troncos de arvores a volta das casas, e a procura de sítios seguros em caso de inundações (Questionário).

Contudo, o grau da consciência das comunidades guineenses e dos participantes nas auscultações sobre os riscos relacionados com desastres e epidemias é avaliado como relativamente baixo. Também os conhecimentos sobre o ciclo de gestão de desastres, sobre a existência de mecanismos de prevenção, preparação e resposta a epidemias ainda precisam de aprofundamento e mais sensibilização e formação nesta matéria. Nota-se um nível mais alto de reflexão no focus group de Bissau, devido a sua composição e escolaridade elevada das mulheres participantes.

Mulheres tem acesso limitado a contas bancárias, tecnologia digital / pagamentos via Mobile Money e menos oportunidades de transformação de riscos

A maior parte dos inquiridos assume que menos mulheres do que homens nas cidades de Bissau, Bafatá e Gabu têm a conta bancária. Nas áreas rurais, as mulheres categoricamente não têm uma conta bancária porque não existem bancos. Nas tabancas, praticam exclusivamente a poupança tradicional semanal ou mensal, a “abota”.

Relativamente a tecnologia digital, os homens têm mais acesso e utilizam mais o *Smart Phone* para transferências de dinheiro e Internet do que as mulheres. Foi realçado por muitos inquiridos o fator da escolarização como um indicador chave. Especialmente no meio rural somente os homens têm habilitações suficientes em termos de literacia necessária. As respostas correspondem ao gap digital de género evidenciado no Inquérito MICS 6 (2020) e no GHS Index (2021).¹⁷⁸

Uma grande maioria é da opinião que as mulheres têm menos oportunidade de acesso a sistemas de prevenção ou transformação de riscos / seguros devido a sua situação inicial.

¹⁷⁸ Gender Gap digital: MICS 6 (2020). Utilização do Internet: Homens: 33.7%, Mulheres: 12.5% (ultimos 3 meses); uso de Celular: Homens: 92.3%, Mulheres: 89.4%

Anexo 4: Executive Summary (English)

ARC – African Risk Capacity – supports capacity building to implement disaster risk management and financing practices and improve capacities for surveillance, prevention and response to disease outbreaks and epidemics and other health emergencies in ECOWAS Member States. African Risk Capacity systematically adopts a gender perspective in its operations and policies.

This study conducts in-depth research on gender mainstreaming in the public health sector from the perspective of outbreaks and epidemics (O&E), and on Disaster Risk Management and Financing (DRM&F) in Guinea-Bissau. The analysis of gender vulnerabilities and inequalities aims to 1) better understand where women, men, boys and girls stand in Outbreaks and Epidemics and Disaster Risk Management; 2) identify gaps and challenges and propose recommendations on policies, strategies and activities to integrate gender into O&E responses and to ensure a gender-responsive and transformative disaster risk management sector; 3) highlight the obstacles to women's empowerment and participation and their contributions in these sectors.

The adversities and vulnerabilities that women face because of climate change exacerbate pre-existing inequalities and vulnerabilities. Women, men, boys and girls from different age and socio-economic backgrounds have different vulnerabilities. This shapes the way they are affected by disasters and their ability to recover from them. Regarding disease outbreaks and epidemics (Ebola, Covid-19, Cholera) there are also significant differences in the overall impacts and vulnerabilities that affect women the most, such as disruption of the maternal and child health system, increased Gender-Based Violence (GBV), and severe economic impacts on the informal food market dominated by women.

This gender analysis uses the "Gender Audit"¹⁷⁹ and in addition to conversations with key stakeholders (ministries, institutions), local communities in Bissau and rural areas were consulted to obtain a more comprehensive picture of epidemic occurrences and natural disasters, as well as the level of knowledge of women and men about climate risks and their management. on outbreak and epidemic responses, early warning systems, and actions for community resilience and insurance options.

Persistence of gender inequalities in Guinea-Bissau

Decades of instability have weakened institutional governance frameworks and undermined the quality and effectiveness of public service delivery, health, education and social protection, among others. The "*National Policy for Gender Equality and Equity*" (PNIEG, 2012/17), *is the most important roadmap for gender equality and equity in Guinea-Bissau but has not been implemented so far* (lack of funding). Gender inequality persists, as women have an insufficient level of education and generally a lower socio-economic status, with inadequate access to basic social services and reduced opportunities for political and economic participation compared to men.

Women are subject to discriminatory gender-based restrictions on access to scarce resources (such as credit and land) and education; they have the double burden of domestic work to care for and feed their families, coupled with work in the market to contribute to family income. The social protection system is very weak, and girls and women in Guinea-Bissau face the specific risk of high maternal mortality and gender-based abuses such as domestic violence, female genital mutilation (FGM) and early/forced marriage.

¹⁷⁹ Participatory self-assessment methodology; see https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/tools-methods/gender-audit?language_content_entity=en

Other key structural barriers to gender equality are: lack of institutional capacity to integrate gender perspectives; discriminatory laws, policies and plans, many of them gender-neutral or gender-blind; a blatant under-representation of women in decision-making positions, from the family to senior public administration and political representation in political parties, in governance and in parliament.

In the interviews with communities in Bissau and outside the capital, almost all participants stressed that there are differences between men and women and that decision-making power is always in the hands of men. Women participate little in the decision-making sphere and are often almost invisible, do not have the same opportunities as men and are not included because they are considered inferior, weak and incompetent.

The Ministry of Women, Family and Social Cohesion (MMFCS) is the only state institution among the stakeholders analyzed, clearly led by women and with a majority of more than 80% of women in leadership positions, including the Minister and the President of the Institute for Women and Children. In the other institutions, particularly in the technical areas (environment, agriculture, health) there is a low female participation, well under 36% (minimum rate of women in parliament according to the Parity Law). The ministries (agriculture, environment, health), the National Civil Protection Service and the National Institute of Meteorology do not have gender focal points and/or gender studies specialists. There are no skills for the integration of gender equality principles into the project cycle. Human resources are not sufficiently sensitized to the analysis and integration of gender issues.

There is a lack of women in leadership positions in the regions and also in working in remote areas, for example among community health workers and staff at meteorological stations in the regions, where a strong presence of women would be essential for conveying awareness messages in the event of natural disasters and threats of outbreaks and epidemics.

Gender and disaster risk management

The degree of awareness of Guinean communities about risks related to disasters and epidemics is relatively low. Likewise, more specific knowledge about the disaster management cycle (its elements) and prevention of epidemics, preparedness and response mechanisms to epidemics still need to be strengthened with training and community outreach work to increase the resilience of the population.

There is no emergency fund and specific social protection program for disasters and epidemics, nor specific activities dedicated to women's vulnerabilities. At the time of this study, support in these situations is of an *ad hoc* nature and very limited, because there is a lack of financial means and human resources that depend almost exclusively on the assistance of external donors or NGOs. There is no strong national social protection mechanism in place which could support very poor households threatened with hunger and disease.

The interventions and activities of various projects funded by the international community in the areas of resilient agriculture, climate change adaptations, food security, etc. (UNDP/GEF, AFDB, FAO, WFP) are directly or indirectly related to strengthening the position of women in the face of climate change and potential emerging disasters.

Effective planning and implementation of Disaster Risk Management is in an embryonic state, because institutional capacities in the civil protection sector, climate change adaptation and social protection are very weak. Large-scale awareness of climate risks is lacking, while options for managing climate risks are limited and financial resources are scarce.

Policy and institutional frameworks enabling informed decisions on disaster risks are currently lacking, partly due to limitations in the necessary infrastructure and human and technical capacities, in the National Civil Protection Service and other responsible/related services.

In all aspects of disaster risk management in Guinea-Bissau there is no space for the propagation of women's voices. Gender mainstreaming in a cross-cutting way, the inclusion of women, and the equitable provision of treatment and benefits for all in the early warning and disaster management system are absent.

- ***The 2013 National Disaster Risk Management Strategy*** is gender-neutral, and in need of updating (based on the new ECOWAS strategy).

- ***Gender dimensions in disaster management are not perceived.***

- ***The National Civil Protection Service does not have the capacity to carry out vulnerability assessments and delineate*** differentiated impacts for women, men, girls and boys.

- There are no ***sex-disaggregated data*** and ***gender-relevant data for*** vulnerability assessment and other important aspects of gender and for inclusive decision-making, integrating gender perspectives.

Guinea-Bissau does not have a systematized coordination mechanism that would give the multiple actors a convenient space for planning and executing harmonized interventions.

Disaster risk reduction in Guinea-Bissau is a contingent of financing mechanisms from different international donors and international-national coordination. Thus, the national part has little influence on the design and implementation of projects.

Early warning and disaster management in Guinea-Bissau can only be developed by strengthening climate information and improving human and technical capacities. Gender mainstreaming in their policies and programming is still a major challenge. A holistic and transformative approach to gender equality issues in disaster prevention and response actions should be adopted, covering activities at all levels of intervention: strengthening the institutional and political level and support at individual, community and national levels.

Gender and prevention/response to disease outbreaks and epidemics

Guinea-Bissau's public health system is characterized by huge gender inequalities and a general lack of qualified treatment appropriate to the needs of girls and women, with drastic consequences, in particular, on the maternal and infant mortality rate.

In the consultations carried out, almost all participants, including medical staff and INASA staff, confirm significant gaps in the prevention and response to disease outbreaks and epidemics. Neither hospitals, nor institutions and communities are prepared to deal with these threats. In addition to the lack of contingency plans, there doesn't exist sufficient technical capacity to implement them at the community level. Hospitals lack diagnostic equipment.

Women are much more exposed to weaknesses of the health system than men, especially pregnant women, due to the disproportionate burden of disease borne by women of childbearing age, combined with their specific needs for access to quality sexual and reproductive health care.

According to the Global Health Security Index (GHSI), Guinea-Bissau's ability to prepare for an epidemic is very low overall; the country also scores low, at rank 170 out of 195 countries in its zoonotic disease prevention capacity.

Guinea-Bissau does not have a national strategy to reduce the risk of outbreaks and epidemics and their catastrophic impacts and/or a comprehensive national public health emergency response plan for diseases with epidemic or pandemic potential.

The Covid-19 pandemic has shown the fragility of Guinea-Bissau's political, health and economic system, and above all, the lack of a comprehensive national response capacity to that health emergency. The national health system was and continued throughout the pandemic to be overwhelmed, while the COVID-19 pandemic has disrupted very limited health services in Guinea-Bissau, especially maternal and child health.

The information gathered from NGOs and our consultations in the framework of this study confirmed a significant increase in domestic violence and gender-based violence during COVID-19 in Guinea-Bissau.

To meet its obligations under the International Health Regulations, Guinea-Bissau should follow and implement the guidelines of the WHO ***Integrated Disease Surveillance and Response (IDR) Strategy*** to detect priority diseases, conditions and events and communicate information about them at all levels of the country's health system. But, in fact, the current health system does not have the necessary skills to do so. Gaps were identified, among others, in the capacity and quality of laboratory systems, in the laboratory supply chain, in real-time surveillance, in reporting on epidemics of potential for international concern, and in communication with communities.

Health Emergency Operations Center (COES) and Contingency Plans

The Emergency Health Operations Coordination Mechanism (COES) is a fundamental anchor on which to build the response to emergencies. Several ministries and partners are represented in the COES so that they can intervene in the response to public health emergencies.

COES has been able to develop national contingency plans for Ebola and Covid-19. These plans include an analysis of the situation with an assessment of Guinea-Bissau's level of preparedness to deal with epidemics.

The main constraints and challenges for gender mainstreaming in the prevention and response to disease outbreaks and epidemics are the lack of integration of gender equality components in epidemic response plans; the lack of sex-disaggregated data on outbreaks and epidemics; few women in decision-making and planning positions, and a lack of female personal among field epidemiology technicians and community agents.

Funding during health crises, to improve the coping capacity for epidemic threats, depends almost entirely on donor support because of the very limited budget for health emergencies in the General State Budget. Improving the health system's responsiveness to disease outbreaks and epidemics requires multi-year financial plans and a long-term commitment which need to be reflected in the State Budget.

The assessment of epidemic response capacities has shown that there are critical problems in the surveillance of outbreaks and epidemics in the country as well as in the capacities to implement appropriate strategies. Priority areas in need of urgent intervention: contingency planning and financing of early response; investment in human capital, labor, systems, and infrastructure; a strong political will that enables effective institutional collaborations and a common agenda aligned at all levels.

Three areas of intervention to increase women's resilience in times of health emergencies

Efforts to keep maternal and child health services functioning at reasonably level

Social protection measures for women's economic empowerment

Community- and civil society-led responses to the pandemic, including support for women victims of gender-based violence

Key Recommendations – Disaster Risk Management

Cross-gender mainstreaming in social protection programmes.

Multi-level capacity-building programmes to remove entry barriers for women in senior representation and decision-making positions.

Gender balance in the staff of the institutions implementing the Early Warning and Disaster Risk Management System.

Introduction of gender experts in all relevant civil service institutions, official appointment of gender focal points.

Integration of the principles of gender equality and the inclusion of vulnerable groups into the revised and updated National Disaster Risk Management Strategy (ECOWAS).

Strengthening the technical and statistical capacity of Civil Protection, National Institute of Statistics, etc. for vulnerability and capacity assessment, including detailed mapping of disaster risks, sex-disaggregated database.

Elaboration of disaster recovery plans, by various actors (such as: Civil Protection, City Council, Public Works, Ministry of Agriculture) with international partners, considering women's needs and capacities (GBV protection, etc.).

Develop lines of direct disaster recovery support programs (food, cash payments, reconstruction/zinc support, tents, furniture, clothing, seeds) together with international partners, ensuring equitable allocation of resources to women.

Ensure that climate information and early warning activities are gender-sensitive/transformative at all stages of the cycle, involving women and men in the design, administration, and implementation of the early warning system.

Operationalize the National Platform for Disaster Risk Management – activation of national, regional and local forums with the priority of integration of women and marginalized groups and activate inter-institutional cooperation mechanisms.

Strengthen the capacities of communities in the installation of early warning and disaster management systems with special attention to women's involvement in the knowledge, monitoring and communication of risk warnings and early warning response capacity.

Disaster risk financing that promotes women's inclusion and gender equality, provide financial education for women and micro/small businesses for mobile phone financial applications.

Key recommendations - prevention and response to disease outbreaks and epidemics

Develop and implement the National Strategic Plan for Public Health Emergencies, which will be a multi-risk plan, integrating a gender-responsive framework. (The plan is based on the strategic risk assessment of public health emergencies in order to facilitate interventions when they arise, in a multisectoral manner and integrating gender issues and concerns).

Institutionally and financially strengthen the Health Emergency Operations Center (COES) as a central mechanism for responding to public health emergencies and the laboratory capacities for detection and notification of epidemics.

Strengthen the *Training Program in Field Epidemiology - Frontline* (FETP-Frontline) provided by INASA with mechanisms that can ensure the long-term financial, operational and technical sustainability of the program.

Creation of *gender and sex-disaggregated databases* for more informed and inclusive decision-making.

Gender mainstreaming in risk analysis, contingency plans (for different diseases/epidemics), surveillance system and communication, particularly field surveillance.

Integration of gender parity clauses in the hiring and training of public health/epidemiology staff and incentives for female work, ensuring childcare and part-time work models (barriers against hiring women with an adequate scientific profile).

Strengthen the role of women in the prevention and response to disease outbreaks and epidemics with the application of a 50/50 gender equality rate in the composition of the COES and in the rapid response teams, encourage female applications for the Field Epidemiology Training - Frontline (FETP-Frontline).

Gender communication strategy to improve the understanding of actors (top down approach), especially women, on how to act in the event of outbreaks and epidemics. The strategy should convey messages concerning the specific needs of women, men, boys and girls in relation to outbreaks and epidemics.

Establish and maintain robust epidemiological surveillance and response mechanisms: *field/community-centered epidemiology, with a focus on gender (women, men, girls and boys) and intersection with other social parameters* (poor, elderly, people with disabilities or chronic diseases).

Integration of measures against GBV in the response to public health emergencies: include in the contingency plans of each epidemic, an analysis of gender, socio-cultural and economic impacts; improve the database on violence against women in the context of epidemics; implement GBV risk prevention, response and mitigation approaches at the heart of contingency plans.

Ensure mechanism for activation and mobilization of funds for immediate use during emergencies, creation of emergency funds with partners and various national institutions; Include a specific budget to ensure gender equality in emergency actions or a percentage of fixed fund beforehand directed to inclusive projects (youth, women).

Anexo 5: Plano de Ação de Género (versão completa): desastres, surtos e epidemias ¹⁸⁰

Resultados	Atividades	Indicadores	Periodização					Orçamento	Atores ¹⁸¹
			2024/	2025/	2026/	2027/	2028/		
Objetivo estratégica I: Criação das leis básicas, políticas, planos de contingência/emergência nacionais e locais e serviços necessários para soluções transformadoras de género em gestão de risco de desastres e epidemias.									
1.1 Estratégia de gestão de risco de desastres revista e atualizada, incluindo o Plano de Ação de Género da CEDEAO sobre desastres	1.1.1. Elaborar e difundir a estratégia nacional de gestão de riscos de desastres adaptando a Estratégia da CEDEAO, incluindo o seu Plano de Ação de Género, 2020-20230	Estratégia aprovada no Concelho de Ministros e distribuída as partes interessadas		X	X				MI (Prot. Civil), e MMFCS
1.2. Planos sobre gestão de desastres elaborados e atualizados, com integração de género	1.2.1 Apoiar a Proteção Civil, Camara Municipal, Obras Publicas, Ministério de Agricultura e outras instituições na elaboração / atualização de planos de recuperação de desastres	Número de planos de recuperação de desastres elaborados		X	X	X	X		MI (Prot. Civil), e MADR

¹⁸⁰ Uma priorização detalhada dos resultados poderá ser efetuada pelo grupo técnico de trabalho e o subgrupo de género, uma vez criados e formalizados no programa da ARC para Guiné-Bissau.

¹⁸¹ **Descrição das siglas de atores/instituições que figuram neste plano de ação:**
ANP- Assembleia Nacional Popular; **ARC**- African Risk Capacity ; **BCEAO**- Banco Central dos Estados da África; Ocidental; **CEDEAO** - Comunidade Económico dos Estados da África Ocidental; **IMC**- Instituto da Mulher e Criança; **INASA**- Instituto Nacional de Saúde; **INE**- Instituto Nacional de Estatística; **INEP**- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, **INM**- Instituto Nacional da Meteorologia; **MADR**- Ministério de Agricultura e Desenvolvimento Regional, **MEN**-Ministério da Educação Nacional; **MI**-Ministério do Interior; **MMFCS**- Ministério da Mulher, Família e Coesão Social; **MSP**- Ministério da Saúde Pública; **OMS**- Organização Mundial de Saúde; **ONGs**- Organizações Não Governamentais; **PTI**- Parceiros Técnicos Internacionais; **SEPIR**- Secretaria de Estado de Plano e Integração Regional; **UNICEF**- Fundo das Nações Unidas para Infância; **VBG**- Violência Baseada no Género.

1.3. Estratégias e planos de respostas a surtos e epidemias integram a perspectiva de género	1.3.1. Desenvolver o Plano Estratégico Nacional de Emergências de Saúde Pública com integração de género e os princípios da igualdade de género	Plano Estratégico Nacional de Emergências de Saúde Pública elaborado e aprovado	X	X	X	X	X		MSP, IMC, INASA. Prot. Civil, Cruz Vermelha
	1.3.2. Elaborar e difundir a estratégia de comunicação de género no sentido de melhorar a compreensão de atores, sobretudo das mulheres sobre como agir em caso de surtos de epidemias	Número de campanhas de distribuição da estratégia de comunicação, nível nacional e comunidades		X	X	X	X		MSP e MMFCS, Cruz Vermelha, ONGs
	1.3.3. Integrar perspectiva de género na Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta	Número de ações na Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta com perspectiva de género integrada	X	X					MSP, INASA
	1.3.4. Integração de género nos planos de contingência de epidemias existentes (Ébola, Corona, Zika, Dengue)	Número de ações nos planos de contingência de epidemias existentes (Ébola, Corona, Zika, Dengue) sensíveis ao género		X	X				MSP
	1.3.5. Introduzir a perspectiva de género na “Estratégia Nacional de Comunicação e Promoção da Saúde e Prevenção e Combate as Epidemias”	Ações sensíveis ao género formuladas e integrados a especificidade do setor		X	X				MSP
	1.3.6. Revisão do Estatuto do INASA com integração de política corporativa transformadora ao género	Estatuto do INASA revisto e disponível	X						MSP, INASA

1.4. Leis, estratégias e políticas de Proteção Social consagram a perspectiva de género	1.4.1. Atualizar Leis e políticas para integrar a perspectiva de género na área da Proteção Social	Número de leis e políticas atualizadas e com a perspectiva de género integrada		X	X	X			MMFCS
	1.4.2. Promover a elaboração e a implementação das políticas corporativas contra a violência baseada no género nos locais de trabalho.	Número de instituições que dispõe e/ou implementam políticas corporativas contra violência baseado no género		X	X	X	X		MMFCS e todas as instituições relevantes
1.5. Lei Orgânica de Assistência Social Elaborada e aprovada	1.5.1. Instituir representações de assistência social nas regiões	Número de representações de assistência social instituídas nas regiões	X	X					ANP e MMFCS
	1.5.2. Criar centros sociais multiuso nas regiões, priorizar a receção de vítimas da VBG	Número de centros sociais multiuso criados nas regiões, ações para atendimento de vítimas da VBG			X	X			ANP e MMFCS
Objetivo estratégico II: desenvolver capacidades e ferramentas institucionais e individuais para a integração da perspectiva de género na gestão de risco de desastres e nos surtos/epidemias									
2.1. Integração de género nas instituições e desenvolver capacidades técnicas	2.1.1. Recrutar / formar um especialista de género e nomear um ponto focal de género em todas os Ministérios e instituições relevantes	Número de instituições públicas que dispõe de um especialista de género e um ponto focal de género		X	X	X	X		MMFCS e todas as instituições relevantes
	2.1.2. Oferecer programas de reforço de capacidades principalmente para as mulheres	Número de pessoas formadas no domínio do género,		X	X	X	X		MMFCS, IMC

	no domínio de género (nas instituições relevantes)	desagregado por sexo, mínimo 50% mulheres							
	2.1.3. Aumentar a participação feminina nas posições de liderança nos ministérios e instituições do setor	Formação em liderança e número de mulheres que ocupam posições de liderança, mínimo 1/3		X	X	X	X		MEN, MMFCS MSP, MI, IM, PTI
	2.1.4. Promover a paridade entre os sexos nas bolsas de estudo superior nas disciplinas STEM com condições preferenciais para candidatas	Percentagem de mulheres e homens 50/50 que beneficiam de bolsas STEM	X	X	X	X	X		MMFCS MEN, INM e PTI
	2.1.5. Fortalecer as competências nacionais na elaboração e implementação de projetos de gestão de desastres e dos surtos/epidemias sensíveis ao género	Pelo menos 1 gestor/a de projetos (50/50), por instituição com competências reforçadas, incluindo género no ciclo de projetos	X	X	X	X			MMFCS, MEN, PTI, Institutos de Formação privados
	2.1.6. Integração dos indicadores de género nos planos e projetos de gestão de desastres e planos de contingência de epidemias	Número de planos que dispõe de indicadores de género		X	X	X	X		SEPIR, INE
	2.1.7. Incentivar o envolvimento das mulheres em escala no trabalho de campo (Epidemiologia de campo, Agentes de saúde comunitária)	Número de contratos novos com mulheres envolvidas no trabalho de campo	X	X	X	X	X		MMFCS e MSP

2.2. Governação do risco de desastre reforçada e integrada a perspectiva género	2.2.1. Reforçar a governação do risco de desastres para que as mulheres possam participar plenamente nos arranjos institucionais e na formulação de políticas relativas a alerta precoce e gestão de desastres	Percentagem de mulheres integram instituições de gestão de desastres		X	X	X	X		MMFCS e MI
	2.2.2. Desenvolver um sistema funcional de monitorização do clima e de serviços de informação, implementação do projeto “Early Warning Systems” (GEF/PNUD),	Sistema de monitorização do clima e de serviços de informação funcional e disponível	X	X	X	X	X		INM, M. Ambiente, Prot. Civil
	2.2.3. Garantir que as informações sobre o clima e as atividades de alerta precoce sejam sensíveis /transformadoras do género	Informações sobre o clima e o alerta precoce disponíveis e com especificidade de mulheres, homens, raparigas e rapazes	X	X	X	X	X		INM, MMFCSr, IMC, Comunicação/ Rádios
2.3. Riscos climáticos mapeados por regiões /localidades prioritizadas, perfis de vulnerabilidade definidos e cartografia dos riscos de desastres elaborados, integrando parâmetros de género, idade, estado socioeconómico	2.3.1. Fortalecer a capacidade técnica e estatística da Proteção Civil, Instituto Nacional de Estatísticas para a avaliação de vulnerabilidade e elaboração de cartografia dos riscos de desastres	Número de pessoas formadas, desagregado por sexo		X					MMFCS, MI, INE
	2.3.2. Mapear riscos climáticos e elaborar perfis de vulnerabilidade integrando a perspectiva de género e outros indicadores sociais	Relatório de mapeamento de riscos climáticos com perfis de vulnerabilidade disponível, integrando a perspectiva de género		X	X				MI e SEPIR

		e outros indicadores sociais disponível							
2.4. Mecanismo e Programas de recuperação /mitigação estabelecidos que integram os princípios da igualdade de género /distribuição equitativa dos apoios	2.4.1. Desenvolver linhas de programas de apoio direto à recuperação, (sistematização de ajudas: apoio económico cash transfer, apoio em materiais de construção, sementes e formação (Climate Smart Agriculture),	Número de programas de apoio a recuperação elaborados com integração de género	X	X					MMFCS, MI, M. Agri.. M. Amb. Obras Publicas, PTI
2.5. Proteção Civil fortalecida e sensível ao género	2.5.1. Operacionalizar a Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres e dotá-lo de perspectiva inclusiva e de género	Número de ações desenvolvidas pela plataforma	X	X					MMFCS e MI, todos atores da Plataforma
Número de mulheres e pessoas vulneráveis que integram a plataforma									

	2.5.2. Fortalecer os Mecanismos de Coordenação entre a Plataforma Nacional de Gestão de Riscos de Desastres, o Serviço Nacional da Proteção Civil, a Meteorologia, a INASA com COES para criar um espaço de planificação e execução de intervenções harmonizadas, integrando questões de igualdade de oportunidades e benefícios de género	Número de ações realizadas em conjunto pelas instituições	X	X	X	X			MSP e MI
	2.5.3. Sistematizar a avaliação após o desastre e criar base de dados, desagregado por sexo, pobreza etc. para os planos de recuperação	Base de dados criada e disponível		X	X				MI, Prot. Civil, PTI
	2.5.4. Sensibilização e formação do pessoal da Proteção Civil, Saúde, Cruz Vermelho, ONGs, Proteção Social sobre a dimensão género na gestão de risco de desastres	Número de pessoas formadas desagregado por sexo, balanço de género		X	X	X	X		MMFCS, MI, MSP
	2.5.5. Difundir a estratégia inclusiva de comunicação da Proteção Civil para a promoção e difusão de campanhas de prevenção e educação, considerando as diferentes vias de comunicação e necessidades de todos os grupos populacionais	Número de exemplares da estratégia inclusiva de comunicação da Proteção Civil para a promoção e difusão de campanhas de prevenção e educação distribuídas às partes interessada		X	X	X	X		MI (Prot. civil)

	2.5.6. Criar e apoiar estruturas da Proteção Civil, bombeiros etc. nas regiões, para resgate das pessoas e bens nos desastres e estabelecimento de refúgios (shelters) e proteção aos deslocados contra VBG	Número de Estruturas da proteção civil criadas, recuperadas e equipadas nas regiões		X	X	X	X		MI, MSP, Cruz Vermelha, PTI
2.6. Cultura de risco estabelecida e especificidades de género integradas	2.6.1. Promover uma cultura de risco a partir de ações de sensibilização e capacitação dos homens, mulheres e jovens em pé de igualdade, considerando as vulnerabilidades e capacidades específicas de género.	Número de pessoas sensibilizadas e capacitadas desagregado por sexo, em todas as regiões		X	X	X	X		MI, Prot. Civil, Cruz Vermelha, UNICEF
	2.6.2. Divulgação de regras de prevenção de riscos, pela Proteção Civil, antes, durante e depois da iminência ou ocorrência de emergência, com perspetiva de género	Número de exemplares reproduzidos e entregues às partes interessadas, em todas as regiões							MI, Prot. Civil
	2.6.3. Reforçar a capacidade das comunidades na instalação de sistemas de alerta precoce e gestão de desastres com liderança e participação alta das mulheres	Número de comunidades que beneficiaram da formação Número de beneficiários das formações desagregado por sexo e por comunidade		X	X	X	X	X	INM, MI, ONGs

2.7. Prevenção e resposta a surtos e epidemias integram a perspectiva de género	2.7.1 Recolher informações desagregados por sexo para uma tomada de decisão mais informada e inclusiva.	Base de dados criada e disponível							MSP, INASA
	2.7.2. Elaborar e Implementar um programa de Sensibilização do sector da Saúde Pública sobre as desigualdades de género no sistema de saúde e as necessidades e serviços específicos de género nas emergências da Saúde Pública.	Programa de sensibilização elaborado e disponível		X	X	X	X		
2.8. Instituições e mecanismos de coordenação fortalecidos, inclusivos de género	2.8.1. Dotar aos Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES) recursos humanos e financeiros suficientes	Número de colaboradores no COES	X	X	X	X	X		MSP e MMFCS
		Percentagem de recursos atribuído ao funcionamento do COES							MSP e MMFCS
	2.8.2. Promover a igualdade de género na composição do COES e nas equipas da resposta rápida	Percentagem de colaboradores de sexo feminino 50/50 representados no COES							MSP e MMFCS
	2.8.3. Criar condições para que mais mulheres ocupem as funções de liderança nas respostas a surtos e epidemias	Condições criadas para que mais mulheres ocupem as posições de liderança nas respostas a surtos e epidemias							MSP e MMFCS

	2.8.4. Criar uma base de dados no COES sobre os profissionais com aptidões para participar nas intervenções de emergência, tanto a nível nacional como regional, integrar o género/liderança mulheres aqui	Base de dados criada e disponível		X						MSP e MMFCS
	2.8.5. aumentar o número de mulheres nas posições de liderança no COES	40% das mulheres ocupam posições de liderança no COES								
	2.8.6 Desenvolver um programa de formação contínuo aos membros do COES, incluindo as equipas de resposta rápida (ERR)	Programa de formação elaborado e disponível		X						MSP e MMFCS
	2.8.7. Efetuar exercícios de simulação multisectoriais anualmente, para testar os procedimentos operacionais, funções e responsabilidades dos intervenientes na resposta a emergências	Relatório dos exercícios de simulação elaborado e disponível		X	X	X	X			MSP e MMFCS
	2.8.8. Melhorar a coordenação interna entre o INASA e a DGPPS para evitar a sobreposição de atribuições	Elaborar e validar uma circular que defina claramente atribuições de cada instituição	X							MSP
	2.8.9. Partilhar claramente as responsabilidades entre o Alto Comissariado e o COES na gestão das epidemias	Elaborar e validar uma circular que defina claramente atribuições de cada instituição	X							MSP, Primatura
2.9. Vigilância implementada	2.9.1. Estabelecer e manter mecanismos robustos de vigilância	Mecanismos de vigilância	X	X						MSP, INASA

	epidemiológica e com foco no género e pessoas vulneráveis	epidemiológica que integra a perspetiva de género operacional							
	2.9.2. Desenvolver as formações sobre a vigilância, abordagens para a supervisão, seguimento e avaliação de atividades de vigilância no país com perspetiva de género	Número de beneficiários das formações desagregado por sexo		X	X	X	X		MSP, INASA
2.10. Detecção de doenças e capacidades de laboratório melhorados e envolve mulheres	2.10.1. Reforçar os recursos humanos de laboratório, contratação prioritária das mulheres	Percentagem de mulheres que compõem a equipa do laboratório		X	X	X	X		MSP, INASA
	2.10.2. Controlar a qualidade da rede de laboratórios ao nível nacional para garantir um diagnóstico eficaz	Laboratórios com mecanismo de controlo de qualidade disponível		X	X	X	X		MSP, INASA
	2.10.3. Rever a lista das doenças prioritárias	Lista de doenças atualizada e disponível	X						MSP, INASA
	2.10.4. Reativar o laboratório central veterinário, atualmente em reabilitação	O laboratório reativado		X	X				MSP, INASA
	2.10.5. Melhorar o sistema de expedição e transporte de amostras	Sistema de expedição de amostras operacional e eficaz, carros e segurança	X	X					MSP, INASA
	2.10.6. Reforçar a notificação das doenças	Disponíveis procedimentos de notificação das doenças de forma operacional	X	X					MSP, INASA
2.11. Programa de Formação em Epidemiologia de Campo é	2.11.1. Aumentar o número dos mentores e formadores adequados ao programa	O número de formadores significativos	X	X	X				MSP, INASA

fortalecido e envolvendo mulheres	2.11.2. Promover a participação das mulheres na formação em epidemiologia de campo e a liderança das mulheres	Número de pessoal adequados ao programa desagregado por formadores e mentores		X	X	X	X		MSP, INASA
		Percentagem de mulheres adequadas ao programa							
	2.11.3. Desenvolver mecanismos que garantem a sustentabilidade financeira, operacional e técnica do programa ao longo prazo	Número de parcerias rubricadas com parceiros técnicos e financeiros	X	X	X	X	X		MSP, PTI
2.12. Condições operacionais de resposta as epidemias melhoradas	2.12.1. Estabelecer uma base de recursos humanos e financeiros que possam ser utilizados imediatamente em situações de emergência, com maior inclusão feminina possível	Base de dados sobre recursos humanos criada		X					MSP, INASA
		Recursos financeiros específicos reservado às emergências	X	X	X	X	X		MSP, OMS, outros PTI
		Número de beneficiários da formação desagregado por sexo, mínimo 40% mulheres	X	X	X				MSP, INASA
	2.12.2. Melhorar o controlo do fluxo das pessoas e o controlo sanitário nos pontos de entrada, integrando aspetos de género (vigilância, kits de higiene, pessoal feminino)	O sistema de controlo sanitário eficaz, inclui pessoal medico feminino	X	X	X	X	X		MSP, MI, UNICEF, OMS, outros PTI
	2.12. 3. Formação continua dos Agentes de Saúde Comunitária sobre a deteção e resposta a	Programa de formação continua disponível		X	X	X	X		MSP, UNICEF

	eventos de surtos de doença e epidemias; incentivar participação feminina 50%	Número de ASC que beneficiaram da formação desagregado por sexo, 50% mulheres								MSP, UNICEF
	2.12.4. Incentivar a integração das mulheres com condições específicas nas equipas dos ASC.	Número de mulheres com condições específicas integradas nas equipas dos ASC		X	X	X	X			MSP
2.13. Comunicação sobre doenças /epidemias com as comunidades estabelecida	2.13.1. Integrar as necessidades e capacidades de compreensão e expressão de homens e mulheres, rapazes e raparigas nas linhas de comunicação;	Conteúdos das mensagens adaptados às necessidades dos destinatários	X	X	X	X	X			MSP, INASA, Radios
	2.13.2. Efetuar estudo sobre a perceção das populações sobre os comportamentos de risco e a desinformação	Relatório do estudo validado e disponível		X	X					MSP, INASA, INEP
	2.13.3. Levar a cabo programas de conscientização da comunidade, particularmente dos líderes tradicionais e religiosos e da sociedade civil sobre a importância e o direito à saúde das mulheres e sobre as suas necessidades específicas	Número das pessoas sensibilizadas desagregadas por sexo		X	X	X	X			MSP, MMFCS, ONGs
2.14. Mulheres protegidas contra a Violência baseada no género (VBG)	2.14.1. Incluir nos planos de contingência de cada epidemia uma análise do género e impactos socioculturais e económicos	Número de planos de contingência que consagram análise de género e impactos socioculturais e económicos		X	X					MSP, INASA, IMC, INEP. ONGs da area VBG

	2.14.2. Melhorar a recolha e o uso de dados sobre a violência contra as mulheres no contexto de epidemias	Base de dados disponível e manejável	X	X					MSP, INASA, INEP, ONGs
	2.14.3. Garantir que os serviços de cuidado às vítimas de violência baseada no género tornem parte integrante dos planos nacionais e locais de resposta as epidemias	Número de planos nacionais e locais sobre as epidemias que consagram os serviços de cuidados às vítimas da VBG		X	X	X			MSP, MMFCS, Cruz Vermelha, ONGs
	2.14.4. Prevenir / mitigar os riscos da VBG na resposta humanitária as epidemias em toda e qualquer programação que ofereça dinheiro ou vouchers, especialmente no que diz respeito à segurança alimentar e medidas de saneamento e higiene (WASH);	Programa de mitigação da VBG em epidemias estabelecido							MSP, MMFCS, IMC, Cruz Vermelha, ONGs na área VBG,
	2.14.5. Envolver homens, meninos e líderes tradicionais e religiosos nas iniciativas de prevenção, resposta e coordenação da VBG.	Número de pessoas envolvidos na prevenção da VBG desagregado por homens, meninos e líderes religiosos	X						MMFCS, IMC, ONGs na área VBG
2.15. Estratégias de resposta a surtos e epidemias para além do momento – ou seja de medio e longo prazo implementado	2.15.1. Manter os serviços da saúde materna e infantil a funcionar razoavelmente, incluindo apoios às mulheres vítimas de violência baseada no género, durante as epidemias e criar estruturas robustas da saúde materna	Serviços da saúde materna e infantil e de apoio a violência baseada no género funcional	X	X	X	X	X		MSP, OMS, PTI

	2.15.2. Implementar programas de empoderamento económico como uma estratégia crucial para garantir os meios de subsistência das mulheres e raparigas em contextos de emergência da Saúde Pública	Número de mulheres beneficiárias do programa de empoderamento económico		X	X	X	X		MMFCS e MSP, SEPIR, PTI, ONG
	2.15.3. Ativar medidas da proteção social (cash e inkind financiamentos) para mulheres e homens mais carenciados e marginalizados em áreas remotas	Medidas de proteção social ativadas		X	X	X	X		MMFCS e MSP
		Nº de beneficiários do programa por sexo							
2.16. Mecanismo Nacional de proteção social integra a perspetiva de género	2.16.1. Criar mecanismo nacional de proteção social para grupos que vivem em zonas afetadas por desastres naturais (vulnerabilidade geográfica)	Mecanismo de proteção social para apoiar grupos afetados por desastres naturais disponível		X	X	X			MMFCS e MI
	2.16.2. Criar mecanismo nacional de proteção social para apoiar as famílias altamente pobres, ameaçadas pela fome e doenças (vulnerabilidade socioeconómica)	Mecanismo de proteção social de apoio as famílias pobres e ameaçadas pela doença disponível		X	X	X			MMFCS e MSP
Objetivo estratégico III: Estabelecer seguros de risco e outros produtos de financiamento inclusivo em termos de género para a Guiné-Bissau nos dois sectores (desastres e epidemias) e documentar conhecimentos inovadores									
3.1. Financiamento de Risco de desastres promove a inclusão das mulheres e a igualdade de género	3.1.1. Assegurar uma afetação equitativa dos recursos no investimento de redução do risco de desastres para efeitos de resiliência, incluindo do OGE	Percentagem de beneficiários de recursos de mitigação de riscos 50/50 de mulheres e homens		X	X	X	X		MI e MMFCS, ARC

	3.1.2. Coletar dados desagregados por sexo para avaliar as necessidades das mulheres, adaptar e direcionar produtos financeiros que atendam às necessidades e preferências específicas das mulheres, reportar e analisar as experiências com esses novos produtos financeiros	Base de dados com informações desagregados por sexo disponível, Relatório sobre lições aprendidas elaborado		X	X	X			MI e MMFCS, INEP
	3.1.3. Incorporar uma gama completa de produtos financeiros, incluindo crédito acessível a longo prazo para investimento, integrando as necessidades financeiras das mulheres	Número de produtos financeiros disponíveis		X	X	X			ARC, Seguradoras, Bancos
	3.1.4. Colmatar as disparidades entre homens e mulheres na utilização da Internet e aplicações dos telemóveis	60% das mulheres e 30% dos homens beneficiam da formação		X	X	X	X		MMFCS, AMAE
	3.1.5. Proporcionar a educação financeira as mulheres em micro/pequenas empresas para aplicações financeiras de telemóvel	Número de beneficiários da formação desagregado por sexo (70% mulheres)		X	X				MMFCS, AMAE
3.2. Mecanismos de financiamento de surtos e epidemias com perspectiva de integração de género estabelecido	3.2.1. Assegurar mecanismo de ativação e mobilização de fundos para a utilização imediata durante as emergências, incluindo do OGE	Mecanismo de ativação e mobilização de fundos estabelecido		X	X	X	X		MMFCS, MF, ARC, PTI, BECEAO
	3.2.2. Incluir no mecanismo de financiamento um orçamento específico para garantir a igualdade de género nas ações de emergência	Orçamento específico da igualdade de género incluído no mecanismo de financiamento	X	X	X	X	X		MMFCS, MSP, Prot. Civil, Finanças

	3.2.3. Negociar, com representação clara das mulheres na liderança, mecanismos com os parceiros e várias instituições nacionais para criação de fundos de emergência	Número de acordos para criação de fundos de emergência rubricados	X	X					Governo e PTI, ARC
	3.2.4 Constituição e aprovisionamento de fundos para a utilização imediata durante emergências da saúde pública	Fundos para utilização imediata disponível	X	X	X	X	X		Governo, ARC
	3.2.5. Estabelecer o sistema <i>Crowd-funding</i> , para facilitar o sistema de seguro de saúde humano e animal	Criar uma comissão mista para <i>Crowd-funding</i> e aprofundar esta experiência na Guiné-Bissau, com avaliação anual dos resultados		X	X	X	X		MSP, ARC, Nações Unidas, privados