

Documento No. 444427 - GW

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

Prestação de Serviços Sociais Básicos num Contexto de Fragilidade Estatal e de Transição Social

27 de Junho de 2008
Desenvolvimento Humano II
Região da África



Documento do Banco Mundial

Moedas Equivalentes

Unidade monetária = CFA Francos (CFAF)

1 USD = CFAF 440

ANO FISCAL

1 de Janeiro – 31 de Dezembro

ABREVIATURAS E SIGLAS

Abota	Grupos de poupança informal
ACT	Combinação Terapêutica à base de Artemesina
AD	Acção para o Desenvolvimento
ARV	Anti-Retro Virais
BAD	Banco Africano para o Desenvolvimento
CCM	Comité de Coordenação Multi-Sectorial
CDD	Projecto de Desenvolvimento Promovido pelas Comunidades
CEFAG	Centro de Educação e Formação Agrária
CEFC	Centro de Educação e Formação Comunitária
CENFA	Centro de Formação Administrativa
CENFI	Centro de Formação Industrial
CESE	Centro de Estudos Sócio-Económicos
CG	Comités de Gestão
COE	Cuidados Essenciais de Obstetrícia
CSR	<i>Country Status Report</i> (Relatório sobre a Situação Nacional da Educação)
DAF	Direcção de Administração e Finanças
DANIDA	Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional
DENARP	Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
DHE	Departamento de Higiene e Epidemiologia
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EFA-FTI	<i>Education for All - Fast Track Initiative</i> (Iniciativa Acelerada de Educação para Todos)
EU	União Europeia
Fanado	Circumcisão Masculina e Feminina
FAS	Fundação Acção Social
FED	Fundo Europeu de Desenvolvimento
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
Fula	Grupo Étnico Muçulmano que Habita Principalmente o Leste do País
GAVI	<i>Global Alliance on Vaccines and Immunization</i> (Aliança Global para Vacinas e Imunização)
GFATM	<i>Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria</i> (Fundo Global para o Combate à Sida, Tuberculose e Paludismo)

GIPASE	Gabinete de Estatística e Planeamento do Sistema Educativo
IDA	<i>International Development Agency</i> (Agência para o Desenvolvimento Internacional)
IDH	Indicador de Desenvolvimento Humano
IEC	Informação, Educação e Comunicação
ILAP	<i>Light Household Survey</i> (Inquérito Ligeiro aos Agregados Familiares)
INDE	Instituto Nacional para o Desenvolvimento da Educação
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPSA	<i>Integrated Poverty and Social Assessment</i> (Avaliação Social e da Pobreza)
JSAN	<i>Joint Staff Advisory Note</i> (Nota Conjunta do Banco Mundial e do FMI)
Mandinga	Grupo Étnico Muçulmano que vive principalmente no Norte e Leste do país
Mandjuandade	Grupo Social que Provê Benefícios aos seus Membros
	<i>Marginal Budgeting for Bottleneck</i> (Orçamentação Marginal em Situações de
MBB	Constrangimento)
ME	Ministério da Educação
MICS	<i>Multiple Indicators Cluster Survey</i> (Inquérito aos Indicadores Múltiplos)
MINSAP	Ministério da Saúde
MSS	Ministério da Solidariedade Social
Mutualidade de	
Saúde	Grupos Informais Comunitários de Seguro de Saúde
OCB	Organizações Comunitárias de Base
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMD	Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEB	Projecto de Apoio à Educação Básica
PAM	Programa Alimentar Mundial
PIB	Produto Interno Bruto
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
RDP	Revisão das Despesas Públicas
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SNLCS	Secretariado Nacional de Luta contra a SIDA
TBE	Taxa Bruta de Escolarização
TBI	Taxa Bruta de Inscrição
UAC	Universidade Amílcar Cabral
UNAIDS	Programa das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
USB	Organizações de Saúde de Base

Vice Presidente:	Obiageli Ezekwesili (AFRVP)
Director do País:	Madani M. Tall (AFCF1)
Director do Sector:	Yaw Ansu (AFTHD)
Gestora do Sector:	Eva Jarawan (AFTH2)
Líder da Equipa Técnica:	Geraldo Martins (AFTH2)

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	1
RESUMO EXECUTIVO	2
1. INTRODUÇÃO	14
2. CONTEXTO SÓCIO-ECONÓMICO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAIS	16
2.1 DEMOGRAFIA, DESEMPENHO MACROECONÓMICO E POBREZA	16
2.2. VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO E RISCOS	19
2.2.1 Principais fontes de riscos.....	19
2.2.2 Grupos Vulneráveis	21
3. DESEMPENHO DOS SECTORES SOCIAIS: VISÃO GERAL E DESAFIOS.....	29
3.1 PERSPECTIVAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	29
3.2 O SECTOR DE EDUCAÇÃO.....	30
3.2.1 Acesso à Educação.....	30
3.2.2 Eficiência Interna	35
3.2.3 Relevância e Qualidade.....	37
3.2.4 Capacidade Institucional.....	41
3.2.5 Custo e Financiamento dos Serviços de Educação.....	43
3.2.6 Avaliação das Recentes Reformas de Política	44
3.3 O SECTOR DA SAÚDE	46
3.3.1 Acesso aos Serviços Básicos de Saúde.....	46
3.3.2 Desafios Críticos para a Saúde Pública	48
3.3.3 A Gestão do Sector de Saúde.....	52
3.3.4 Capacidade Institucional.....	56
3.3.5 Financiamento da Saúde	58
3.4 O SECTOR DA PROTECÇÃO SOCIAL	63
3.4.1 Rede Formal de Segurança Social	63
3.4.2 Estratégias de Gestão de Riscos Informais	65
4. SUMÁRIO DAS CONCLUSÕES e RECOMENDAÇÕES	68
4.2 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS PARA MELHORAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAIS	71
4.2.1 O Sector de Educação	71
4.2.2 O Sector de Saúde	74
4.2.3 O Sector de Protecção Social.....	77
Documentos de Referência	79

Gráficos

Gráfico 1: Taxa Bruta de Escolarização (TBE) no Ensino Básico e Secundário	32
Gráfico 2: Taxa Bruta de Escolarização e Taxa de Conclusão no Ensino Básico.....	37

Tabelas

Tabela 1: Despesas Recorrentes do Governo e Investimento Público por Sector em 2005	17
Tabela 2: Principais Fontes de Risco na Guiné-Bissau	19
Tabela 3: Condições de Vida e Situação de Crianças Órfãs Menores de 17 anos.....	23

Tabela 4: Taxas de Desemprego (%).....	25
Tabela 5: Uso de Preservativos durante a Última Relação Sexual de Sisco, percentagem de mulheres com idades compreendida entre 15-24.....	26
Tabela 6: Percentagem das Mulheres na Idade entre 15-49 anos Vítimas de “fanado” e suas Opiniões acerca deste acto	28
Tabela 7: Os OMD em Educação e Saúde na Guiné-Bissau	29
Tabela 8: Número de Escolas e de Alunos no Ensino Básico em 2006, e Percentagem das Escolas Privadas e Comunitárias	30
Tabela 9: Progresso nas Inscrições e TBE no Ensino Primário e Secundário	33
Tabela 10: A Guiné-Bissau e os Marcos da Educação para Todos - Iniciativa Acelerada.....	43
Tabela 11: Progressos para atingir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento em Saúde	47
Tabela 12: VIH/SIDA: Conhecimento sobre Prevenção, Mulheres com idades entre 15 e 49 anos (%)......	52
Tabela 13: Estimativa das Necessidade de Pessoal Chave no Sector de Saúde em 2006	54
Tabela 14: Orçamento de funcionamento do governo para o sector de saúde (2002-2007).....	58
Tabela 15: Despesas da Saúde em 2006 Segundo Diversas Fontes.....	59
Tabela 16: Mecanismos de Protecção Social na Guiné-Bissau	63

Caixas

Caixa 1: Protecção legal das crianças	24
Caixa 2: O caso do ensino superior na Guiné-Bissau	34
Caixa 3: Sexualidade e VIH/SIDA na Guiné-Bissau.....	50
Caixa 4: O Fardo das Evacuações Médicas	59
Caixa 5: Recuperação de Custos (Iniciativa de Bamako).....	60
Caixa 6: Mutualidade de Saúde de Varela.....	67
Caixa 7: Opções de Políticas Chaves para a Guiné-Bissau Alcançar o Ensino Básico Universal	74

AGRADECIMENTOS

Este estudo é o resultado de um esforço conjunto do Governo da Guiné-Bissau e do Banco Mundial. O seu objectivo é apresentar o panorama actual da prestação dos serviços sociais de base na Guiné-Bissau, com destaque para as áreas da educação, da saúde e da protecção social. O estudo procura actualizar informações cruciais nos três sectores, tendo em vista a promoção de um diálogo e confiável entre o país e o Banco Mundial, bem como com outros parceiros de desenvolvimento no quadro da execução do Documento Estratégico de Redução da Pobreza (DENARP).

A equipa do Banco Mundial foi liderada por Geraldo Martins (Especialista Principal de Educação), e integrada por Stephane Legros (Especialista Principal de Saúde) e Gerold Vollmer (Consultor em Protecção Social). Valiosas contribuições foram recebidas da Helene Grandvoinnet (Especialista Principal em Administração Pública), Sigrun Aasland (Analista de Operações), Valerie Kozel (Economista). Boubacar-Sid Barry (Economista) e Dirk Prevoo (Oficial de Operações). A equipa realizou duas visitas ao país em Fevereiro e Maio de 2007, principalmente para colectar dados para o estudo.

A fim de garantir uma ampla participação e apropriação nacional do estudo, o Governo criou um grupo de trabalho multi-sectorial formado por altos funcionários dos Ministérios interessados neste trabalho. O grupo foi liderado por Paula Pereira (Ministério da Economia) e composto por Alfredo Gomes (Ministério da Educação), Alfa Umaro Djalo e Augusto Paulo Silva (Ministério da Saúde), Romão Varela (Ministério das Finanças) e Inácia Gomes (Ministério da Solidariedade e Luta Contra a Pobreza). O estudo beneficiou de contribuições de vários técnicos destes Ministérios. A equipa gostaria de agradecer a todos pela sua colaboração e apoio.

A equipa também gostaria de agradecer os funcionários das agências de desenvolvimento em Bissau que apoiaram o estudo, particularmente os colegas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e do Banco Africano de Desenvolvimento (BAD). Os nossos agradecimentos estendem-se igualmente a Thierry Vincent, Conselheiro do Ministro da Saúde, e Daniel Kertesz, representante da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Guiné-Bissau.

RESUMO EXECUTIVO

Um Estado frágil com muitos desafios pela frente

1. **Este estudo proporciona uma mensagem clara:** Apesar da profunda crise em que os sectores sociais na Guiné-Bissau estão mergulhados, ainda é possível alcançar os objectivos de uma melhor educação, de melhores cuidados de saúde e de criação de mecanismos de protecção social para os mais vulneráveis, desde que o país rompa com a “forma habitual de proceder” nos sectores sociais. São necessárias reformas robustas para direccionar o país a um rumo promissor que o leve a alcançar os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento (OMD) nas áreas da educação e da saúde. Claramente, alguns objectivos de desenvolvimento humano inscritos nos OMD não serão alcançados em 2015, mas alguns ainda poderão ser atingidos se forem realizados progressos substanciais na prestação dos serviços sociais.

2. **A Guiné-Bissau continua a ser um estado frágil, pós-conflito, que atravessa profundas mudanças sociais.** Apesar dos esforços para reconstruir a administração do estado e responder aos desafios económicos, factores como o conflito político-militar de 1998-1999, permanentes tensões políticas, frequentes mudanças no governo e falta de apropriação das políticas do governo, têm contribuído para deteriorar o estado da economia e as condições de vida das populações. Estima-se que 30 por cento dos seus 1.5 milhões de habitantes viva em cidades ou áreas urbanas (18 por cento em 1991) como consequência da rápida urbanização e dos movimentos migratórios.

3. **O contexto sócio-económico do período coberto pelo estudo foi particularmente difícil.** Ao mesmo tempo que a rápida urbanização e o aumento da procura exerciam fortes pressões sobre os serviços sociais, a prestação de tais serviços permaneceu deficiente em virtude do limitado desempenho económico dos últimos anos. O PIB per capita foi estimado em \$180 em 2006. A economia ainda sofre as consequências do conflito de 1998-1999, que contraiu o PIB real em 28 por cento. Durante o período de 2000-2005, a taxa média de crescimento real do PIB foi de 1 por cento, com crescimentos negativos registados em 2001 e 2003. A situação fiscal continua precária, com as receitas fiscais a rondar os 14 por cento do PIB. As despesas sociais (saúde e educação) mantiveram-se a níveis baixos, em comparação com as despesas sociais médias dos países da sub-região ao mesmo tempo que o fluxo da ajuda externa diminuiu, provocando a acumulação de atrasados internos e um enorme desequilíbrio fiscal.

4. **Perante este cenário, não é surpreendente que a pobreza tenha alastrado, principalmente nas áreas rurais.** A nível dos agregados familiares, 64.7 por cento da população vivia na pobreza em 2006, das quais 20.8 por cento vivia na extrema pobreza. A pobreza também aumenta o grau de vulnerabilidade da população, expondo-a a uma série de

riscos. Por causa da redução considerável das oportunidades salariais não relacionadas com o trabalho agrícola, devido à estagnação da economia após o conflito, a maioria da população economicamente activa ficou exposta à vulnerabilidade de empregos. Estima-se que a taxa de desemprego da população adulta seja de 12.4 por cento, sendo que a taxa de desemprego da população jovem é ainda bem maior. Os grupos vulneráveis consistem em crianças, jovens e mulheres, que estão expostos a uma elevada variedade de riscos.

5. **Os indicadores sociais mantêm-se extremamente baixos.** Em 2006, a Guiné-Bissau ocupava a 173 posição entre 177 países do mundo em termos de índice de desenvolvimento humano. A esperança de vida à nascença é estimada em 47 anos, e a taxa de analfabetismo é de 63 por cento. De acordo com o Inquérito aos Indicadores Múltiplos (*Multiple Indicators Cluster Survey-MICS – 3*), entre 2000 e 2006, a taxa de mortalidade infantil aumentou de 124 por cada 1.000 nados-vivos para 138 por cada 1.000 nados-vivos. Da mesma forma, a taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos cresceu de 203 por cada 1.000 nados-vivos para 223 por cada 1.000 nados-vivos (o décimo mais alto no mundo) no decurso do mesmo período. Hoje, duas em cada dez crianças da Guiné-Bissau morrem antes de completarem cinco anos de idade. A taxa de mortalidade materna é estimada em 800 a 1.100 por cada 100.000 nados-vivos. De cada 10 crianças que entram na escola, 6 não completam o ciclo completo do ensino básico. Muitos dos que completam o ensino básico continuam analfabetos dada a baixa qualidade da educação que recebem. Os mecanismos de protecção social são quase inexistentes e um importante segmento da população só pode contar com um sistema informal e comunitário de protecção social para lidar com os riscos.

O acesso à educação melhorou, mas as iniquidades persistem

6. **Apesar da recente e impressionante expansão do acesso ao ensino básico, esta não foi acompanhada por uma melhoria na eficiência interna e na qualidade da educação.** Nos últimos dez anos, a Guiné-Bissau expandiu substancialmente o acesso à educação, especialmente no ensino básico. Hoje, o número de crianças inscritas no ensino básico é o dobro do de há dez anos atrás. As raparigas são as que mais beneficiaram desta expansão, já que a diferença do acesso entre rapazes e raparigas diminuiu drasticamente. Contudo, a eficiência interna do sistema não só persistiu como piorou. Uma inadequada estrutura e organização do sub-ciclo do ensino básico, acrescida pelas altas taxas de repetição e abandono e a baixa qualidade da educação, tiveram como consequência uma baixa taxa de conclusão do ensino primário, tornando difícil para a Guiné-Bissau atingir o objectivo do ensino primário universal para o ano 2015.

7. **A procura pelo ensino secundário está a aumentar progressivamente.** À medida que as inscrições nas escolas do ensino básico aumentaram devido ao incremento do número de escolas total ou parcialmente financiadas pelas comunidades e ao aumento do número de escolas privadas (ambas representam 1/3 do número total de escolas primárias), a procura pelo ensino secundário também foi aumentando progressivamente. Em 2006, a taxa bruta de escolarização no ensino secundário foi estimada em 35 por cento, valor um pouco acima da média de 30 por cento para os países da África Subsaariana. Os provedores de educação do sector privado têm desempenhado um papel fundamental no atendimento desta crescente procura. A esperada contínua expansão do ensino primário continuará a exercer pressão sobre as matrículas no ensino

secundário. Se a tendência actual persistir, é pouco provável que no futuro os provedores do sector privado, sózinhos, possam absorver a crescente procura do ensino secundário.

8. **A Guiné-Bissau deve concentrar esforços no aumento da provisão da formação técnica e profissional e no fortalecimento do emergente sector do ensino superior.** O ensino técnico e profissional é importante para formar capacidades para o mercado laboral assim como para o desenvolvimento económico. Porém, actualmente o seu carácter marginal faz com que esse objectivo esteja longe de ser atingido na Guiné-Bissau. O conflito de 1998-99 contribuiu parcialmente para a desarticulação do sector e o processo de restauração do sistema tem sido muito lento. Por outro lado, a Guiné-Bissau tem concentrado esforços substanciais na construção de instituições do ensino superior. Este esforço teve como resultado a criação de um novo panorama do ensino superior na Guiné-Bissau, com a abertura de duas universidades. Mas existem desafios. Estes incluem o fortalecimento institucional das recentes iniciativas, a qualidade do ensino, a melhoria da gestão e a preparação de um quadro legislativo claro e sólido para o sector do ensino superior.

O sistema de saúde está ainda fora de alcance da maioria da população

9. **A actual organização do sistema nacional de saúde enfrenta múltiplas limitações na prática.** O Ministério da Saúde tem dificuldades em promover um planeamento estratégico para monitorar a execução de vários programas de saúde, assim como para garantir a coordenação entre os vários actores do sector. A execução dos programas de saúde, tanto a nível regional como a nível local, é deficiente devido à carência de equipamentos, de infra-estrutura e à frágil capacidade de gestão. A gestão de todo o sistema de saúde é também limitada pelo sistema inadequado de monitoramento e avaliação, já que a consolidação dos dados a nível central resulta numa baixa fiabilidade dos mesmos na tomada de decisões. Além disso, a supervisão dos centros de saúde - tarefa essencial para o bom desempenho da rede de saúde - não é conduzida de forma regular, por falta de recursos e de adequada coordenação e organização.

10. **Consequentemente, a maioria da população da Guiné-Bissau tem acesso limitado a um serviço de saúde de boa qualidade, o que resulta naturalmente na precariedade do estado de saúde da população.** O acesso a um serviço de saúde de qualidade, além de limitado, é desigual por parte das diferentes franjas da sociedade. Em média, apenas 38 por cento da população tem acesso aos serviços de saúde, e a situação é ainda pior para os pobres. Os serviços normalmente são de má qualidade, o que faz com que haja poucos incentivos para a sua procura. A imunização infantil e a luta contra o paludismo estão entre os factores mais decisivos para a melhoria da saúde da população. Contudo, os resultados obtidos nestas áreas nos últimos anos têm sido díspares. Em relação à imunização infantil, há claros indícios de que as intervenções não têm sido sustentáveis, já que a cobertura vacinal tem flutuado consideravelmente nos últimos anos.

11. **Apesar dos sinais de redução da sua incidência, o paludismo continua a ser o problema número um de saúde pública na Guiné-Bissau.** Em 2005, 35 por cento das consultas nos hospitais e centros de saúde em todo o país foram feitas em decorrência da doença, e esta continua ser a causa número um da mortalidade em crianças com menos de cinco anos. Apesar disso, houve recentemente uma encorajadora redução de 30 por cento de novos casos de

paludismo. Estes resultados positivos podem ser explicados, em parte, pela disponibilidade e amplo uso de mosquiteiros impregnados com insecticidas, especialmente pelos grupos mais vulneráveis. Actualmente, aproximadamente 60 por cento das mulheres grávidas e de crianças com menos de cinco anos dormem debaixo de mosquiteiros impregnados, e 46 por cento dos agregados familiares têm pelo menos um mosquiteiro impregnado. Do ponto de vista da prática curativa, em 2006, apenas 45.7 por cento das crianças com febre receberam tratamento apropriado, especialmente porque a mudança para a nova combinação terapêutica à base de artemesina (ACT) tem sido feita de forma lenta, dando margem à recorrente falta de medicamentos.

12. Existe uma preocupação crescente de que a pandemia do VIH/SIDA esteja a propagar-se rapidamente. Várias estimativas consideram que a incidência do VIH entre a população adulta da Guiné-Bissau varia entre 3 e 8 por cento. Na verdade, apesar de todos os programas executados para combater o VIH/SIDA, a doença não diminuiu nos últimos anos. Tal incidência ultrapassa a dos dois países vizinhos da Guiné-Bissau (o Senegal e a Guiné-Conakry). Nestes países, a incidência está estimada entre 0.4 por cento e 0.7 por cento, e 1.2 por cento e 1.8 por cento, respectivamente. O acesso ao tratamento do VIH/SIDA é muito limitado. Apesar da disponibilidade de medicamentos genéricos como anti-retro virais (ARVs), provenientes do Brasil e financiados pelo Fundo Global Para o Combate à SIDA, Tuberculose e o Paludismo (FG), nos primeiros três meses de 2007, apenas 496 pessoas receberam tratamento. Os obstáculos neste domínio incluem as precárias condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde e a deficiente capacidade de gestão da rede de abastecimento. Em 2007 e no início de 2008, houve ruptura de stocks de ARV pediátrico e reagentes usados para os testes. Ainda existem vários preconceitos sobre a forma de transmissão do VIH/SIDA e sérios estigmas em relação às pessoas seropositivas.

A área da protecção social ainda está numa fase embrionária

13. A grande maioria da população da Guiné-Bissau não beneficia de mecanismos formais de protecção social. Prestações de protecção social formal, como seguro de saúde e sistema de pensão, são privilégios de uma pequena parcela da população. Os programas de transferência de fundos do governo para os mais desfavorecidos têm impacto e abrangência limitados. Devido a estas limitações, vários grupos da população apoiam-se em estratégias informais de gestão de riscos, incluindo as redes sociais, bem como o apoio comunitário baseado na confiança mútua e em sistemas de poupança.

14. O quadro institucional da protecção social é disperso e precisa ser melhorado. O Ministério da Solidariedade Social (MSS) poderia desempenhar um papel primordial na coordenação dos actores e das políticas de desenvolvimento, promovendo desse modo uma melhor colaboração entre o sector público e os agentes não-estatais. No entanto, tal política precisa ser feita com base em evidências, dando prioridade às intervenções em função das suas necessidades e eficácia.

Temáticas transversais nas áreas de educação, saúde e protecção social

15. **Os sectores sociais têm necessidade urgente de quadros qualificados.** O país deveria aumentar significativamente o número de professores qualificados, médicos de clínica geral, parteiras e enfermeiras. Além da falta de pessoal qualificado, as políticas de recursos humanos e de gestão do sistema nem sempre são claramente definidas. Estas traduzem-se frequentemente em desigualdades regionais, desequilíbrios entre a capital e áreas rurais mais remotas, e baixa motivação dos funcionários que não conseguem ver a relação entre o desempenho e a progressão na carreira.

16. **A deficiente governação e o financiamento insuficiente dos sectores sociais são as principais causas do fraco desempenho.** Como indica o estudo, o fracasso na prestação dos serviços sociais na Guiné-Bissau tem as suas raízes no baixo investimento e na deficiente gestão dos sectores sociais. Em 2005, as despesas públicas correntes destinadas aos sectores sociais representavam aproximadamente 20 por cento do total das despesas correntes do governo. Em 2006, a despesa pública por habitante no sector da saúde foi estimada em US\$ 6, valor unitário exactamente igual à contribuição dos parceiros de desenvolvimento. Assim, com um total de US\$ 12 por habitante de despesas na saúde, a Guiné-Bissau não se encontra bem posicionada em relação às metas internacionais de financiamento da saúde para os países em desenvolvimento.

17. **A precária gestão do financiamento público é uma característica comum aos sectores sociais.** De um modo geral, todo o processo orçamental precisa ser substancialmente melhorado, já que os procedimentos de afectação do orçamento continuam a não ser transparentes. O nível de execução orçamental é geralmente baixo. O insuficiente financiamento dos sectores sociais provoca um problema crónico de atrasos no pagamento dos salários e subsídios, o que, obviamente, afecta o desempenho dos sectores sociais.

18. **O financiamento e a coordenação dos parceiros de desenvolvimento são insuficientes.** Frequentemente, a assistência dos parceiros de desenvolvimento ainda é definida pelos mesmos e não pelo governo. A consequência imediata desta situação é a repetição de intervenções e a ineficiência no uso dos escassos recursos. A instabilidade política e o alto grau de volatilidade da posição de Ministro nestes sectores explica parcialmente esta situação. Contudo, existem alguns sinais positivos de uma melhor coordenação entre os actores através dos novos mecanismos institucionais instaurados recentemente (por exemplo, o Mecanismo de Coordenação do País para o VIH/SIDA e a parceria Educação para Todos – Iniciativa Acelerada (EFA-FTI). O panorama para o futuro em relação ao fluxo de financiamento externo para o sector de saúde é preocupante. O Fundo Global será possivelmente o único doador importante no sector. O apoio do Banco Mundial para o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) terminou em Dezembro de 2007. Da mesma forma, o BAD e a União Europeia, os dois principais actores no sector, também terminaram as suas intervenções.

Mas nem tudo está mal

19. O estudo indica que, apesar de todos os problemas já evocados, alguns avanços específicos têm sido feitos recentemente nos sectores de educação e da saúde. Além do aumento

da cobertura da educação e da melhoria na luta contra o paludismo, registam-se também avanços nalgumas reformas tanto no sector da educação como no da saúde. Nalguns casos, como a reforma para racionalizar o uso de professores nas salas de aula, é admirável a forma como o governo foi capaz de implementar as reformas, apaziguar as tensões sociais e entrar em acordo com os sindicatos. Por último, actores não estatais estão a desempenhar um papel cada vez mais importante na prestação dos serviços sociais, por vezes com métodos inovadores e bons resultados.

20. O mais importante, porém, é que grande parte dos esforços necessários para melhorar a prestação dos serviços sociais estão ao alcance do país. Como se procura demonstrar no estudo, a melhoria da governação e do financiamento dos sectores sociais pode ter um grande impacto nos resultados. Por exemplo, estima-se que mais de 90 por cento da população pertinente poderia completar o ciclo completo do ensino básico em poucos anos se a Guiné-Bissau aumentasse os recursos orçamentais para o sector de educação; melhorasse a alocação intra-sectorial do orçamento da educação e a sua execução; e levasse a cabo reformas estruturais importantes. No sector da saúde, o irrisório orçamento público por habitante (US\$ 12 em 2006), indica que há suficiente potencial para aumentar o financiamento público do sector com grandes possibilidades de obter melhores resultados.

21. Além das recomendações específicas para os sectores da educação, saúde e protecção social (veja o Capítulo 4), o estudo propõe a seguinte agenda para avançar em direcção a uma melhor prestação de serviços sociais na Guiné-Bissau (veja a Matriz):

1. Melhorar o Financiamento Público dos Sectores Sociais

- A proporção do orçamento destinado aos sectores sociais deve ser aumentada para se equiparar aos padrões regionais e internacionais aceitáveis. Porém, o simples aumento da alocação orçamental aos sectores sociais não é suficiente para melhorar os resultados. Para haver um impacto positivo na prestação de serviços, é importante melhorar a execução orçamental nos sectores sociais;
- O aumento das despesas públicas em educação e saúde não é a única solução. A qualidade e a distribuição equitativa das despesas são igualmente importantes. Uma melhor governação, mecanismos mais robustos de prestação de contas e uma sólida gestão das despesas são essenciais para melhorar a qualidade dos serviços sociais.
- O apoio dos parceiros de desenvolvimento é importante para sustentar os esforços de reforma nos sectores sociais. Esse apoio deverá implicar, nomeadamente, mais recursos assim como uma maior ajuda dos parceiros aos programas mais estratégicos de educação e saúde. Exemplos destes programas são a Iniciativa Acelerada de Educação para Todos, o fortalecimento do sistema de saúde e o combate ao VIH/SIDA e ao paludismo.

2. Acelerar e Ampliar as Reformas Promissoras

- Apesar da heterogeneidade dos resultados, algumas reformas já iniciadas precisam ser continuadas e concluídas. Em educação, por exemplo, a adopção do ciclo de 6 anos para o ensino básico; a gratuitidade do ensino básico; o desenvolvimento de um novo curriculum e o investimento nos professores, são algumas das medidas com potencial para ter um impacto positivo sobre a escolaridade e as aquisições dos alunos. No sector da saúde, as reformas devem incluir medidas para desenvolver e implementar novos planos de infra-estrutura, melhorar a rede do sistema de fornecimento de medicamentos e reavaliar todo o processo de evacuação dos pacientes.
- Os actores não estatais, incluindo as ONGs, estão a desempenhar um papel cada vez mais importante na prestação de serviços. A fim de ampliar a cobertura da prestação de serviços – especialmente para os pobres – e melhorar a qualidade, é importante formar parcerias com esses actores não estatais. Esta medida ajudará a melhorar e ampliar várias iniciativas promissoras que já estão a ser implementadas pelos mesmos.
- Este é o momento de desenvolver mecanismos de protecção social coerentes, sustentáveis e equitativos, destinados a assegurar o bem-estar da população da Guiné-Bissau. É importante que o governo mobilize esforços para formalizar o sector e ao mesmo tempo desenvolva um quadro de políticas coerentes. Este quadro deveria ser concebido no âmbito de uma agenda mais ampla de desenvolvimento da protecção social.
- A agenda de desenvolvimento da protecção social deve incluir esforços para apoiar mecanismos de protecção social informal que sejam devidamente testados, e que, a curto e médio prazo, vão continuar a ser o principal mecanismo disponível para a vasta maioria da população da Guiné-Bissau para lidar com riscos.

3. Assegurar o Desenvolvimento Institucional dos Sectores Sociais

- Para que exista uma capacidade institucional mais forte nos sectores sociais é necessário fortalecer o quadro de políticas. As políticas e os programas devem formar um elo forte com o Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP). Enquanto o sector de saúde possui um quadro claro de orientação estratégica de longo prazo (o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário), os sectores da educação e da protecção social não contam com uma orientação estratégica. As orientações políticas e estratégicas do sector da saúde devem ser consolidadas através de fases subsequentes do PNDS. O desenvolvimento de uma política de educação explícita de longo prazo e de um quadro estratégico são uma prioridade. O mesmo se aplica à protecção social.
- É necessário desenvolver um sistema de informação para apoiar o processo de monitoramento e avaliação em todos os sectores sociais. A concepção e a implementação de uma reforma bem sucedida não pode ser feita sem informações

fiáveis. Um plano de acção para desenvolver um sistema de monitoramento e avaliação para os sectores sociais ajudaria a identificar as necessidades com mais clareza, a estabelecer uma ordem de prioridades e a determinar uma agenda de execução de curto e médio prazos. O governo e os parceiros de desenvolvimento poderiam programar juntos um inquérito aos agregados familiares cobrindo temas-chaves dos sectores sociais.

- Para melhorar a prestação dos serviços é crucial que exista uma gestão de recursos humanos eficiente que inclua estratégias de capacitação e programas para todos os níveis. Os programas de capacitação devem identificar tipos de capacidades necessárias para a execução de reformas nestes sectores. Uma nova estratégia de recursos humanos e um plano de acção no sector de saúde deveriam ser usados de forma efectiva para promover pontes entre planeamento, produção e transferência de pessoal. Em educação, o novo sistema de gestão de recursos humanos desenvolvido, mas não finalizado, precisa ser consolidado.

MATRIZ DE POLÍTICAS PRIORITÁRIAS PARA O SECTOR SOCIAL

Objectivos	Temas e Obstáculos	Resultados Esperados	Acções/Reformas
Aumentar a parte do orçamento do Estado efectivamente alocado aos sectores sociais	Historicamente, o orçamento público para os sectores sociais tem sido baixa;	A distribuição do orçamento público para educação e saúde alcança aceitáveis padrões internacionais e regionais	Processo orçamental mais transparente
Melhorar a governação e a prestação de contas nos sectores sociais	O sector de segurança absorve uma grande parcela do orçamento público;	Alto nível de execução orçamental	Alto nível de execução orçamental
Aumentar o apoio dos doadores em programas chaves de educação e saúde	O nível de execução orçamental é baixo;	O ensino básico alcança pelo menos 50 por cento do orçamento da educação	Realizar a revisão das despesas públicas para os sectores sociais
Melhorar a gestão de recursos humanos	A alocação intra-sectorial, especialmente no sector de educação, não favorece o ensino primário	Aumento do apoio à educação e à saúde (ex. através dos mecanismos de coordenação do país para o VIH/SIDA e a parceria EFA-FTI)	Rever a estrutura organizacional do Ministério da Saúde
	A assistência externa para os sectores sociais diminuíram nos últimos anos	Os planos de recursos humanos são utilizados efectivamente para tomar decisões	Implementar o plano de recursos humanos nos sectores de educação e saúde
Desenvolver e/ou consolidar estratégias de longo prazo para os sectores sociais	Falta Plano Estratégico em educação e protecção social	Os sectores de educação, saúde e protecção social têm políticas sectorial bem definidas	Desenvolver um plano para o sector de educação

Objectivos de Desenvolvimento do País	Temas e Obstáculos	Resultados Esperados	Acção/Reformas
Desenvolver um ciclo de educação básica gratuito de 6 anos	Ausência de número adequado de escolas nas áreas rurais, professores precisam de formação, escolas possuem insuficiente número de funcionários;	Acesso à educação básica aumentou e a qualidade melhorou (a taxa de conclusão aumentou de 42 por cento (2006/07) para 75 por cento (final de 2012);	Desenvolver novo currículo para o ensino primário; Criar novas instituições para capacitar professores; Desenvolver e implementar um novo modelo de formação inicial de professores;
Reestruturar o ensino secundário e vocacional	A educação das raparigas é insuficiente; falta de monitorização da qualidade e desempenho; taxas escolares reduzem o acesso; O ensino secundário não tem capacidade para acomodar a procura; o sub-sector não possui um currículo harmonioso; o ensino profissional foi quase desmantelada depois do conflito de 1998-1999;	O ensino secundário é capaz de acomodar a crescente procura; A estratégia de desenvolvimento formação profissional está a ser implementada a partir de 2010;	Fomentar parceria com ONGs; Desenvolver um novo currículo para o ensino secundário;
Melhorar o acesso aos serviços de saúde	Apenas 38 por cento da população tem acesso aos serviços de saúde;	Preparação do quadro legal e regulatório do ensino profissional;	Desenvolver e implementar um plano de infra-estrutura para o sector de saúde;
Fortalecer o Programa do VIH/SIDA	As intervenções actuais não têm sido eficientes;	Maior segmento da população tem acesso a um serviço de saúde de boa qualidade;	Melhorar o fornecimento da rede de medicamentos. Reavaliar todo o processo de evacuação (estratégia a médio prazo desenvolvida para aumentar retenção);
Desenvolver serviços de protecção social para deficientes	A epidemia não está a diminuir O sistema de segurança social só cobre uma pequena parte da força de trabalho; os esquemas de pensão são financeiramente	A propagação do VIH/SIDA cessou;	Avaliação de intervenções prévias e em curso/ plano de

Programas específicos para as crianças	insustentáveis; Crianças sofrem abuso, crianças traficadas e mendigas, mutilação genital, etc.	Os mecanismos de protecção social formal estão a funcionar Os esquemas de pensão atendem a largos segmentos da população.	acção desenvolvido para melhorar os resultados; Plano de acção preparado para fortalecer os programas sociais formais; Fortalecer a capacidade do INPS (assistência técnica); Planear uma gestão público-privada para o INPS; Promover mudanças de comportamento na comunicação e cumprimento da lei.
--	--	---	--

1. INTRODUÇÃO

1. Desde a última Avaliação da Pobreza e a Revisão das Estratégias dos Sectores Sociais, realizada em 1994, o contexto político, macroeconómico e social na Guiné-Bissau sofreu mudanças dramáticas. Após as primeiras eleições multi-partidárias realizadas em 1994, o país entrou num período de esperança renovada para o desenvolvimento; a estabilidade política, instituições democráticas emergentes e uma relativamente boa gestão económica, alimentavam essa esperança. Lamentavelmente, em 1998, um conflito militar de onze meses conduziu a Guiné-Bissau a uma profunda crise cujas consequências persistem até hoje. Além da perda de vidas humanas e destruição de infra-estruturas, o conflito induziu ainda a uma considerável fuga de cérebros, levando os recursos humanos mais qualificados do país a se fixarem no estrangeiro à procura de refúgio. Contudo, a consequência mais duradoura deste conflito foi a instabilidade política e institucional que provocou. Quase dez anos após o conflito, o regresso à vida normal da maioria da população está a ser lento e o país continua a enfrentar perturbações institucionais com severas repercussões económicas e sociais.

2. Os sectores sociais foram particularmente afectados pelo conflito. Os indicadores de desenvolvimento humano continuam a ser fracos, e o desenvolvimento dos sectores sociais esbarra em constrangimentos severos. As perspectivas de um desenvolvimento sustentável estão seriamente comprometidas devido ao insuficiente investimento nos sectores sociais e, conseqüentemente, a uma enorme dependência do país do apoio externo. Nos últimos vinte anos, o Banco Mundial tem participado num diálogo activo com a Guiné-Bissau nos sectores sociais, sobretudo nos domínios da educação e da saúde. Mais recentemente, o Banco apoiou activamente esses sectores através de importantes projectos de investimento, nomeadamente o Projecto de Apoio à Educação Básica (PAEB) (1997-2005), e a implementação do Plano Nacional de Saúde (1997-2007). No mês de Maio de 2008, o Banco Mundial aprovou um financiamento de 10 milhões de dólares para o sector de educação, destinado essencialmente ao pagamento de salários aos docentes, como medida para garantir a prestação de serviços neste sector. Além disso, o Banco está também a apoiar a preparação de um Relatório sobre a Situação Nacional da Educação (CSR), afim de permitir ao país avançar na elaboração de um plano sectorial da educação credível e sólido. O Banco está igualmente a preparar um projecto de desenvolvimento comunitário que inclui os sectores sociais.

3. Como é que a Guiné-Bissau, no contexto actual de fragilidade estatal e de transição social, poderá restaurar de forma efectiva a prestação dos serviços sociais básicos? O objectivo fundamental deste estudo é apoiar o governo da Guiné-Bissau no seu esforço de melhorar a eficiência e a eficácia na prestação dos serviços sociais básicos. Foi acordado com o governo que o estudo iria abranger os seguintes sectores: educação, saúde e protecção social, sendo que este último incluiria grupos vulneráveis, esquema de pensões e o programa de assistência social. Assim, o estudo visa: (a) analisar os resultados actuais da educação, da saúde e da protecção

social na Guiné-Bissau; e (b) identificar os desafios e oportunidades para melhorar a expansão da prestação dos serviços sociais. Espera-se que as recomendações do estudo ajudem o governo a identificar orientações estratégicas no sentido de fortalecer os sectores sociais a médio prazo, garantindo uma transição adequada de um contexto de pós-conflito a um contexto de desenvolvimento a longo prazo, através de considerações políticas e desenvolvimento institucional. Espera-se, também, que este estudo seja um recurso para informar os trabalhos de preparação da Nota Estratégica Interina (ISN) do Banco Mundial e do projecto de desenvolvimento comunitário, assim como a implementação da recente doação do Fundo Global ao sector de saúde.

4. A metodologia de elaboração deste trabalho foi baseada essencialmente na compilação e análise da literatura e dos dados existentes. O estudo baseou-se principalmente em alguns trabalhos mais recentes, nomeadamente, a Avaliação Social e da Pobreza (IPSA), a Nota de Avaliação Conjunta do Banco Mundial e do FMI (JSAN) sobre o Documento Estratégico para a Redução da Pobreza, preparada em 2007, e a Revisão das Despesas Públicas (RDP). Dados quantitativos e qualitativos foram utilizados para avaliar a situação da prestação de serviços sociais em cada sector. Sempre que possível, a equipa utilizou os dados disponíveis mais recentes. Em determinados casos, fontes de informações primárias (incluindo dados administrativos brutos) foram utilizados para compilar e/ou conferir informações. É importante mencionar que, enquanto os sectores da educação e da saúde dispõem de uma grande quantidade de dados e informações, produzidos sobretudo em decorrência da preparação e/ou execução de projectos de investimento, dados estatísticos fiáveis sobre protecção social são escassos. Para suprir estas lacunas, durante as missões de terreno, a equipa manteve encontros de trabalho com funcionários públicos, funcionários do sistema das Nações Unidas, representantes das ONGs e outros actores importantes em Bissau. Além disso, a equipa organizou em vários pontos do país encontros de grupos focais no seio das camadas mais vulneráveis da população. Uma parte da análise sobre protecção social foi baseada nos dados do Inquérito Ligeiro aos Agregados Familiares, *Light Household Survey* (ILAP) de 2002 e 2005 assim como nos resultados preliminares do MICS de 2006.

5. O estudo está dividido em 4 capítulos. Após uma breve introdução no capítulo I, o capítulo II apresenta o contexto do país, incluindo a demografia e a situação socio-económica da população. O capítulo III apresenta uma visão dos resultados actuais nos sectores sociais, incluindo a descrição da situação dos sectores da educação, saúde, e protecção social. O capítulo IV descreve as principais conclusões do estudo e faz recomendações para melhorar a prestação dos serviços sociais básicos.

2. CONTEXTO SÓCIO-ECONÓMICO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAIS

6. O objectivo deste capítulo é o de contextualizar a prestação dos serviços sociais básicos na Guiné-Bissau. A secção 1 deste capítulo apresenta dados demográficos, de pobreza e sócio-económicos, por terem uma dimensão importante na prestação de serviços sociais básicos. Os factores demográficos podem ter um efeito directo ou indirecto na procura dos serviços sociais. Estes determinam, por exemplo, o número de crianças em idade escolar, a dimensão da força de trabalho, assim como o número da população idosa. O perfil da pobreza permite prognosticar o grau de procura dos serviços sociais básicos. Por outro lado, o desempenho macro-económico indica a capacidade e os limites do sector público para financiar os sectores sociais de uma forma sustentável. A secção 2 descreve os riscos e a vulnerabilidade da população, que em parte poderão gerar necessidades especiais de protecção social. Esta secção apresenta ainda um panorama global dos grupos vulneráveis e os principais riscos por eles enfrentados no seu dia-a-dia.

2.1 DEMOGRAFIA, DESEMPENHO MACROECONÓMICO E POBREZA

7. **A Guiné-Bissau é um pequeno Estado frágil da África Ocidental que se debate com uma profunda transição social.** A população do país é de cerca de 1.500.000 habitantes, na sua maioria jovens. Estima-se que 41.7 por cento (0.58 milhões de pessoas) tenham menos de 14 anos de idade¹. A população tem crescido a uma média anual de 3.1 por cento – a partir de 900.000 habitantes em 1991. A grande proporção da população juvenil constitui um enorme desafio para o sector de educação, já que este deve acomodar um número considerável e crescente de novos alunos nas escolas.

8. **A população urbana tem aumentado regularmente** devido à rápida urbanização e à migração. Actualmente, 30 por cento da população vive nas zonas urbanas, comparado com 18 por cento em 1991. A densidade média da população é de 30 habitantes por km², distribuído de forma irregular entre diferentes áreas geográficas, com maior concentração na zona costeira. Bissau, a capital, concentra cerca de 30 por cento da população do país, gerando uma intensa pressão em relação à procura de serviços sociais básicos.

9. A economia da Guiné-Bissau é baseada fundamentalmente na produção agrícola, que constitui 60 por cento do PIB e 90 por cento das exportações. Quase 80 por cento da população vive nas zonas rurais, tendo a agricultura como a principal fonte de emprego. Independentemente da castanha de caju, que representa a principal fonte de rendimento familiar, a produção agrícola inclui o arroz e outros cereais, frutas, a pesca, a criação de gado e produtos florestais. A

¹ O Censo das Nações Unidas estima que o total da população seja de 1.38 milhões.

economia na sua globalidade é predominantemente informal. Em 2006, a taxa de desemprego entre a população de mais de 15 anos de idade foi estimada em 12.4 por cento em todo o território nacional, com uma taxa de 19.3 por cento na capital e de 10.2 por cento nas outras regiões.

10. **O desempenho macro-económico tem sido fraco nos últimos anos.** Em 2006, o PIB per capita foi estimado em US\$ 180. A economia ainda sofre as consequências do conflito de 1998-1999, que contraiu o PIB real em 28 por cento. Desde então, o desenvolvimento económico tem sido lento. Durante o período 2000-2005, a taxa média de crescimento real do PIB foi de 1 por cento, com crescimento negativo registado em 2001 e 2003. A situação fiscal mantém-se precária, já que o governo conta com uma receita fiscal na ordem de 14 por cento do PIB. O esforço do governo desde 2000 para restabelecer a estabilidade económica tem apresentado resultados mitigados. Os esforços de restabelecimento económico têm sido afectados pela morosidade das reformas políticas e pelo insuficiente fluxo da ajuda externa.

Tabela 1: Despesas Recorrentes do Governo e Investimento Público por Sector em 2005

	Despesas primárias actuais	Investimento público
Sector sócio-educativo	5.6	1.6
Saúde	1.7	0.9
Educação	3.7	0.7
Sector Económico	3.6	
Agricultura	0.3	0.3
Pescas	0.2	
Infra-estrutura	0.3	2.3
Energia e Indústria	0.1	2.0
Sectores Institucionais	2.6	
Presidência e Primatura	0.7	
Assembleia Nacional	0.7	
Judiciária	1.2	
Sector de Segurança	7.0	
Outros	6.5	9.2
Total	27.2	
PIB em bilhões CFA	148.7	

Fonte: Ministério da Economia e Ministério das Finanças.

11. **O sectores sociais têm sofrido com o lento crescimento económico dos últimos anos.** O sectores da defesa e da segurança têm absorvido uma grande parte do orçamento público corrente. 80 por cento das despesas recorrentes do governo são aplicadas no pagamento de salários. Os 7.000 agentes dos sectores da defesa e da segurança representam 60 por cento dos funcionários públicos na Guiné-Bissau e consomem aproximadamente metade da massa salarial. O investimento nos sectores da saúde e da educação não têm sido robustos. Em 2005, o investimento público em ambos os sectores representava 1.6 por cento do PIB conforme ilustra a Tabela 1.

12. **A pobreza é generalizada, com maior incidência nas zonas rurais.** A nível dos agregados familiares, em 2006, 64.7 por cento da população vivia na pobreza, sendo que 20.8

por cento destas vivia em condições de extrema pobreza². O impacto do conflito de 1998, a instabilidade política, e o fraco desempenho da economia nos últimos anos têm contribuído para as altas taxas de pobreza na Guiné-Bissau. Uma característica importante da pobreza no país é que os homens são mais afectados pela pobreza do que as mulheres, já que, ao contrário dos homens, as mulheres na Guiné-Bissau estão envolvidas em várias actividades que geram rendimentos. A pobreza de um modo geral é menor nas zonas urbanas do que nas áreas rurais. Entretanto, os agregados familiares urbanos estão a tornar-se mais vulneráveis a certos choques em comparação com as populações rurais, dado que os primeiros não podem sobreviver da agricultura de subsistência.

13. A incidência da pobreza é desigual entre géneros e grupos de idade. A análise separada de géneros e grupos de idade mostra que a incidência da pobreza é maior entre as mulheres menores de 31 anos de idade e maiores de 65 anos comparado com os homens (até 3 por cento de diferença calculada em termos de padrões de medição da pobreza). Pelo contrário, as mulheres encontram-se numa melhor posição em relação aos homens nas idades entre 31 e 65 anos (2 a 10 pontos percentuais de diferença)³. Este bem-estar relativo das mulheres em comparação com os homens é devido ao domínio do mercado informal exercido pelas mulheres comerciantes. A maior parte dos homens procuram trabalhos assalariados, que é difícil de encontrar devido à ruína de grande parte das actividades do sector privado. Uma análise regressiva realizada pelo IPSA concluiu que, nas zonas rurais, os agregados familiares chefiados por mulheres tinham 23 por cento mais probabilidade de atenderem às necessidades alimentares de seus familiares do que os agregados familiares chefiados por homens. Além disso, ficou claro que os agregados familiares chefiados por mulheres tinham um nível médio de consumo 20 por cento mais elevado que os agregados familiares chefiados por homens.

14. **As viúvas e as mulheres divorciadas estão particularmente pré-dispostas à pobreza.** Foi constatado que, nas áreas rurais, o nível de consumo dos agregados familiares chefiados por viúvas ou divorciadas é significativamente menor, comparado com os agregados familiares chefiados por mulheres solteiras ou casadas (19 por cento e 15 por cento monógamos, e 16 por cento polígamos, respectivamente). Nas áreas urbanas, o nível de consumo dos agregados familiares chefiados por mulheres solteiras era 35 por cento mais elevado que os agregados familiares chefiados por mulheres divorciadas ou viúvas⁴. A alta incidência da pobreza nas mulheres divorciadas e viúvas pode estar relacionada com certas práticas sociais discriminatórias de que esta categoria da população é vítima. Em várias comunidades tradicionais, após a morte do marido, a viúva e os seus descendentes são herdados pelos familiares do marido, normalmente pelo irmão mais velho. O motivo desta prática é garantir uma maior coesão familiar e conferir maior segurança à viúva e aos seus descendentes, considerando que eles se mantêm no seio dos familiares do malogrado marido. A mulher que, por uma ou outra razão, decidir ou for obrigada a viver por seus próprios meios não poderá ter um lugar no seio da estrutura da família tradicional e será sujeita ao ostracismo. Com a actual erosão dos valores tradicionais, muitas viúvas se encontram sózinhas, tendo que se defender e tentar viver com os seus próprios meios.

² A incidência da pobreza foi medida pelo Índice da Pobreza Humana. O pobre representa a parcela da população com níveis de consumo equivalente a adultos com poder de compra com paridade ajustada de US\$ 2 por dia.

³ Todos os dados estatísticos deste parágrafo foram extraídos da análise de pobreza do IPSA baseado no ILAP de 2002.

⁴ Banco Mundial 2006.

2.2. VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO E RISCOS

2.2.1 Principais fontes de riscos

15. **A maioria da população da Guiné-Bissau não somente é cronicamente pobre, mas também é vulnerável a uma série de riscos.** Um agregado familiar pode ser considerado vulnerável quando está sujeito à insegurança de rendimentos devido a choques; o agregado é cronicamente pobre quando tem um nível muito reduzido de recursos e não se esperam melhorias de rendimento. Agregados familiares que são vulneráveis e cronicamente pobres têm muita probabilidade de não conseguirem recuperar-se nos momentos de crise, já que têm acesso limitado aos instrumentos de gestão de riscos. São estes agregados familiares que têm necessidades especiais de protecção social.

Tabela 2: Principais Fontes de Risco na Guiné-Bissau

	Nível do agregado familiar	Nível médio/ macro
Riscos de saúde	Morte	
	Doença/Invalidez	
	Práticas Nefastas (excisão, abandono de gémeos)	
	VIH/SIDA	
	Construção segura de moradia	
Riscos Sociais	Ausência de rede social	
	Discriminação de género	
	Condição de órfão	
Riscos Económicos	Desemprego	Degradação dos campos de arroz
		Perda de colheitas cíclicas
		Dependência da castanha de cajú
Riscos Políticos		Conflito
		Instabilidade política

Riscos Idiossincrático

16. A vulnerabilidade aos factores idiossincráticos (agregado familiar) de risco é determinada principalmente pelas características sócio-económicas das famílias (recursos, rendimento, grau de dependência, desagregação do agregado familiar, etc.). Expor-se ao risco é também frequentemente o resultado de um atributo culturalmente estabelecido, de forma a definir, por exemplo, o estatuto da mulher ou da criança no agregado familiar⁵.

⁵ Tovo e Bendokat 2006.

17. **Morte e doença.** A morte do chefe da família implica despesas significativas para a família, já que a tradição requer que os funerais sejam onerosos⁶. Além disso, na maioria dos casos, a morte do chefe da família não se traduz somente em importantes perdas de rendimentos para o agregado familiar, mas também provoca um enfraquecimento da sua rede de apoio e reduz o capital social⁷. O direito de herança e o estatuto do parceiro sobrevivente ainda depende largamente do direito/lei tradicional. A viúva e os seus descendentes passam a estar sob responsabilidade do irmão do falecido marido, que por se ocupar destes, passa também a ser herdeiro dos bens do malogrado.

18. **Mas este sistema tradicional está sob pressão** devido ao enfraquecimento dos laços familiares, à pobreza do sucessor, e consequentemente à sua incapacidade para sustentar a viúva, e ao aumento do poder económico de muitas mulheres, que não desejam subordinar-se ao agregado familiar de outro homem, preferindo viver com os seus próprios meios, ainda que seja em detrimento da sua posição social. Da mesma forma, traumas negativos de saúde, nomeadamente doenças agudas ou crónicas dos membros da família, expõem os membros do agregado familiar a uma situação de muita tensão. Serviços médicos, em muitos casos, devem ser pagos no momento do tratamento, não obstante os custos de tratamento de uma doença ou ferimento serem significativamente menores que a perda de rendimento resultante da doença⁸.

19. **A construção de casas seguras é um factor crítico.** Muitas casas, especialmente nas zonas rurais e áreas da periferia urbana, têm cobertura de colmo – *casas de palha*; (são casas das camadas mais pobres). Consequentemente, estão sujeitas a incendios incontrolados. As famílias afectadas acabam por perder tudo, tendo como único recurso a assistência das Organizações Não Governamentais, como a Caritas.

Riscos Covariados

20. **A maioria da população nacional activa está sujeita à vulnerabilidade de emprego.** Cerca de 80 por cento da população trabalha no sector primário, sendo a maior parte activa nos trabalhos intensivos da agricultura de subsistência. O fraco grau de diversidade agrícola, o isolamento relativo de muitas comunidades, e o baixo nível de monetização da economia nas áreas rurais, confere aos agricultores pouca margem para investimento em bens de capital ou para efectuar poupanças contra choques externos. A degradação dos campos de arroz, a predominância da cultura de cajú e as práticas das colheitas reflectem a baixa capacidade agrícola. Esta vulnerabilidade é agravada pelas perdas cíclicas das colheitas, devido ao baixo nível pluviométrico, ao avanço das águas salgadas nos campos de arroz (nos casos de culturas de mangrove) e às pragas e outras pestes⁹.

21. **As oportunidades de trabalho salarial diminuíram consideravelmente devido à estagnação da economia no período pós-conflito.** Esta realidade reflecte-se na taxa de desemprego dos adultos na capital (14.36 por cento), onde o sector formal é mais importante.

⁶ Por exemplo, entre os papéis é um costume enterrar o defunto com um grande número de objetos (tecidos, etc.) como um símbolo de riqueza enquanto vivo.

⁷ Lourenco-Lindell 2005.

⁸ Gertler and Gruber 1997.

⁹ WFP 2006.

Nas áreas rurais, apenas 7.91 por cento da população adulta se considera desempregada¹⁰. O desemprego juvenil é maior que o desemprego dos adultos, seguindo uma tendência geralmente observada nos países da África Subsaariana.

22. **A dependência da castanha de cajú é potencial fonte de insegurança alimentar.** A maioria da população que trabalha na agricultura também possui plantações de cajú, que cobre actualmente 180.000 hectares (ou cinco por cento da superfície nacional, globalmente a maior percentagem a nível mundial)¹¹, sendo a castanha de cajú responsável por 98 por cento do total das exportações. Os pequenos agricultores são responsáveis por 80 por cento da plantação de cajú e possuem entre 2 a 3 hectares em superfície. Segundo o Ministério da Agricultura, a cultura do cajú emprega 82 por cento da força de trabalho rural¹². O sector do cajú continua a crescer rapidamente, tendo em conta que grandes superfícies do país estão a ser transformadas em plantações deste produto. Isto acarreta vários riscos para a população. Primeiro, as plantações são normalmente uma monocultura não protegida, onde a penetração de pragas pode ser potencialmente devastadora. Segundo, a falta de diversidade das culturas faz com que os pequenos agricultores estejam sujeitos aos riscos de flutuação dos preços da castanha de cajú no mercado internacional. Normalmente, os agricultores trocam as suas colheitas de cajú por arroz importado ao invés de receberem pagamento em dinheiro. A campanha de castanha de cajú de 2006/2007 foi caracterizada por uma grande queda de preço, o que alterou a proporção de troca de 2 sacos de arroz por um saco de cajú para dois a dois sacos e meio de cajú por um saco de arroz. A situação foi exacerbada por uma fixação irrealista de preços que, alegadamente, acarretou fome no meio rural.

2.2.2 Grupos Vulneráveis

23. Enquanto a maioria da população Guineense está exposta a uma vulnerabilidade estrutural, devido à pobreza e ao baixo nível de recursos, alguns grupos da população são particularmente vulneráveis a um ou vários riscos por estarem proeminentemente expostos aos choques ou por não possuírem recursos adequados para lidar com esses riscos. Entre os grupos mais vulneráveis encontram-se as crianças, jovens e idosos. O parágrafo seguinte oferece um panorama dos principais riscos que podem afectar essas diferentes categorias da população.

Crianças

24. **As crianças são vulneráveis a vários riscos.** Enquanto os primeiros anos são críticos em termos de sobrevivência infantil, um grande número de crianças com idades entre 5 e 14 anos são vulneráveis à exploração, negligência e abusos, que impedem o seu desenvolvimento assim como a formação de um capital humano necessário ao país. Esta realidade afecta sobretudo as crianças trabalhadoras, órfãos, crianças que vivem longe dos seus lares, gémeos e mendigos. Não obstante os esforços para registar todas as crianças, apenas 38.9 por cento da população infantil de idades compreendida entre 0 e 59 meses tinham sido registadas em 2006. Apesar de não existir uma variação significativa em relação ao género, a percentagem das crianças registadas é relativamente mais baixa no Sul do país (Quinara, Tombali e Bolama Bijagos), onde somente 20

¹⁰ ILAP 2002.

¹¹ Chasse 2006.

¹² Banco Mundial 2006.

por cento foram registadas, em comparação com 57 por cento no Sector Autónomo de Bissau. Quando inquiridos sobre as razões porque as suas crianças não tinham sido registadas, 34.2 por cento dos pais alegaram que se devia ao elevado custo do registo; 25.7 por cento afirmaram que o local de registo é muito distante, enquanto 18.9 por cento alegaram não saber o local de registo das crianças¹³.

25. Como em toda a África, o trabalho infantil é uma prática comum na Guiné-Bissau. Entre as crianças de idade compreendida entre 5 e 14 anos, 39.2 por cento estão envolvidas em alguma forma de trabalho infantil¹⁴. Este dado está muito próximo da média estimada nos países da África Ocidental e Central, que é da ordem dos 42 por cento – valor mais elevado que o de qualquer outra sub-região no mundo¹⁵. A maioria do trabalho é desenvolvido no seio da empresa familiar, sendo desse modo predominantemente trabalho agrícola. As crianças começam a ajudar as famílias nas actividades agrícolas desde idades muito tenras, por exemplo, colhendo castanhas de cajú, que é tradicionalmente uma actividade exercida pelas mulheres e crianças. Somente 2.1 por cento da totalidade das crianças inquiridas que trabalham fora dos seus lares têm trabalhos remunerados. De todas as crianças trabalhadoras, 53.7 por cento afirmam que também frequentam a escola. 37 por cento das crianças que frequentam a escola alegam que também trabalham¹⁶.

26. Os órfãos precisam de considerável aumento de protecção. 11.3 por cento das crianças Guineenses (cerca de 11.000 crianças em termos absolutos) são órfãos de pai ou mãe ou de pai e mãe, e a sua percentagem aumenta com a idade. Entre os adolescentes de 15-17 anos, 22.8 por cento são órfãos (Tabela 3). Em termos de matrícula escolar, a relação órfãos/não órfãos é de 0.97, isto é, os órfãos têm uma ligeira desvantagem¹⁷. Também, o início da prática sexual para os órfãos tende a ser um pouco mais cedo em comparação com os não-órfãos: 23.67 por cento das raparigas não-órfãs com idade compreendida entre os 15-17 anos iniciam relações sexuais antes dos 15 anos. Entre as raparigas órfãs esta proporção aumenta para 25.12 por cento, correspondendo a uma relação de 1.06¹⁸.

27. Muitas crianças não vivem com os seus pais biológicos mesmo que estes estejam vivos. Isto pode ser atribuído especialmente ao costume de colocar as crianças de ambos os sexos, mais frequentemente as raparigas, sob a custódia dos familiares (raparigas/rapazes dadas/os para criação). Frequentemente, o agregado familiar que recebe a criança encontra-se na área urbana, onde o familiar que recebe a criança se responsabiliza pelo seu alojamento e outras despesas, incluindo por vezes os custos de escolarização. Em contrapartida, a criança deve prestar serviços domésticos. Os dados ilustram que a maioria das crianças são colocadas com os familiares nas cidades – dentro da amostragem do MICS, menos de metade das crianças vivem em Bissau com os pais, e o quintil mais rico das famílias tinham a percentagem mais alta de

¹³ MICS 2006.

¹⁴ Isto é baseado na definição do MICS que utiliza a seguinte classificação para trabalho infantil: (a) crianças com idades entre 5 e 11 anos que completaram pelo menos uma hora de actividade económica ou no mínimo 28 horas de trabalho doméstico durante a semana que precedeu o inquérito; e (b) crianças com idades entre 12 e 14 anos que completaram no mínimo 14 horas de actividade económica durante a semana que precedeu o inquérito.

¹⁵ www.childinfo.org.

¹⁶ MICS 2006.

¹⁷ MICS 2006.

¹⁸ MICS 2006.

crianças vivendo sem nenhum dos pais, ainda que ambos estivessem vivos (20.1 por cento). Esta prática é iniciada na tenra idade. Na verdade, este processo começa quando as crianças estão com idades entre 5 e 9 anos, altura em que 15.4 por cento das crianças já vivem sem nenhum dos pais, não obstante ambos os pais biológicos estarem vivos. Contudo, nem todas as crianças vivem com familiares; muitas vivem com estranhos. Independentemente de com quem as crianças vivam, viver longe da sua família mais próxima durante a tenra idade expõe as crianças a muitos riscos – especialmente as raparigas – como, por exemplo, o de serem vítimas de maltrato, negligência e abusos como crianças serviçais¹⁹.

Tabela 3: Condições de Vida e Situação de Crianças Órfãs Menores de 17 anos

		Vive com ambos os pais	Vive sem nenhum dos pais				Não vivem com os pais biológicos	Um ou ambos os pais morreu
			Somente o pai está vivo	Somente a mãe está viva	Ambos estão vivos	Ambos morreram		
Sexo	Masculino	62.3	1.2	2.5	11.9	1.3	16.9	11.4
	Feminino	57.5	1.4	2.5	15.6	1.5	21.0	11.2
Região	SAB	48.4	1.7	3.4	18.4	1.9	25.4	13.9
	Leste	76.1	.5	1.1	7.5	1.1	10.1	6.5
	Norte	55.4	1.4	2.9	14.5	1.4	20.7	13.3
	Sul	61.7	1.6	2.3	15.0	1.0	19.9	9.8
Meio	Urbano	50.1	1.8	3.3	17.9	1.9	25.0	13.7
	Rural	64.9	1.0	2.0	11.6	1.2	15.8	10
Idade	0-4	67.6	0.7	.6	8.1	0.4	9.8	5.4
	5-9	61.9	1.1	2.1	15.4	0.8	19.4	9.1
	10-14	55.6	1.6	3.8	16.8	1.8	24	15.4
	15-17	44.8	2.5	5.5	17.5	4.6	30.2	22.8
Rendimento por quintil	Mais pobre	61.3	1.1	2.6	14.4	1.3	19.3	11.4
	Pobre	64.4	1.1	2.0	12.4	1.3	16.9	10
	Rendimento médio	65.2	.9	2.0	10.0	1.1	14	10.6
	Rico	60.8	1.2	2.1	12.6	1.4	17.2	10.4
	Mais rico	46.1	2.3	3.9	20.1	2.1	28.3	14.4
Língua do Chefe do agregado familiar	Balanta	53.2	1.3	4.0	21.4	1.4	28.0	11.6
	Fula/Mandinga	72.6	0.8	1.3	8.0	1.4	11.5	8.8
	Brames	49.6	1.5	2.1	13.0	1.6	18.2	14.7
	Outras	51.5	2.4	3.7	18.0	1.2	25.2	12.4
Total		59.9	1.3	2.5	13.7	1.4	18.9	11.3

Fonte: MICS 2006.

28. **Como em toda a África Subsaariana, os órfãos são normalmente inseridos na rede familiar e nunca são colocados sob cuidados institucionais.** Esta forma de solidariedade familiar está a ser cada vez mais questionada devido ao VIH/SIDA. De acordo com a Caritas, estima-se em 6.000 o número de órfãos do VIH/SIDA em todo o país. Sob uma ameaça de crise da SIDA, este número provavelmente aumentará nas próximas décadas e medidas de apoio deverão ser tomadas para ajudar as pessoas que têm a cargo estes órfãos.

29. **As crianças traficadas (mendigas), conhecidas como *talibes*, são um grupo que merece atenção especial.** Na sociedade islâmica é prática corrente que as crianças do sexo masculino recebam educação religiosa que, tradicionalmente, não se limita simplesmente à

¹⁹ Kielland and Tovo 2005.

aprendizagem das Sagradas Escrituras, mas também passa por uma disciplina estrita. As escolas tradicionais são muito comuns nas comunidades Fula e Mandinga. De acordo com um estudo recente realizado pelo UNICEF, o número total de alunos que frequentam as escolas corânicas nas zonas leste, sul e em Bissau é de cerca de 22.000²⁰. Estas crianças estão potencialmente em risco de serem enviadas pelos seus mestres corânicos para o Senegal, onde viverão numa pobreza absoluta, sem acesso aos cuidados de saúde e ao ensino formal; estarão malnutridas e em precárias condições, sendo muitas vezes vítimas de acções de violência. Um inquérito recente concluiu que 28 por cento das crianças mendigas ou pedintes em Dakar (30 por cento dos *talibes* e 12 por cento das crianças de rua) são provenientes da Guiné-Bissau²¹. Os pais dessas crianças alegam conhecer o destino dos seus filhos no estrangeiro, não obstante na maioria dos casos as crianças perderem absolutamente qualquer contacto com os seus progenitores. Ainda que longe de parecer com a situação endémica nas cidades vizinhas do Senegal, a rápida urbanização está a conduzir a um visível aumento deste fenómeno na capital da Guiné-Bissau.

Caixa 1: Protecção legal das crianças

O Governo da Guiné-Bissau ratificou um conjunto de tratados internacionais muito pertinentes, destinados a garantir a protecção legal das crianças, nomeadamente a Convenção dos Direitos da Criança, o Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos da Criança em Relação à Venda das Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil; e o Protocolo Opcional à Convenção dos Direitos da Criança relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados. Além disso, o Protocolo de Ottawa, relativo à eliminação de minas anti-pessoal, foi ratificado em 2000. Entretanto, ainda não foi concluída a harmonização das leis internas a fim de garantir a conformidade com estas Convenções Internacionais.

Não existe uma política infantil abrangente no país. Porém, existem alguma legislação importante, tal como o Estatuto Jurisdicional dos Menores (1971), que confere um quadro legal básico para a protecção da criança.

A Guiné-Bissau, no entanto, não ratificou as Convenções 138 e 182 da OIT que determinam a idade mínima do trabalho infantil e as piores formas de trabalho infantil. A Lei Geral do Trabalho determina a idade de 14 anos como a idade mínima de trabalho e define a obrigatoriedade do ensino. Além disso, a lei proíbe o emprego laboral das crianças menores de 18 anos em trabalhos pesados e perigosos. Mas as referidas leis ainda não são rigorosamente aplicadas.

Um grupo considerável de crianças vulneráveis são vítimas de vazio legislativo. É o caso, nomeadamente, de crianças mendigas, desprotegidas por falta de uma lei que impeça esta prática. Da mesma forma, a maioria das trabalhadoras domésticas são raparigas, cujos estatutos também não estão regulamentados.

Fonte: Instituto da Mulher e da Criança

Jovens

30. Os jovens na Guiné-Bissau enfrentam grandes dificuldades na transição para a independência económica. Não sendo capazes de atingir as expectativas pré-estabelecidas pela sociedade, tal como casar-se e constituir sua própria família, os jovens entram num «moratorium social», alargando o período da juventude até aos 30 anos²². Isto é um fenómeno oposto ao dos países desenvolvidos, onde os jovens são vistos como protagonistas da produção cultural e os adultos, por sua vez, tendem a estimular a extensão do período da juventude. Na Guiné-Bissau, o controle assimétrico dos recursos é o factor fundamental que leva à dependência dos jovens do

²⁰ INEP, 2006.

²¹ Entendendo o Trabalho das Crianças, 2007.

²² Este parágrafo é baseado no trabalho antropológico de campo de Henrik Vigh. Veja Vigh 2006.

apoio das suas famílias maternas ou paternas. A exemplo do que se observa noutros países da sub-região, a marginalização económica e social de um vasto número da população jovem ajuda a aquecer a tensão entre gerações.

31. **O desemprego juvenil excede consideravelmente o desemprego dos adultos.** Uma análise de dados disponíveis sobre o desemprego de uma coorte etária revela que a percentagem de desemprego dos indivíduos com idades entre 15 e 24 anos é maior que a dos adultos, independentemente do local de residência ou do género. No entanto, a magnitude deste fenómeno difere consideravelmente quando essas variáveis são consideradas na análise do desemprego entre os jovens, variando de 12.03 por cento de desemprego entre as raparigas que não vivem em Bissau a 46.6 por cento da população juvenil masculina de Bissau. O elevado grau de desemprego no seio da população juvenil masculina urbana pode ser atribuído à diferença do papel do género no mercado de trabalho. Enquanto as mulheres dominam o mercado informal, os rapazes aspiram e esperam poder entrar no mercado de trabalho formal. Apesar da grande limitação de oportunidades de trabalho no sector formal, os rapazes frequentemente optam por não escolher trabalhos que são vistos como actividades tradicionalmente femininas, preferindo manter-se ociosos.

Tabela 4: Taxas de Desemprego (%)		
	15-24 anos	25-60 anos
Bissau	40.15	14.36
Bissau/homens	46.87	16.31
Bissau/mulheres	29.29	11.61
Resto do país	15.74	7.91
Homens /resto do país	19.34	8.30
Mulheres/ resto do país	12.03	7.53

Fonte: ILAP (2002), cálculo dos autores.

32. **Para se libertarem desta situação de dependência, os jovens procuram frequentemente acesso à rede patrimonial.** A associação com *homi-garandi*, um homem de estatuto, pode trazer perspectiva de emprego e avanço social. O acesso a tal rede é sempre fundado em laços familiares e étnicos. Como foi citado por Vigh, o recrutamento de mais de 1.000 milícias para-militares durante o conflito de 1998 em Bissau foi efectuado na base de expectativas de avanços socio-económicos.

33. **Os jovens nas zonas urbanas vivem em situação precária por falta de posse fundiária, tendo que depender da «economia de afecção», que é sustentada pelos familiares**²³. No entanto, Bissau e outras grandes capitais regionais atraem um número considerável de migrantes. Segundo um estudo efectuado pelo Programa Alimentar Mundial (PAM)²⁴, o crescimento anual da população em Bissau é estimado em 6 por cento, comparado com crescimentos mais modestos nas duas capitais regionais do sul do país (Quinara e Tombali), cujas taxas de crescimento populacional são de 1.5 por cento e 2 por cento, respectivamente. Não existem dados acerca da composição da população migrante, mas calcula-se que a maior parte da migração interna seja uma migração jovem. Durante as visitas de terreno efectuadas no quadro

²³ Vigh 2006.

²⁴ World Food Program 2006.

deste estudo, praticamente todas as mulheres visitadas nas tabancas mencionaram a ausência de um ou mais filhos. As raparigas normalmente permanecem em casa para ajudar nos trabalhos domésticos e cuidar das crianças, o que acaba por criar uma ruptura na família. Esta tendência vai provavelmente continuar e poderá mesmo acelerar nos próximos anos, acarretando problemas típicos da juventude nas zonas urbanas dos países em via de desenvolvimento, nomeadamente aumento das tensões sociais, comportamentos sociais perigosos e delinquência.

34. **Várias informações dão conta do aumento da migração interna e externa.** Muitos jovens acreditam que emigrar para a Europa é a melhor solução para as dificuldades encontradas, não importando quão custosa e perigosa possa ser esta decisão. Um lugar num barco pesqueiro senegalês para as ilhas Canárias custa no mínimo 600.000 Francos CFAs (aproximadamente US\$ 1.500). Não é conhecido o número exacto de guineenses entre os 31.000 imigrantes ilegais que partiram da África Ocidental para a Europa neste tipo de rota marítima em 2007. A única informação é que as deportações são frequentes²⁵.

35. **A juventude é também uma fase de experimentação sexual e exposição a riscos**²⁶. Na Guiné-Bissau, as relações sexuais entre parceiros sexuais ocasionais é frequente (60.6 por cento), particularmente na capital (82.5 por cento). Apesar de apenas 6 por cento das raparigas admitirem ter tido mais de um parceiro sexual ocasional nos últimos 12 meses, menos de 38.8 por cento utilizaram preservativo durante a sua última relação com parceiros sexuais ocasionais. O uso de preservativos é maior nas zonas urbanas como Bissau (48.5 por cento) e está relacionado com o nível de educação e de rendimento dos usuários. Além disso, práticas tradicionais aumentam a vulnerabilidade às infecções, especialmente entre as raparigas (Caixa 3).

Tabela 5: Uso de Preservativos durante a Última Relação Sexual de Sisco, percentagem de mulheres com idades compreendida entre 15-24

		Percentagem das mulheres que declararam ter tido relação sexual com parceiro sexual ocasional nos últimos 12 meses.	Percentagem das mulheres que declararam utilizar preservativo durante o último acto sexual com parceiro sexual ocasional
Região	SAB	82.5	50.1
	Leste	39.0	23.5
	Norte	50.0	28.8
	Sul	53.6	23.8
Localidade	Urbana	80.0	48.5
	Rural	41.3	20.1
Idade	15-19	74.4	36.4
	20-24	49.9	41.5
Nível de educação	nenhum	31.9	17.3
	Primário	77.9	40.5
	Secundário e acima	89.5	52.0
	Não-formal	44.4	23.4
Rendimento e quintil	Mais pobre	35.5	12.1
	Pobre	40.3	14.7
	Rendimento médio	61.8	26.0
	Rico	64.3	39.2

²⁵ Reuters.

²⁶ Zewdie 2006.

	Mais rico	83.7	53.5
Total		60.6	38.8

Fonte: MICS 2006 (repórter preliminar).

36. **Entretanto, estão a ser observadas novas formas de organização social entre os jovens.** Os clubes de jovens assim como as associações comunitárias juvenis estão a multiplicar-se tanto nas áreas rurais como nas zonas urbanas da Guiné-Bissau. Existe uma grande quantidade de organizações juvenis, ainda que algumas apenas possuam estatuto legal. É muito comum encontrar iniciativas ao nível de bairros orientadas para responder às necessidades consideradas mais urgentes, como os problemas de água e saneamento, aspectos de saúde e oportunidades de emprego (ou falta deste). Várias plataformas nacionais da juventude surgiram para representar os interesses da população juvenil.

Mulheres

37. **A situação da mulher na sociedade Guineense está a passar por uma mudança considerável.** O papel tradicional do género está a perder significado perante a contracção do sector formal e a elevada migração interna. No meio urbano em particular, é muito comum hoje que sejam as mulheres a sustentar as suas famílias através de actividades no mercado informal, enquanto seus maridos não conseguem assegurar empregos de longa duração. Entretanto, tradicionalmente, quase todos os grupos étnicos, independentemente de sua religião, são organizados na base de uma estrutura patriarcal. Tanto as crianças como as mulheres estão subordinados à guarda de uma cabeça (masculina) do agregado familiar, o chefe de família. Nesta posição, o marido goza do monopólio do poder. Por exemplo, 51.6 por cento das mulheres acreditam que é aceitável que seus maridos batam nelas por alguma razão²⁷.

38. **A incidência da poligamia é elevada e o casamento precoce é frequente na Guiné-Bissau.** Estima-se que quase metade dos casamentos (48.8 por cento) sejam polígamos²⁸. Esta prática é frequente não só entre os grupos étnicos islâmicos (Fulas e Mandigas), mas também no seio dos Balantas, a principal etnia animista. Tal prática é mais comum nas áreas rurais do que nos centros urbanos. A idade legal mínima para o casamento é de 14 anos para as raparigas e de 16 anos para os rapazes, mas 7.3 por cento das raparigas casam-se antes dos 15 anos e 27.3 por cento estão casadas antes de atingirem os 18 anos. Entre as esposas com idades compreendidas entre 15-19 anos, 51.2 por cento têm maridos que são 10 anos mais velhos. Nas capitais regionais, esta proporção passa para dois terços. O casamento precoce está relacionado com o rendimento. Entre os quintis mais pobres, 8.5 por cento já estão casadas na idade dos 15 anos; este valor diminui para 4.5 por cento nos quintis mais ricos²⁹.

39. **A mutilação genital feminina, denominado em creolo “fanado”, é frequente na Guiné-Bissau.** Além da redução considerável do prazer sexual na mulher, esta prática coloca um risco grave para a saúde reprodutiva, podendo provocar infecções urinárias, infertilidade e infecções como o VIH/SIDA e outras doenças transmissíveis. De acordo com o último inquérito do MICS (Tabela 6), aproximadamente 44.5 por cento das mulheres a nível nacional foram

²⁷ MICS 2000.

²⁸ MICS 2006.

²⁹ MICS 2006.

submetidas a esta prática. Na realidade, a mutilação genital feminina é praticada exclusivamente entre os grupos étnicos islâmicos. Entre os Fulas e os Mandigas, os dois maiores grupos islâmicos da Guiné-Bissau, mais de 95 por cento das mulheres foram submetidas a este tipo de procedimento. Apesar de um crescente discurso público contra a prática do “fanado” na Guiné-Bissau, com um projecto lei a ser discutido pelo Parlamento e algumas ONGs a fazerem campanhas contra esta prática, há um número considerável de mulheres que acreditam que a prática do fanado deve continuar. Isto está relacionado com o significado sócio-cultural que se atribui a este ritual (Caixa 3).

Tabela 6: Percentagem das Mulheres na Idade entre 15-49 anos Vítimas de “fanado” e suas Opiniões acerca deste acto

		Percentagem das fananecas	Percentagem das mulheres que acreditam que a prática deve:	
			continuar	Não deve continuar
Região	SAB	32.1	10.8	81.3
	Leste	92.7	64.5	28.7
	Norte	28.7	18.8	63.1
	Sul	36.3	31.8	46.1
	Urbano	39.0	14.9	76.1
	Rural	48.2	37.1	47.5
	Nenhum	54.4	40.3	44.4
	Primário	34.5	14.5	74.2
	Secundário+	21.3	3.6	90.8
	Não formal	91.8	62.0	17.6
Língua do chefe da família	Balanta	4.3	4.3	79.7
	Fula/Mandiga	59.5	59.5	30.0
	Brames	3.5	3.5	82.9
	Outras	19.3	19.3	68.4
Total		27.9	27.9	59.3

Fonte: MICS 2006.

As pessoas idosas

40. **As pessoas idosas, com 65 ou mais anos de idade, constituem uma reduzida percentagem da população.** Isso não é nenhuma surpresa num país como a Guiné-Bissau, onde a esperança de vida actual é de 47 anos. Entretanto, a maior incidência da pobreza é observada nos agregados familiares dirigidos por idosos com mais de 66 anos de idade, com 75.6 por cento vivendo na pobreza, quase 10 pontos percentuais acima da média nacional de 64.7 por cento³⁰. Este elevado índice pode ser explicado pelo facto de os idosos e doentes estarem geralmente a cargo dos próprios filhos. Os idosos só se responsabilizam pelas suas próprias famílias quando não dispõem de uma rede social segura à sua disposição.

³⁰ ILAP 2002.

3. DESEMPENHO DOS SECTORES SOCIAIS: VISÃO GERAL E DESAFIOS

3.1 PERSPECTIVAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

41. Este capítulo apresenta o desempenho actual nos sectores da educação, saúde e protecção social. O capítulo começa por apresentar um resumo da situação da Guiné-Bissau no que diz respeito aos indicadores críticos de desenvolvimento humano, particularmente aqueles que são contemplados pelos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento. Em seguida, é abordado com mais detalhes os principais desafios enfrentados pelos três sectores, respectivamente nas secções dois, três e quatro.

42. **A perspectiva de desenvolvimento humano é fraca.** Em 2006, a Guiné-Bissau figurava na 173ª posição entre 177 países em termos de índice de desenvolvimento humano. A maioria dos indicadores sociais estagnaram ou pioraram nos últimos anos. A esperança de vida à nascença é estimada em 47 anos e a taxa de analfabetismo é de 63 por cento. Considerando o enorme crescimento da população urbana nos últimos anos, o país tem diante de si um grande desafio que consiste em melhorar o seu desempenho económico e fortalecer a eficiência e a eficácia na prestação dos serviços sociais básicos.

43. **A Guiné-Bissau está longe de alcançar a maioria dos OMDs nos domínios da educação e da saúde.** Segundo o MICS-3 entre 2000 e 2006, a taxa de mortalidade infantil aumentou de 124 por cada 1.000 nados vivos para 138 por cada 1.000 nados vivos, tendo a mortalidade das crianças menores de 5 anos crescido de 203 por cada 1.000 nados vivos para 223 por cada 1.000 nados vivos (a décima taxa de mortalidade mais elevada do mundo). Ou seja, duas em cada dez crianças morrem antes de atingir os 5 anos da idade. A mortalidade materna é estimada entre 800 e 1.100 por 100.000 nados vivos. Praticamente não existem mecanismos de protecção social e grande parte da população conta com as organizações comunitárias informais para lidar com os riscos.

44. **No sector de educação, apesar dos consideráveis progressos na cobertura escolar nos últimos anos, o país está longe de alcançar a meta do ensino primário universal.** Seis em cada dez crianças que entram na primeira classe não conseguem concluir o ensino básico. Muitos dos que terminam o ensino básico continuam analfabetos devido à fraca qualidade do ensino que recebem. A disparidade de género tem diminuído gradualmente, mas ainda existem disparidades entre grupos sócio-económicos.

Tabela 7: Os OMD em Educação e Saúde na Guiné-Bissau

OMDs em Educação	Metas dos OMD (2015)	Situação actual da Guiné-Bissau
Ensino Primário Universal	100%	42%
Paridade de género no ensino primário (relação rapaz/rapariga)	1:1	0.9
Mortalidade Infantil (por 1.000 nados vivos)	47	138
Mortalidade antes dos 5 anos (por 1.000 nados vivos)	80	223
Mortalidade Materna (por 100.000 nados vivos)	229	800

Estimativa da prevalência do VIH/SIDA	5.9	8.7
---------------------------------------	-----	-----

Fonte: Ministério da Educação e MICS 3

3.2 O SECTOR DE EDUCAÇÃO

3.2.1 Acesso à Educação

45. **O sinal mais visível de progresso no sector da educação na Guiné-Bissau é a elevada taxa de cobertura escolar nos últimos anos.** Com aproximadamente 300.000 alunos inscritos no ensino básico e secundário em 2005, o sistema de educação acolhe hoje o dobro de alunos do que em 1995. No ensino básico, o número de alunos mais que duplicou durante o mesmo período, passando de 105.430 para 252.479. Este aumento na cobertura, particularmente nos últimos anos, deve-se em parte aos esforços sem precedentes do governo para disponibilizar novas salas de aulas e estimular a procura, mas também está associado ao grande envolvimento dos provedores privados e das comunidades locais no oferta de serviços de educação básica³¹.

Tabela 8: Número de Escolas e de Alunos no Ensino Básico em 2006, e Percentagem das Escolas Privadas e Comunitárias

	Bafatá	Biombo	Bissau	Bolama	Cacheu	Gabú	Oio	Quínara	Tombali	Nacional
Nº.de escolas ensino básico (1-6)	277	55	127	46	228	167	277	72	135	1384
Nº. salas de aula	539	323	1056	158	748	324	439	163	360	4110
Alunos	35605	23405	50952	7273	41087	27392	31363	12585	22817	252479
Rácio aluno/sala de aula	66	72	48	46	55	85	71	77	63	61
Percentagem de escolas básicas privadas	3.0	18.2	64.6	2.2	11.1	3.0	1.4	5.6	6.7	12
Salas de aula em boas condições	27.3	47.4	41.3	31.0	55.4	55.6	55.4		33.3	46.1
Percentagem escolas primárias comunitárias	27.4	1.8	1.6	2.2	14.9	16.8	29.7	23.6	35.6	19.4

Fonte: GIPASE.

46. **A Taxa Bruta de Escolarização (TBS) no Ensino Básico tem aumentado progressivamente.** A TBS passou de 53 por cento em 1995 para 102 por cento em 2005, reflectindo a maior capacidade de acomodação do sistema (Figura 1). Contudo, a Taxa Líquida de Escolarização (TLE) no ensino básico situa-se em torno de 45 por cento. Os valores das taxas bruta e líquida de escolarização são altamente divergentes por causa da entrada tardia de grande

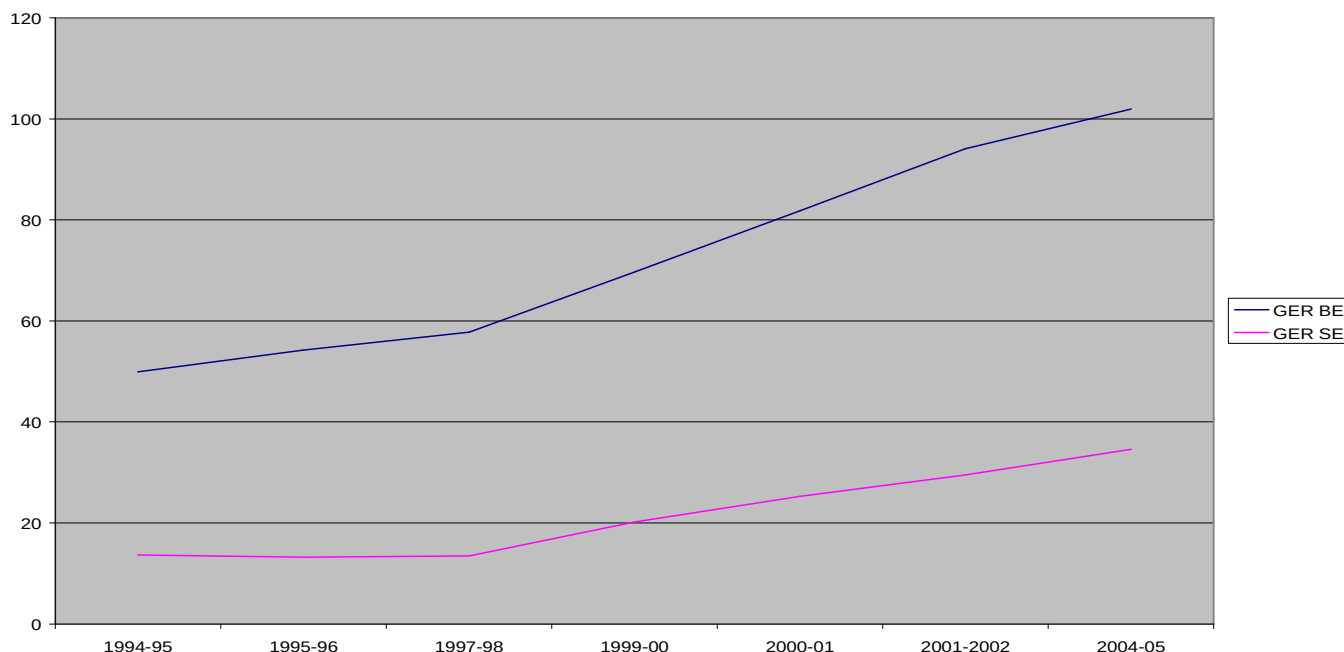
³¹ O número de escolas do ensino básico aumentou de 650 para 1.334 durante o mesmo período (um aumento de quase 100 por cento). Hoje, as escolas comunitárias e privadas representam 20 e 12 por cento, respectivamente, de todas as escolas do ensino básico no país.

parte das crianças na escola. Em teoria, o ensino básico deve ser frequentado por crianças entre 7 e 12 anos. Na realidade, o grupo etário das crianças neste ciclo varia entre 6 e 18 anos.

47. **A Taxa Bruta de Admissão (TBA) tem sido alta nos últimos anos.** Consistente com o aumento da participação no ensino básico, expresso através do aumento das inscrições neste ciclo do ensino, a TBA na primeira classe tem sido elevada nos últimos anos. Estima-se que a TBA tenha sido em média de 120 por cento durante o período de 2002-2005³². Este número elevado reflecte a presença de novas crianças que ingressam na primeira classe com idades acima do grupo etário teórico. Manter a taxa bruta de admissão em 100 por cento ou mais é importante para alcançar a meta do ensino primário universal a médio prazo.

³² A taxa bruta de admissão no ano lectivo 2004-2005, o último ano do qual se dispõe de dados, foi estimada em 137.4 por cento.

Gráfico 1: Taxa Bruta de Escolarização (TBE) no Ensino Básico e Secundário



Fonte: Ministério da Educação.

48. **O ensino secundário tem seguido um padrão similar de crescimento.** O número de alunos inscritos neste nível de ensino mais que triplicou entre 1995 e 2005, passando de 15.000 para 50.000. O sector privado, com 12.4 por cento de matrículas em 2005, teve um papel catalizador nesta expansão, já que o investimento do governo no sector manteve-se muito modesto³³. As escolas privadas, no entanto, estão distribuídas de forma irregular por todo o país, estando a maioria delas concentradas na capital e nos seus arredores.

49. A falta de escolas parece condicionar uma expansão mais acelerada do ensino secundário. A expansão nas matrículas contribuiu para aumentar a TBE no ensino secundário para 35 por cento, um valor um pouco superior à taxa média de 30 por cento verificada nos países da África Subsaariana em 2005. Em 2005, a taxa de transição do ensino primário para o secundário foi de 75 por cento. De 2002 a 2005, a TBA no primeiro ano do ensino secundário foi em média de 36 por cento. A capacidade limitada de admissão, os elevados custos de oportunidade e a baixa eficácia externa do ensino secundário justificam a decisão de muitas famílias de não matricularem seus filhos neste nível de ensino.

³³ O crescimento das escolas privadas que oferecem o ensino secundário tem sido impressionante. Em 2000, as escolas privadas acolhiam apenas 6 por cento do total dos alunos do ensino secundário.

Tabela 9: Progresso nas Inscrições e TBE no Ensino Primário e Secundário

Ano lectivo	1991-92	1995-96	1997-98	1999-00	2000-01	2001-2002	2004-05
EBE (1-4)	67054	86305	99337	123307	149640	176886	209871
EBC (5-6)	13964	19125	19386	27712	32015	37955	42608
ESG (7-9)	5854	12580	13167	20004	25424	30509	38273
ESC (10-11)	852	2177	2754	5030	7541	9049	12234
População (Idade)							
7-10 anos	129751	144342	152242	160574	164909	169362	183453
11-12 anos	48889	55510	58548	61752	63420	65132	70550
7-12 anos	174927	199852	210790	222326	228329	234494	254004
13-15 anos	63200	72205	76157	80325	82494	84721	91769
16-17 anos	37185	42483	44809	47261	48537	49847	53993
13-17 anos	100385	114689	120966	127586	131031	134569	145767
Taxa Bruta de Matrícula (%)							
EBE	51.7	59.8	65.2	76.8	90.7	104.4	114.4
EBC	28.6	34.5	33.1	44.9	50.5	58.3	60.4
EBE+EBC	46.3	52.8	56.3	67.9	79.6	91.6	99.4
ESG	9.3	17.4	17.3	24.9	30.8	36.0	41.7
ESC	2.3	5.1	6.1	10.6	15.5	18.2	22.7
ESG+ESC	6.7	12.9	13.2	19.6	25.2	29.4	34.6

Fonte: GIPASE.

50. **O ensino superior está a crescer.** Uma das características importantes no desenvolvimento do sistema de ensino na Guiné-Bissau nos últimos anos é o aumento da provisão do ensino superior devido principalmente ao aumento da procura. Duas universidades foram abertas recentemente: a universidade Colinas de Boé, uma universidade privada criada em 2003, e a Universidade Amílcar Cabral, uma universidade pública estabelecida em 2004. Em 2005, as duas universidades contavam com um total de 3.000 estudantes matriculados. Não obstante esta emergência do ensino superior, a TBE neste nível de ensino é de apenas 3 por cento (excluindo os estudantes com bolsas no estrangeiro), valor bem abaixo da média de 6 por cento dos países da África Subsaariana.

51. **A educação pré-escolar e o ensino técnico e vocacional são dois sub-sectores marginais.** A educação pré-escolar é oferecida principalmente por escolas privadas, que se encontram essencialmente concentradas nas áreas urbanas. Em 2005, essas escolas tinham 7.500 alunos matriculados e 250 professores (40 por cento dos quais sem formação). A cobertura é de apenas 2 a 3 por cento da população da faixa etária correspondente. O ensino técnico e vocacional continua a sofrer os efeitos do conflito militar de 1998-1999, que contribuiu decisivamente para a desarticulação do sub-sector. Das quatro escolas públicas que funcionavam antes do conflito, três estão actualmente encerradas³⁴. Há algumas iniciativas emergentes no sector privado com centenas de estudantes inscritos em diferentes especialidades, mas a maioria destas instituições encontram-se localizadas na cidade de Bissau.

³⁴ O CENFI (a escola industrial localizada em Bissau) foi destruída durante o conflito e o CEFAG e o CEFC (duas escolas agrícolas localizadas no campo) encerraram suas actividades depois do conflito. O CENFA (a escola administrativa em Bissau) é o único centro que foi capaz de recomeçar gradualmente as suas actividades.

Caixa 2: O caso do ensino superior na Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau viveu durante muitos anos sem uma instituição de ensino superior. Nos finais da década dos 70, o governo começou progressivamente a criar escolas de ensino superior para atender às necessidades críticas do país. Em 1979, a escola Tchico Té foi aberta em Bissau para formar professores do ensino secundário. Seguidamente, foi criada a Escola de Direito (1979), a Escola de Educação Física e Desportos e a Faculdade de Medicina (1986). A Escola de Direito foi transformada em Faculdade de Direito em 1990.

Não obstante a criação destas escolas, a formação superior continuou a ser realizada no estrangeiro, principalmente em Portugal, Cuba e na antiga União Soviética. Algumas destas escolas recebiam apoios no quadro da cooperação bilateral. Por exemplo, a Faculdade de Direito era subvencionada pela Cooperação Portuguesa, e a Faculdade de Medicina pela República de Cuba. Nos finais dos anos 90, a crise nos países do antigo bloco socialista conduziu a uma redução considerável na concessão de bolsas de estudos aos jovens estudantes da Guiné-Bissau. Ao mesmo tempo o aumento substancial de alunos finalistas do ensino secundário aumentou a pressão no ensino terciário. Não só as instituições de ensino superior existentes no país se tornaram incapazes de acomodar a procura, mas também os cursos existentes não satisfaziam as necessidades do mercado laboral. Assim, o debate e as discussões para a criação de uma Universidade Nacional tornaram-se mais intensas.

A questão importante que exigia uma resposta era como criar uma universidade sem desviar os escassos recursos de outros sectores da educação. Como demonstra a experiência de outros países Subsaharianos, o ensino superior gera sempre uma competição para fundos com o ensino básico e secundário (sempre com uma grande vantagem daquele), sendo também geralmente uma fonte de conflito por causa das exigências de estudantes e professores. A resposta encontrada foi a criação de uma universidade pública com uma gestão privada. Criada em 2004, a Universidade Amílcar Cabral (UAC) é gerida por uma fundação privada, composta pelo governo da Guiné-Bissau e uma universidade privada portuguesa (Universidade Lusófona). Os estudantes pagam as matrículas e as propinas, que são utilizadas para remunerar as actividades dos docentes. O custo da matrícula é da ordem dos US\$ 20 enquanto o custo anual da propina é de US\$ 300 por estudante. O governo, normalmente, não transfere fundos para a universidade, mas tem contribuído com alguns custos de investimento (melhoria de infra-estruturas, equipamentos, etc.). Em 2005/2006 estavam inscritos na UAC cerca de 2.000 pessoas em 13 cursos diferentes e a universidade funcionou normalmente.

Este modelo ainda está na sua fase inicial, mas parece ser um modelo promissor para a solução de problemas recorrentes de sustentabilidade financeira de muitas instituições universitárias africanas. Naturalmente, muito necessita ainda ser feito, especialmente para garantir a qualidade da formação e assim poder satisfazer as necessidades do mercado laboral. Os principais desafios da educação superior actualmente são: 9i) o fortalecimento institucional das iniciativas recentes; ii) a garantia da qualidade da aprendizagem; iii) a garantia da equidade (por exemplo, a concessão de bolsas de estudos para os estudantes oriundos das camadas mais pobres); iv) a elaboração de um quadro legal para o ensino superior; e v) a promoção de uma gestão democrática e transparente dessas instituições.

52. **As inscrições no ensino básico são influenciadas pela localização da escola.** Segundo o IPISA, em 2005, enquanto 96 por cento dos agregados familiares em Bissau encontravam-se localizados a uma distância inferior ou igual a 30 minutos das escolas do ensino básico, apenas uma média de 79 por cento dos agregados familiares do resto do país encontravam-se localizados a esta distância. Por outras palavras, o ensino básico é mais acessível em Bissau do que nas outras regiões do país. A nível nacional, a acessibilidade escolar continua a ser geograficamente irregular, com desvantagens claras principalmente para as comunidades do sul e das ilhas.

53. **A disparidade de géneros no ensino básico tem diminuído, mas ainda persiste.** O aumento das inscrições nas escolas do ensino básico foi favorecida por uma tendência globalmente positiva nas matrículas das raparigas. A disparidade de géneros tem sido gradualmente reduzida, com um rácio de 0.9 raparigas por cada rapaz inscrito. Em 2005, as raparigas representavam cerca de 47 por cento dos inscritos no ensino primário. Comparado com 1995, isso representa um aumento de 6 por cento da proporção das raparigas em relação aos

rapazes. Contudo, essa média esconde disparidade regionais. Na capital, 52 por cento dos alunos do ensino básico são raparigas. Gabú e Bafatá, com quase 50 por cento de raparigas inscritas no EB, são duas regiões onde a equidade foi atingida. Em todas as outras regiões, as raparigas representam menos de 50 por cento da população estudantil, variando de 40 por cento em Oio, a 43 por cento em Cacheu, 45 por cento em Quinara e Biombo e 46 por cento em Tombali e Bolama/Bijagos. O resultado impressionante da escolarização das raparigas em Gabú e Bafatá (duas regiões predominantemente islâmicas) parece ser a consequência de intervenções específicas em matéria de educação das raparigas, através do esforço conjunto do governo, de ONGs e de vários parceiros de desenvolvimento.

54. **A proporção de raparigas na população estudantil tende a reduzir-se nos níveis mais elevados do sistema educativo.** As raparigas são sub-representadas no ensino secundário. A nível nacional, as raparigas não ultrapassam 39 por cento do total da população estudantil matriculada neste nível de ensino, com uma grande desigualdade entre as regiões. Assim, a proporção de raparigas inscritas no ensino secundário varia entre 25 por cento em Oio e 42 por cento em Bissau. No ensino superior, a proporção das raparigas é ainda muito inferior do que a dos rapazes.

55. Esta breve descrição do panorama educativo sugere que, apesar dos progressos importantes na cobertura do escolar, prevalecem grandes desafios com vista a melhorar o desempenho do sistema de ensino, e as perspectivas para a Guiné-Bissau atingir os OMD da escolarização primária universal e da equidade de género em 2015 são ainda sombrias. Apesar do aumento substancial das matrículas e da redução gradual das disparidade do género nos últimos anos, lamentavelmente a maioria das crianças do grupo etário pertinente não chega a concluir o ciclo completo do ensino básico.

3.2.2 Eficiência Interna

Um sistema com múltiplas ineficiências

56. Apesar da tendência positiva em relação à cobertura, o sistema educativo apresenta várias insuficiências, as mais importantes das quais são a seguir destacadas:

57. **A estrutura actual e a organização do ensino primário, herdado do sistema colonial, causam problemas sérios de eficiência e equidade.** O ensino básico está dividido em dois sub-ciclos: o ensino básico elementar com duração de 4 anos e o ensino básico complementar com duração de 2 anos. A maioria das escolas que oferecem o sub-ciclo do ensino elementar não oferecem o sub-ciclo complementar. Considerando que as escolas do ensino básico complementar encontram-se maioritariamente localizadas nos centros urbanos, as crianças das zonas rurais dificilmente conseguem concluir os 6 anos do ensino básico. Esta estrutura ineficiente é uma enorme fonte de desperdício, porque a maioria das crianças que não conseguem terminar os 6 anos de escolaridade acabam por continuar analfabetas³⁵. Esta situação começou a mudar em 2002, no quadro da reforma destinada a integrar os dois sub-ciclos num

³⁵ Um estudo demonstra que na Guiné-Bissau, enquanto 78.7 por cento da população que conclui os 6 anos de escolaridade sabem ler, somente 54.2 por cento das pessoas que completam a quarta classe sabem ler. (Mingar, A. Et al., 2001).

único ciclo. Contudo, muito ainda está por fazer. Embora um número crescente de escolas do ensino básico ofereça actualmente os 6 anos de escolaridade, a maioria continua a oferecer apenas 4 anos de ensino ou menos. Do lado pedagógico, o conteúdo curricular do novo ensino unificado ainda está por finalizar. Consequentemente, a reforma é ainda um esforço incompleto, com implicações no desempenho do sistema educativo.

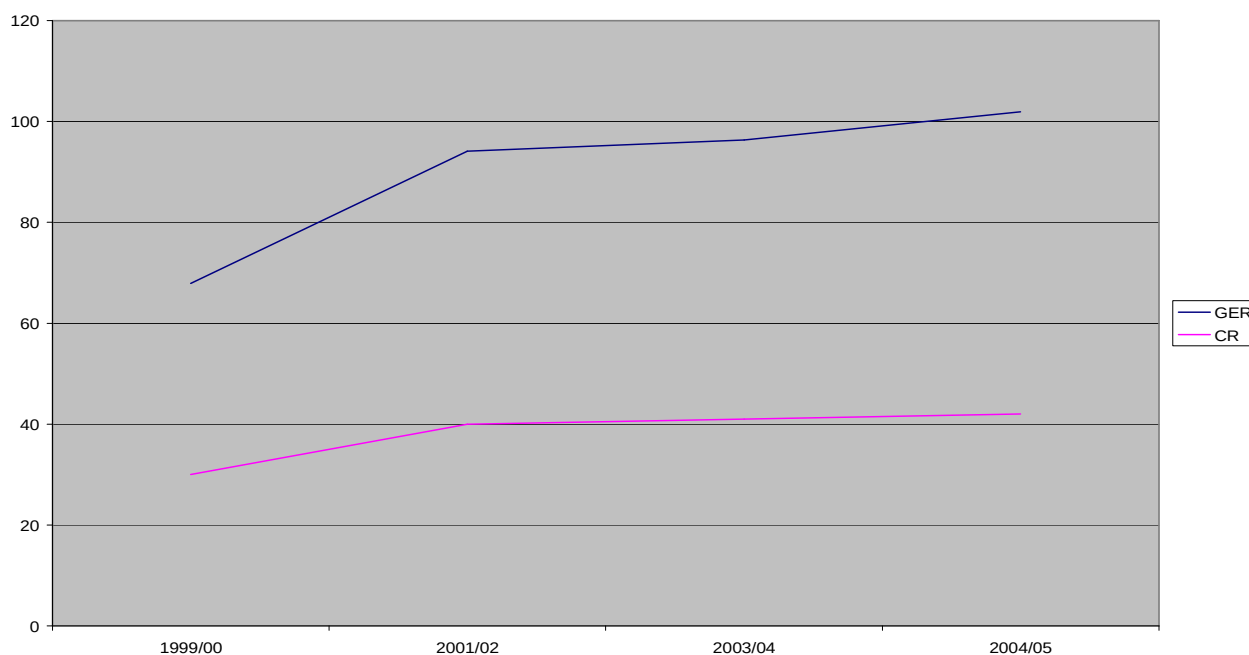
58. **As taxas de abandono e de repetência são altas.** Embora as taxas de repetência tenham diminuído³⁶, elas continuam relativamente altas ao longo de todo o sistema. No ensino básico, a taxa média de repetência é de 15.2 por cento. No ensino secundário, 13 por cento dos alunos matriculados em 2005 eram repetentes. Em todas as classes do ensino básico a repetência é alta, mesmo naquelas que deveriam ser uma excepção³⁷. Em 2005, 17.2 por cento dos alunos da primeira classe e 13 por cento dos alunos da terceira classe eram repetentes. As altas taxas de repetência acarretam custos significativos para o sistema educativo, pois os recursos públicos são desperdiçados. Considerando o orçamento global conferido ao ensino básico em 2005, os custos da repetência ascendem a 264 Milhões de Francos CFA (aproximadamente US\$ 525.000). A taxa de abandono de alunos em todos os níveis de ensino é alarmante. A taxa de abandono no ensino básico em 2005 foi estimada em 7 por cento. As taxas de abandono estão essencialmente associadas à insatisfação, tanto dos familiares como dos próprios alunos, com a qualidade do ensino assim como com a mudança da percepção do valor da escola pelos pais.

59. **Mais impressionante, no entanto, é a baixa taxa de conclusão no ensino básico, estimada em 42 por cento em 2005.** O Gráfico 2 mostra a discrepância entre as matrículas e a conclusão do ensino básico. Enquanto a Taxa Bruta de Escolarização aumentou progressivamente nos últimos anos, a taxa da conclusão do ensino básico cresceu modestamente. A baixa taxa de conclusão do ensino básico está relacionada com a baixa taxa de sobrevivência em todo o ciclo. Em 2005, somente 58 por cento da coorte de crianças que entraram na escola quatro anos antes tinham atingido a quarta classe. Não surpreende pois que a a média dos anos de escolaridade na Guiné-Bissau seja de apenas cinco anos.

³⁶ Em 1995, a taxa de repetência no ensino básico foi estimada em 31 por cento e a taxa de abandono em 35 por cento.

³⁷ As regras no ensino básico estipulam que os estudantes na primeira, terceira e quinta classes devem beneficiar de promoção automática. Esta regra, contudo, não é respeitada por muitos professores.

Gráfico 2: Taxa Bruta de Escolarização e Taxa de Conclusão no Ensino Básico



Fonte: Ministério da Educação.

3.2.3 Relevância e Qualidade

59. **A qualidade da educação é baixa.** A Guiné-Bissau não dispõe de um sistema de avaliação das aquisições dos alunos nem participa em qualquer sistema regional ou internacional de avaliação de aprendizagem. Por isso, não existem meios objectivos para medir o alcance das aquisições dos alunos. A percepção comum, todavia, é que o nível das aquisições é baixo. O ambiente precário de aprendizagem, a formação insuficiente e a falta de motivação dos professores são considerados os principais factores que afectam os resultados das aquisições dos alunos. Outro aspecto é a língua do ensino. Enquanto a língua oficial do ensino é o português, em várias salas de aulas os professores utilizam parcialmente o creolo (língua nacional) para ensinar, por evidente falta de domínio da língua oficial.

60. **O ambiente de ensino é precário.** Não obstante os esforços consentidos nos últimos anos em matéria de construção de salas de aulas a baixo custo de modo a responder ao aumento do número de alunos no ensino básico, 32 por cento das salas de aula ainda encontram-se em estado degradado. Muitas salas de aulas são *barracas*, (cobertas de folhas de palmeira ou de bambu), que se inundam na época das chuvas. Há uma falta crónica de livros. A última distribuição de livros teve lugar em 2004, com o apoio do PAEB financiado pelo Banco Mundial. Consequentemente, o rácio de um livro por aluno nas principais disciplinas, que tinha sido alcançado no ano lectivo 2002/2003³⁸, desapareceu. Quanto ao ensino secundário, o

³⁸ Durante o projecto, apoiado pelo Banco Mundial, a impressão dos livros era subsidiada pelo projecto. Com o término do mesmo em 2004, o governo foi incapaz de continuar a financiar os custos de reimpressão dos livros. Desta forma, terminou a distribuição de livros para os alunos.

currículo não é actualizado há décadas e não existe uma harmonia curricular em todo o sistema. Cada escola selecciona e aplica o seu próprio currículo, sendo a relevância de alguns questionável. Não existem praticamente livros, e várias vezes os alunos são obrigados a utilizar textos ou apontamentos preparados pelos professores, no lugar dos livros.

61. A qualificação dos professores e seus níveis de desempenho precisam ser melhorados. Os professores desempenham um papel central em qualquer sistema educativo. Na Guiné-Bissau, o aumento considerável das inscrições nos últimos anos exerceu uma forte pressão sobre o processo de recrutamento de novos professores. O número de professores no ensino básico aumentou de 3.269 em 2001 para 4.327 em 2005. Contudo, os programas de formação de professores não foram capazes de atender a tal demanda devido à capacidade limitada dos dois centros de formação (423 estudantes matriculados em 2005). Como resultado, foram recrutados professores contratados. Em 2005, os professores contratados representavam 20% do corpo docente activo no ensino básico. O recrutamento de professores contratados é uma medida que ajudou a satisfazer a necessidade quantitativa dos docentes, mas a grande preocupação está relacionada com o nível da qualificação desses professores. Cerca de 63 por cento dos professores contratados não tinham uma formação pedagógica em 2006. A maioria parte desses professores foram recrutados localmente e não possuíam um nível académico adequado. A situação é idêntica no ensino secundário, onde a única escola de formação (Tchico Té) formara uma média de 80 professores anualmente, entre 2001 e 2005, contra uma necessidade estimada em 120 professores.

62. A ineficiência na organização do processo de ensino tem como resultado a falta de professores nas escolas públicas. Nas escolas do ensino básico os professores costumavam trabalhar apenas 4 horas por dia. Muitos professores usavam o seu tempo livre para leccionar nas escolas privadas, como forma de aumentar os seus rendimentos financeiros, enquanto as escolas públicas sofriam com a falta dos professores. Em 2006, o governo iniciou uma reforma, aumentando o horário de trabalho dos professores de 4 horas diárias para 8 horas. Esta medida foi compensada com o aumento de cerca de 50 por cento nos salários. O efeito imediato terá sido a redução em 40 por cento do número de professores do ensino básico nas escolas públicas e em 35 por cento no ensino secundário. A medida parece promissora, mas ainda é prematuro avaliar o seu impacto.

63. É necessário aumentar a motivação dos professores. O atraso sistemático no pagamento dos salários parece desmotivar alguns professores. Embora não existam dados consistentes para provar tal argumento, o absentismo de professores é bastante elevada. As principais causas do absentismo são a participação nas cerimónias tradicionais, as viagens para a capital da região para receber os salários e o envolvimento nas actividades agrícolas exercidas como fonte suplementar de rendimento. Em 2005, as greves dos professores e outras perturbações do sistema afectaram 20 por cento do número de dias de aulas do calendário escolar. Em decorrência destas interrupções, a cobertura do currículo foi incompleta e, consequentemente, a aprendizagem dos estudantes foi afectada negativamente.

64. A qualidade do ensino superior é uma questão ainda pouco debatida. O desenvolvimento do ensino superior colocará inevitavelmente na agenda das discussões os aspectos ligados à sua qualidade e relevância. Apesar de as mais velhas instituições do ensino

superior no país, nomeadamente a escola de Direito e a escola de formação de professores para o ensino secundário, gozarem de uma boa reputação quanto à qualidade e relevância³⁹, ainda é muito cedo para tirar qualquer conclusão em relação às duas novas universidades. O primeiro grupo de jovens estudantes formados por essas universidades concluirão os estudos em 2008. Entretanto, algumas preocupações têm sido levantadas relativamente à relevância de alguns cursos de formação e à qualidade dos docentes.

3.2.3. Gestão do Sector da Educação

65. A fim de contextualizar as principais características da gestão do sistema educativo, é importante dar a conhecer, ainda que brevemente, a organização administrativa do sistema de ensino da Guiné-Bissau. A gestão do sistema cabe a um Ministério central, responsável por todos os níveis de ensino, desde o pré-escolar até ao superior. O Ministério tem vários departamentos e alguns deles possuem um grau de autonomia administrativa e financeira que lhes são atribuídos segundo a sua natureza ou missão. O Instituto Nacional de Desenvolvimento para a Educação (INDE) e a Editora Escolar são dois exemplos de instituições que gozam de certa autonomia. O sistema é composto por 8 níveis periféricos que coincidem com a divisão administrativa do país. Existem oito direcções regionais de ensino (mais a direcção da capital). Cada direcção é responsável pela gestão local do sistema educativo, incluindo (i) a supervisão das escolas; (ii) a recolha de dados estatísticos; (iii) o recrutamento dos professores contratados, se necessário e; (iv) o fornecimento e a distribuição de materiais pedagógicos às escolas.

66. **A gestão do sistema nos últimos anos tem sido tumultuosa.** Nos últimos anos, não há memória de um ano lectivo em que as aulas se tenham iniciado de acordo com o calendário determinado pelo Ministério da Educação; que não tenha sido paralisado pelas greves dos professores; ou que tenha sido concluído atempadamente. Esta imagem turbulenta está relacionada sobretudo com a crise financeira nacional, que é responsável pela incapacidade do governo em pagar regularmente os salários dos professores. Embora todos os funcionários públicos sejam afectados por atrasos salariais, o sistema educativo talvez seja o domínio onde essa crise seja mais visível. Um sindicato de professores com muita influência no sector e a relativa alta sensibilidade dos assuntos da educação tem transformado o sector num campo de batalha permanente entre os professores e os vários governos, com consequências nefastas para a gestão do sistema.

67. **Falta um Plano Estratégico de Educação a longo prazo.** É evidente que sem um Plano Estratégico da Educação desenvolvido e adoptado a nível nacional, o sector não vai conseguir implementar uma política sólida de educação e de formação. Nos últimos anos, foram feitas várias tentativas para desenvolver um tal Plano. Em 2000, foi elaborada a Carta de Política Educativa, que definiu a visão e os objectivos do desenvolvimento do sector da educação. Contudo, a Carta não foi traduzida num Plano Sectorial com metas quantitativas e qualitativas devido à ausência de dados estatísticos coerentes que pudessem fundamentar tal Plano. Em 2003, foram efectuados esforços para desenvolver um Plano de Educação para Todos, conforme o

³⁹ Vários funcionários públicos e altos funcionários de diferentes Ministérios com reconhecida competência foram formados nestas instituições. Professores formados na Escola Tchico Té são contratados em escolas secundárias em Cabo Verde, para onde muitos seguiram à procura de melhores salários, assim como em várias escolas privadas na Guiné-Bissau.

compromisso alcançado na Conferência sobre Educação para Todos em Dakar em 2000. Entretanto, este Plano não foi acompanhado de um quadro financeiro coerente e nunca foi aprovado pelo governo. As constantes mudanças de Ministros e de responsáveis do sector não contribuíram para a finalização do processo.

68. Em 2007, o Ministério da Educação, com o apoio de parceiros do desenvolvimento, lançou-se no processo de preparação de um Plano para o Sector de Educação. O processo está em curso, devendo ser concluído no início de 2009. Dispôr de um Plano Estratégico da Educação é crucial para que a Guiné-Bissau possa definir orientações claras, suas metas e objectivos de educação a longo prazo, sendo também um dos critérios de elegibilidade à EFA-FTI. No contexto actual caracterizado por pesados constrangimentos no financiamento interno e externo do sector, essa seria uma oportunidade para a Guiné-Bissau poder beneficiar de fundos adicionais, tais como o Fundo Catalítico, de modo a resolver os problemas da oferta e da qualidade da educação.

69. **As informações necessárias para a tomada de decisões de política educativa são insuficientes.** Apesar de vários esforços efectuados no passado para revitalizar o sistema de monitoramento e avaliação no Ministério da Educação, a situação actual é ainda frágil. A inexistência de dados relevantes e pertinentes é uma das maiores preocupações de todos os actores da educação. Inquéritos escolares são hoje raramente organizados e, quando efectuados, os dados estatísticos são normalmente fragmentados ou incompletos porque muitas escolas e/ou direcções simplesmente não enviam dados para o centro, ou os enviam com considerável atraso. Em Maio de 2007, alguns dados de 2005/2006 sobre inquéritos escolares não haviam sido recebidos pelo GIPASE, a unidade do Ministério da Educação responsável pelo trabalho estatístico. Os dados recolhidos são tratados quase sempre com atraso e raramente são utilizados na tomada de decisões de política educativa.

70. As principais causas destas limitações são: (i) dificuldades financeiras para realizar a recolha de dados de forma regular; (ii) problemas organizacionais relacionados com a distribuição e recolha de questionários; (iii) debilidade institucional a nível central para tratar e conduzir a análise dos questionários. Em 2002 e 2003, o Projecto de Apoio à Educação Básica financiou inquéritos escolares que permitiram a recolha de dados de todas as regiões de forma *ad hoc*. Desde então, inquéritos escolares têm sido feitos de forma esporádica e são frequentemente incompletos. Sem um apoio específico e bem orientado, é pouco provável que o Ministério da Educação possa resolver a questão do desenvolvimento de um sistema sólido de monitoramento e avaliação do sistema educativo num futuro próximo.

71. **A gestão financeira é um aspecto crítico.** Como foi acima mencionado, o sistema de gestão financeira do sector é problemático. Desde logo, a incapacidade do governo em pagar salários de forma atempada está na base de choques frequentes com o sindicato dos professores, ocasionando perdas no calendário escolar. Segundo, os professores contratados não são pagos regularmente, por um lado, devido à densa burocracia necessária para a elaboração das suas folhas de pagamento, e por outro, porque esses professores são muitas vezes negligenciados em matéria de pagamento dos salários. Dada a pressão para o pagamento de salários a todos os funcionários públicos e a insuficiência de fundos, o governo opta frequentemente por pagar antes de mais os salários dos professores denominados efectivos (funcionários públicos) a fim de

tranquilizar os espíritos, atrasando no pagamento aos contratados. A longo prazo, a acumulação dos atrasados dos professores contratados conduz à greve deste grupo de docentes, ou em muitos casos, de um grupo mais alargado de professores que aderem à greve por solidariedade para com os seus colegas.

72. **Os recursos públicos destinado às escolas são limitados.** É importante sublinhar que a capacidade financeira limitada do governo está associada, em alguns casos, a prioridades questionáveis em termos de afectação de recursos entre os sectores, o que torna difícil financiar outras acções no sector da educação para além dos salários. Como resultado, as escolas são insuficientemente financiadas. Além disso, as direcções regionais possuem limitadas habilidades para competir pelos fundos do tesouro público em comparação com os seus colegas a nível central. Quanto mais longe estiver a escola de Bissau, menos provável será que esta receba fundos públicos.

73. **A gestão de recursos humanos continua deficiente.** Muito ainda está por fazer para que o Ministério da Educação possa ter acesso e analisar os dados necessários para tomar decisões e planear políticas efectivas. Com o apoio do Projecto de Apoio à Educação Básica, foram realizados alguns esforços no sentido de melhorar o sistema de gestão do pessoal. Em 2003, o Ministério da Educação instalou o processo individual do funcionário, a partir do qual foram recolhidos e armazenados num banco de dados centralizado os dados individuais do pessoal, contendo as qualificações académicas, experiências de formação e a carreira profissional de cada funcionário. Estes dados têm permitido ao governo tomar decisões informadas no processo de selecção de novos candidatos para os diferentes postos assim como determinar as necessidades em termos de recursos humanos para o sector. No entanto, o sistema precisa ser configurado num formato electrónico. Além disso, a base de dados do Ministério da Educação precisa ser harmonizada com a do Ministério das Finanças e a do Ministério da Função Pública.

74. **O sistema de pagamento de salários do Ministério da Educação precisa ser melhorado.** Não existe uma base de dados de recursos humanos harmonizada entre os Ministérios da Educação, o das Finanças e o da Função Pública. Cada um desses ministérios fornece um número diferente de professores que devem ser pagos. Por outro lado, o sistema de folhas de pagamento não é totalmente credível. Quando disponível, os salários são recolhidos pelo Ministério da Educação para todo o sistema. Os representantes regionais viajam para Bissau a fim de recolher os salários para as respectivas escolas, regressam para as respectivas regiões em transportes públicos e efectuem pagamentos para cada escola. É frequente que um indivíduo assine para o pagamento de vários indivíduos. É evidente que este sistema de pagamento de salários é ineficiente e pouco seguro.

3.2.4 Capacidade Institucional

75. **A eficiência do governo no sector tem sido seriamente afectada pela instabilidade política e institucional do país.** Com sete diferentes Ministros nos últimos sete anos, o sector da educação não teve tempo nem oportunidade de se enraizar e de implementar políticas de médio e longo prazo. Isto ocasionou uma redução na capacidade de prestação de serviço por parte do governo na área da educação, especialmente nas zonas mais desfavorecidas e remotas. Com a crescente procura da educação por parte das famílias e comunidades, as organizações religiosas, (Igreja Católica, caridades Muçulmana), ONGs e organizações comunitárias de base (OCBs),

passaram a desempenhar um papel mais activo na prestação de serviços da educação nestas zonas. Várias ONGs são activas no sector da educação, mas de acordo com uma recente avaliação realizada por uma ONG (a PLACON) acerca de suas capacidades, apenas algumas poucas demonstraram que possuem capacidade para prestar serviços no domínio da educação de forma efectiva.

76. **As comunidades estão a desempenhar um papel cada vez mais importante na prestação de serviços educativos.** A participação e a apropriação comunitária têm aumentado, quer na gestão comunitária das escolas, quer no processo de construção de escolas. Muitas escolas comunitárias foram criadas nos últimos anos por ONGs através de processos que promovem uma forte participação comunitária. Na região de Bafatá, por exemplo, a Plan Internacional tem estado a apoiar um processo através do qual membros das comunidades participam activamente na construção das salas de aula assim como no acompanhamento do desempenho académico das suas crianças. Os membros das comunidades controlam a presença dos professores nas salas de aula, e incentivos são dados às famílias para que estas enviem suas filhas para a escola. Em lugares remotos em todo o país, as comunidades frequentemente contribuem nos custos de escolaridade das crianças, por exemplo, pagando parcialmente os salários e/ou os subsídios dos professores. Naturalmente, neste tipo de escolas a influência das comunidades e a prestação de contas são muito mais fortes do que nas escolas de gestão pública.

77. **É necessário melhorar a capacidade institucional do Ministério da Educação.** Além da volatilidade política e das mudanças frequentes de altos funcionários do governo, que perturbam a prestação de serviços, há visíveis sinais de declínio da capacidade institucional no ministério como: (i) a baixa qualidade das infra-estruturas; (ii) a falta de recursos para cobrir as despesas correntes; (iii) os constantes atrasos no pagamento de salários; e (iv) um pronunciado fenómeno de fuga de cérebros que empobrece a presença do capital humano no sector.

78. **Na realidade, a eficácia da instituição como um todo está em risco.** Alguns dos melhores departamentos no passado encontram-se actualmente mergulhados numa crise. Por exemplo, num passado recente, o INDE era um exemplo da dinâmica de desenvolvimento de pesquisas em educação, de desenvolvimento curricular, de elaboração de programas escolares e de planificação e implementação de cursos de formação contínua para os professores. Actualmente, a erosão da capacidade limita esta acção que hoje se resume a esta última actividade. Outro exemplo é a Editora Escolar, que outrora foi considerada uma das melhores instituições do país. Esta concebia e desenvolvia autonomamente manuais escolares com qualidade aceitável, garantindo igualmente a sua distribuição adequada a todas as escolas do país. Não se sabe se tais capacidades ainda existem, uma vez que muitos quadros qualificados abandonaram essa instituição, principalmente por falta da sustentabilidade financeira das suas operações.

79. **O quadro legal e regulatório do sector precisa ser fortalecido.** As frequentes mudanças na estrutura do Ministério constitui uma barreira para o desenvolvimento de um quadro legal e regulatório forte e coerente. As regras nem sempre são evidentes quando se trata do papel interno dos departamentos e unidades do ministério. As leis orgânicas normalmente não existem ou não resistem à velocidade das mudanças na estrutura e organização do ministério. Da mesma forma, nem todas as unidades têm uma definição clara das suas funções e

responsabilidades, tornando-as assim vulneráveis à sobreposição e confusão de papéis. Sem dúvida, estas condições não favorecem a transparência e a prestação de contas no processo de prestação de serviços. Outro desafio é a criação de um quadro regulatório para o emergente sub-sector do ensino superior assim como o fortalecimento da capacidade interna do Ministério para o exercício apropriado de supervisão das tarefas dos actores não estatais.

3.2.5 Custo e Financiamento dos Serviços de Educação

80. **A dotação orçamental para o sector da educação continua inferior à média dos países da África Subsaariana.** A Guiné-Bissau nem sempre deu prioridade ao sector de educação na afectação do orçamento geral do Estado. Entre 1996 e 2004, a despesa pública no sector representou 2.8 por cento do PIB comparado com o valor médio de 3.8 por cento nos países da África Subsaariana. A percentagem do orçamento geral do Estado destinado ao sector neste mesmo período flutuou entre 11 e 17 por cento. Esse valor baixou entre 2003 e 2005, quando a média da despesa pública da educação foi 10.7 por cento do total das despesas governamentais⁴⁰.

81. **A taxa de execução orçamental da educação tem sido baixa.** Uma das razões do sub-investimento no sector de educação é a diferença, por vezes muito significativa, entre o orçamento consignado para o sector e os valores orçamentais executados. No contexto de fortes restrições de recursos e de competição entre diferentes instituições governamentais para os magros fundos, o sector da educação tem sido incapaz de obter uma fatia orçamental adequada. Esta tendência persiste. Entre 2003 e 2005, por exemplo, a taxa média de execução do orçamento da educação foi de apenas 62 por cento⁴¹. Se o orçamento da educação tivesse sido executado a 100 por cento a média das despesas do sector seria 15 por cento da totalidade das despesas do governo.

Tabela 10: A Guiné-Bissau e os Marcos da Educação para Todos - Iniciativa Acelerada

<i>Prestação de serviços</i>	EFA-FTI	Guiné-Bissau
Média anual dos salários dos professores (como múltiplo do PIB per capita)	3.5	6.3
Rácio professor-aluno	40/1	53
Despesas com outros inputs além de professores (% despesas ensino básico)	33	20
Taxa média de repetência	10	15
<i>Sistema financeiro</i>		
Receitas públicas (% do PIB)	14-18	18
Despesas com o sector de educação (% das receitas públicas)	20	11
Despesas com o ensino básico (% despesas com o sector de educação)	50	37
Inscrições nas escolas privadas (% do total)	10	12

⁴⁰ As despesas de funcionamento da educação (excluindo o serviço de dívida e as despesas comuns) foi cerca de 9.4 por cento do orçamento geral de funcionamento do governo em 2003. Ficou em 9.9 por cento em 2004 e aumentou para 13 por cento em 2005.

⁴¹ A taxa de execução foi de 50 por cento em 2003 e 2004 e 86 por cento em 2005.

82. **As despesas com outros inputs além dos salários e subsídios são muito baixos.** Entre 2003 e 2005, uma média de 80 por cento das despesas públicas afectas à educação foram destinadas ao pagamento de salários e de outros subsídios para o pessoal. Desta forma, muito pouco ficou disponível para outros investimentos. No passado, os projectos de investimento representavam as principais fontes de financiamento dos itens não salariais. À medida que estes projectos tornaram-se escassos no sector, o financiamento da qualidade caiu dramaticamente. Não surpreende pois que o sector esteja a enfrentar uma penúria de recursos básicos para os custos recorrentes, nomeadamente para custear livros, papéis, toner para impressoras, combustível para geradores, manutenção de infra-estruturas, ou para os inspectores visitarem as escolas.

83. **A afectação intra-sectorial dos recursos públicos não favorece o ensino básico.** No período de 2003-2005, aproximadamente 37 por cento do orçamento geral do Estado ao sector de educação foi destinado ao ensino básico, 39 por cento em média foi para o ensino secundário e 20 por cento foi afectado ao ensino superior. Isso significa que em média, somente 4 por cento das despesas públicas foram para o ensino básico no período de 2003-2005. Do total das despesas públicas em educação, a percentagem destinada ao ensino básico está aquém do patamar mínimo de 50 por cento recomendado para países de baixo rendimento, para que um ensino básico seja eficiente e de qualidade.

84. **Os custos unitários são baixos em todos os níveis do sistema de educação.** Em termos absolutos, os custos unitários são estimados em 10.000 de CFAF (US\$ 22) no ensino básico e 27.000 de CFAF (US\$ 60) no ensino secundário. No ensino superior, o custo por estudante é de cerca 37.000 de FCFA (US\$ 86). O custo unitário no ensino básico é baixo seja qual for o padrão de comparação tomado e não pode garantir um ensino básico universal de qualidade.

85. **As despesas de capital permanecem baixas.** As despesas de investimento na educação permanecem baixas comparadas com os níveis regional e internacional e dependem fundamentalmente de financiamentos externos⁴². Em 2003, as despesas de investimento na educação eram estimadas em 1.7 bilhões (ou 1.3 por cento do PIB). Em 2004, elas subiram para 2.7 bilhões de Francos CFA (1.9 por cento do PIB) e em 2005 caíram para 1 bilhão de Francos CFA (0.7 por cento do PIB). Esta redução certamente foi um reflexo do encerramento do Projecto de Apoio à Educação Básica, financiado pelo Banco Mundial em 2005, e da ausência de outros investimentos externos substanciais no sector. É de salientar que as despesas de capital no sector em 2003 e 2004 provieram integralmente da ajuda externa. Contudo em 2005, seguramente por falta de recursos externos, o governo assumiu 30 por cento das despesas de capital.

3.2.6 Avaliação das Recentes Reformas de Política

86. **Vários esforços em matéria de reformas de política foram empreendidos recentemente com resultados encorajadores.** A Guiné-Bissau tem realizado várias reformas de políticas no domínio da educação nos últimos anos na busca de soluções para os principais problemas que ameaçam o seu sistema educativo. Entre os principais problemas com impacto

⁴² As despesas de capital em educação entre 1998 e 2005 foram garantidas por poucos parceiros como (em milhões de dólares) o Banco Mundial (14.5), a Plan International (6.0), o PAM (1.9), e o UNICEF/FNUAP (4.0).

directo nas escolas e nas famílias destacam-se: (i) a abolição das propinas no ensino básico a partir do ano lectivo 2001/2002; (ii) o fornecimento gratuito de manuais escolares aos alunos do ensino básico no início do ano lectivo 2000/2001; (iii) o desenvolvimento de um sistema de ensino básico integrado de 6 anos no início do ano lectivo 2001/2002; (iv) a adopção de infra-estruturas de baixo custo no ensino básico; e (v) a provisão do ensino superior para um número crescente de jovens. As principais características dessas reformas são as seguintes:

87. *Ensino básico gratuito.* Em 2001, o governo decidiu abolir os custos das matrículas e as taxas escolares nas escolas públicas do ensino básico, em conformidade com as políticas para a redução da pobreza nos sectores sociais, preconizadas no documento provisório Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP). A política de abolição das taxas escolares no EB visava simultaneamente eliminar as barreiras de escolarização para a maior parte das crianças nas zonas rurais, particularmente as raparigas. As taxas escolares que tinham sido impostas não eram uniformes em todo o país (podiam ir até ao montante de US\$ 20 ano por aluno). O carácter legal que revestia a existência destas taxas conduzia em certos casos a condutas reprováveis e abusos em várias escolas. Acredita-se que o rápido aumento nas matriculas registado nos anos subsequentes à abolição das taxas escolares seja a consequência desta medida (é possível também que esta dramática mudança de política tenha estimulado o regresso à escola de muitos alunos que já tinham abandonado), complementada com a provisão de refeições gratuitas nas escolas para muitos alunos em várias partes do país.

88. *Manuais gratuitos para alunos do ensino básico.* Paralelamente à extinção das taxas de matrícula e de frequência, o governo decidiu ainda garantir a distribuição gratuita de manuais escolares para os alunos do ensino básico. Esta medida teve impacto directo nas famílias. O custo de um kit de três manuais era de cerca de US\$ 10, e a transferência deste ónus da família para o governo foi muito conveniente para as famílias com várias crianças matriculadas. A medida pareceu beneficiar a escolarização das raparigas, já que há evidências de que quando as famílias não têm suficientes recursos para financiar a educação de todos os filhos, elas tendem a financiar a educação dos rapazes em detrimento da das raparigas.

89. *A criação de um sistema único de ensino básico de 6 anos.* Esta é uma medida política importante cujo objectivo era melhorar a eficiência do sistema (através de uma utilização mais eficiente dos professores) e diminuir as desigualdades entre zonas urbanas e rurais. As crianças das zonas mais remotas tendem a abandonar os estudos após a conclusão da quarta classe, já que continuar os estudos exige emigrar para os centros urbanos para poderem ter acesso ao ensino básico complementar. A reforma não só preconizava que as escolas do ensino básico oferecessem a quinta e a sexta classes, como também que o currículo fosse ajustado e que os professores recebessem formação para leccionar em todos os níveis do ensino básico.

90. *Expansão das infra-estruturas.* Na década de 90, a maioria das salas de aula do ensino primário eram construídas a um custo médio de US\$ 13.000 ou mais por unidade. Este elevado custo unitário teria tornado difícil atender à crescente procura do ensino primário observado nos últimos anos. Por isso, o governo decidiu construir salas de aula a metade desse custo. Quando a escola é construída com a participação das comunidades, nomeadamente com o apoio das ONGs ou mais recentemente no contexto da implementação do PAEB, os custos de construção de uma sala de aula descem para um valor médio de US\$ 4.000.

91. *Uma política de educação superior prudente.* Ao mesmo tempo que o país continuava a aproveitar as vantagens das bolsas de estudos oferecidas por vários países para que os seus estudantes continuassem a sua formação pós-secundária no estrangeiro, no início do ano 2000 a Guiné-Bissau decidiu criar uma Universidade Nacional. Com mais de 2.000 estudantes concluindo o ensino secundário anualmente, o país não poderia continuar a depender somente da formação externa para criar a massa crítica necessária para o seu desenvolvimento. No entanto, o processo de criação da universidade pública foi baseada na idéia de que uma instituição de ensino superior público não deveria adicionar mais pressão sobre os já reduzidos recursos do governo. Esta idéia foi concretizada através da criação de uma federação composta por instituições de ensino superior existentes, antes de se pensar na concepção de novos cursos, bem como da adopção de um modelo de gestão privada. A universidade é gerida por uma fundação privada e os estudantes pagam os custos das matrículas assim como as propinas, que por sua vez cobrem uma grande parte dos custos de funcionamento da universidade. A carga financeira do governo em relação ao ensino superior não aumentou, como demonstraram os valores absolutos das transferências financeiras anuais do governo para o ensino superior⁴³. Com o seu modelo de recuperação de custos, é muito provável que o ensino superior se desenvolva sem precisar de receber uma fatia maior do orçamento do governo num futuro próximo.

92. **Estas políticas, no entanto, não produziram cabalmente o impacto esperado no desenvolvimento do sector de educação.** A causa fundamental do fraco impacto está relacionada com o baixo nível de investimento público no sector, que impediu de forma severa o progresso sustentável, assim como a constante instabilidade institucional, que pôs em risco a conclusão ou o êxito de várias medidas. O ensino básico gratuito levou ao aumento dos níveis de matrículas, mas acarretou outros problemas como a questão de como acomodar o número adicional de crianças nas salas de aulas dado a escassez de recursos. Entretanto, a construção de centenas de salas de aulas com apoio externo nos últimos anos contribuiu parcialmente para solucionar este problema. Além disso, para muitas escolas, as propinas pagas pelos alunos do EB eram os únicos recursos existentes para resolver as necessidades pedagógicas mínimas. Com o desaparecimento dessas taxas escolares e com a incapacidade do sector público em fornecer materiais pedagógicos ou transferir recursos financeiros para as escolas, o governo, na verdade, contribuiu para aumentar a degradação do ambiente de ensino na maioria das escolas. O mesmo se aplica à distribuição gratuita dos manuais escolares, que levou finalmente à falta de livros nas salas de aula.

3.3 O SECTOR DA SAÚDE

3.3.1 Acesso aos Serviços Básicos de Saúde

93. **O estado de saúde da população da Guiné-Bissau está entre os piores da África.** Doenças infecciosas como o paludismo, a tuberculose, o VIH/SIDA e a diarreia estão entre as principais fontes de morbilidade e mortalidade. Em 2006, apenas 39 por cento dos partos foram assistidos por pessoal qualificado. A epidemia da cólera é recorrente, causando muitas vítimas,

⁴³ Em 2004 e 2005, o total da transferência financeira do orçamento geral do Estado para o ensino superior foi, respectivamente, de 274 milhões de FCFA e de 305 milhões de FCFA, sendo que mais de 80 por cento deste montante foi destinado ao pagamento de bolsas no estrangeiro. Deste total, a UAC recebeu 52 milhões de CFAF e 28 milhões de CFAF, respectivamente.

sobretudo entre as crianças e os idosos. A pobreza é normalmente associada à débil situação de saúde da população, mas a incapacidade do país em responder eficazmente às necessidades da população através de um melhor serviço de saúde é o factor determinante.

94. **O acesso aos serviços de saúde de qualidade é limitado e desigual.** Em geral, o acesso da população ao serviço de saúde de qualidade é bastante limitado. Os centros públicos de saúde e os hospitais são normalmente inacessíveis para uma grande maioria da população por estarem localizados a uma grande distância das suas aldeias ou pela má qualidade dos serviços prestados que não estimula a procura dos mesmos. Por outro lado, existe uma discrepância entre as diferentes franjas populacionais quanto ao acesso aos serviços de saúde. Em 2002, cerca de 37 por cento dos agregados familiares mais pobres tiveram acesso aos serviços de saúde comparado com 46 por cento dos agregados familiares mais ricos. Consequentemente, a taxa de utilização dos serviços de saúde foi de apenas 9 por cento para os pobres comparado com 19 por cento para os ricos. O acesso foi mais elevado em Bissau do que no resto do território nacional (55 por cento em Bissau comparado com uma média nacional de 38 por cento).

Tabela 11: Progressos para atingir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento em Saúde

Saúde - Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento	1990	2000 MICS 2	2006 MICS3	2015 Alvo
Meta do Milénio 4: Reduzir a mortalidade infantil dos menores de 5 anos (mortalidade infantil < 5 por 1.000 nados vivos)	242	203	223	80
(mortalidade infantil por 1.000 nados vivos)	142	124	138	47
Meta do Milénio 5: Reduzir a mortalidade maternal por 100.000 nados vivos	914	822	800	229
Meta do Milénio 6: Combate ao VIH/SIDA, Paludismo e Tuberculose (prevalência de VIH/SIDA)	5.9	8	8.7	5.9

95. **O acesso foi seriamente afectado pelo conflito armado de 1998-1999.** O conflito destruiu parcialmente a infra-estrutura do sistema nacional de saúde, tanto na cidade capital como em outras localidades do país. O conflito também contribuiu para a desarticulação da estrutura e organização do serviço nacional de saúde ao provocar a saída do país de muitos quadros profissionais do sector, a maior parte dos quais decidiu não regressar após o conflito. Apesar dos esforços de reabilitação da infra-estrutura em curso⁴⁴, há ainda muito por fazer para garantir à população um acesso adequado a serviços de saúde de boa qualidade. Hoje, sete dos onze hospitais regionais encontram-se ainda encerrados ou oferecem serviços incompletos, limitando assim o acesso da população aos serviços de saúde⁴⁵.

Cobertura Vacinal

⁴⁴ A UE, o BAD e o Banco Mundial recentemente investiram consideravelmente em infraestruturas de saúde, nomeadamente na reabilitação e construção. Por exemplo, o hospital nacional foi totalmente restaurado e muitos centros de saúde, postos de saúde e moradias foram renovados. Não há novos projectos com financiamento externo previstos a partir de 2008 para completar este esforço.

⁴⁵ Além da cidade capital, apenas quatro regiões (Bafatá, Cacheu, Gabú and Tombali) possuíam um hospital regional de referência operacional em 2006 (estes hospitais representam o primeiro nível de referência).

96. **Os avanços na cobertura vacinal não têm sido consistentes.** Desde 1995 a cobertura vacinal entre os grupos pertinentes da população tem tido altos e baixos. A taxa de imunização entre o grupo etário dos menores de 5 anos diminuiu até 1999, aumentou significativamente entre 2000 e 2004 e depois diminuiu mais uma vez em 2005. A taxa aumentou outra vez em 2006 com resultados particularmente encorajadores para certos anti-corpos, tais como BCG, DTP3 e Polio 3, com uma cobertura de 90 por cento, 83 por cento e 78 por cento, respectivamente. Porém, apesar de várias campanhas de vacinação apoiadas por agências internacionais de desenvolvimento, particularmente o UNICEF e a OMS, vários indicadores de imunização figuram abaixo das metas do PNDS. Em 2006, a taxa de imunização do tétano (TT2) nas mulheres grávidas situava-se na ordem dos 52 por cento, a proporção das crianças menores de um ano totalmente vacinadas era de cerca de 54 por cento, comparada com a meta fixada de 78 por cento. A taxa de imunização do sarampo era de 65 por cento comparada com a meta estabelecida de 80 por cento.

97. **Várias limitações organizacionais têm dificultado os esforços de imunização.** As deficiências na organização dos serviços de imunização estão associadas em grande parte ao contexto organizacional desfavorável no qual o serviço de saúde encontra-se inserido. Problemas de acesso físico, falta de recursos para estratégias avançadas, manutenção deficiente das cadeias de frio e um quadro de pessoal desmotivado, são, entre outros, os principais factores que afectam a organização do sistema, que por sua vez tem um impacto directo na cobertura vacinal. Para solucionar o problema, um plano de imunização (2005-2009) foi desenvolvido com o apoio da comunidade internacional. O plano é realista e viável e, se for bem implementado, provavelmente oferecerá cobertura de vacinação para um grupo bem maior da população.

3.3.2 Desafios Críticos para a Saúde Pública

Paludismo

98. **O paludismo continua a ser o problema principal de saúde pública na Guiné-Bissau.** Em 2005, o paludismo foi responsável por 35 por cento das consultas nos centros de saúde e hospitais de todo o país; a enfermidade continua a ser a principal causa de mortalidade entre as crianças menores de 5 anos. Entretanto, os últimos resultados da prevenção do paludismo são bastante encorajadores. Entre 2005 e 2006, houve uma redução de novos casos de paludismo; (175.012 casos em 2005, comparado com 131.171 em 2006) ainda que o acesso ao tratamento do paludismo para as crianças tenha piorado devido à lenta adopção do novo esquema terapêutico assente numa combinação à base de artemisina (ACT), o que tem provocado ruptura recorrente de medicamentos. Em 2006, apenas 45.7 por cento das crianças com febre receberam um tratamento adequado.

99. **Estes resultados positivos podem ser atribuídos, em parte, à utilização de mosquiteiros impregnados, especialmente pelos grupos vulneráveis.** Actualmente, aproximadamente 60 por cento das mulheres grávidas e das crianças menores de cinco anos dormem debaixo de mosquiteiros impregnados, e 46 por cento dos agregados familiares possuem pelo menos um mosquiteiro impregnado. A prioridade é fortalecer a rede de centros de impregnação de mosquiteiros para aumentar o acesso das populações mais pobres aos mosquiteiros impregnados.

100. **A candidatura do país aos recursos do Fundo Global foi bem sucedida.** A Guiné-Bissau vai receber US\$ 12 milhões em 2009 a fim de implementar a componente paludismo da sua política nacional de saúde nos próximos cinco anos. Estes recursos devem ajudar a diminuir a incidência do paludismo, proporcionar um maior acesso às novas formas de tratamento e reduzir o fardo da doença. As actividades incluirão o uso do tratamento com ACT em todo o país, a formação de pessoal, a distribuição de mosquiteiros impregnados durante as campanhas de vacinação, as campanhas de impregnação através de centros adequados e o fortalecimento do sistema de monitoramento e avaliação.

VIH/SIDA

101. **Apesar da falta de dados epidemiológicos fiáveis, existe uma crescente preocupação de que a epidemia do HIV/SIDA esteja a expandir-se rapidamente.** O país ainda não dispõe de dados fiáveis sobre a prevalência do VIH e de mortes relacionadas com o SIDA. No entanto, informações disponíveis sugerem que a prevalência do VIH e de mortes relacionadas com o SIDA estão a aumentar. De acordo com as estimativas da OMS, em 2005 perto de 32.000 indivíduos no país estavam infectados com o VIH/SIDA, dos quais 3.200 eram menores de 5 anos⁴⁶. Pode-se assumir que a maioria destes desconhecem que estão infectados. O Secretariado Nacional de Luta contra o VIH/SIDA estimou que a prevalência do vírus VIH-1 varia entre 2.5 a 3 por cento. Por outro lado, em 2005, o Programa das Nações Unidas para o VIH/SIDA (UNAIDS) estimou que a prevalência do VIH entre a população adulta da Guiné-Bissau varia entre 2-6 por cento (com um valor mediano de 3.8 por cento), enquanto que o inquérito MICS dirigido pelo UNICEF calculou a prevalência do vírus na ordem de 8.7 por cento em 2006. Em todo o caso, as duas estimativas ultrapassam os níveis de prevalência nos dois países vizinhos da Guiné-Bissau, o Senegal e a Guiné-Conakry, onde as taxas de prevalência estão entre 0.4 por cento e 0.7 por cento (Senegal) e 1.2 por cento e 1.8 por cento (Guiné-Conakry)⁴⁷. Entre os factores que contribuem para a transmissão do VIH figuram a prática sexual precoce (55 por cento da população é sexualmente activa aos 15 anos) e a elevada incidência da pobreza que induz muitas raparigas a actos de prostituição; a alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST)⁴⁸ e a baixa utilização de preservativos. Informações oriundas de diversas fontes indicam a existência de problemas sérios de infecção no meio urbano (particularmente no grande eixo rodoviário situado entre Bissau e Senegal). Sem esforços redobrados, a contaminação pelo VIH/SIDA poderá aumentar consideravelmente. Um estudo para colectar melhores informações sobre a taxa de infecção do HIV e a sua distribuição estava programado para 2008.

102. **O acesso ao tratamento do HIV/SIDA é muito limitado.** Em 2006, o Secretariado Nacional de Luta contra o SIDA estimou a mortalidade relacionada com o VIH/SIDA em 3.600. A estimativa do UNAIDS para o mesmo ano situava-se em 2.700. A transmissão mãe-filho tem

⁴⁶ Organização Mundial da Saúde.

⁴⁷ Organização Mundial da Saúde, Base de Dados Online do UNAIDS/OMS.

⁴⁸ Perto de 7 por cento de todos os inquiridos (idades entre 15-49 anos) admitiram ter tido um episódio de DST em 2005. Em média, cada pessoa contactada sofreu um episódio de DST durante a sua vida. A maior parte dos casos de DST, particularmente nos homens, não são registados, pois estes recorrerem aos curandeiros tradicionais. Os estabelecimentos sanitários registaram uma média de 9.000 casos por ano durante os últimos 3 anos.

aumentado também nos últimos anos. A taxa da transmissão em 2006 era de 9 por cento, enquanto em 2005 fora estimada em 1 por cento. Dados recentes mostram que menos de 8.6 por cento de todas as mulheres grávidas se submeteram a testes de VIH durante os cuidados pré-natais e que apenas 7.1 por cento das mulheres que se submeteram aos testes receberam os seus resultados⁴⁹. Não obstante a existência de genéricos como os ARVs provenientes do Brasil, e o financiamento do Fundo Global para a Luta contra o SIDA, Tuberculose e o Paludismo (GFATM), apenas 496 pessoas receberam tratamento no primeiro trimestre de 2007⁵⁰, (ninguém em 2004). As condições precárias das infra-estruturas sanitárias e a frágil capacidade de gestão da cadeia de fornecimento são os principais factores de estrangulamento. Em 2007, verificou-se uma ruptura de stock dos ARVs pediátricos e de reagentes para os testes.

103 O conhecimento das formas de transmissão do VIH/SIDA entre a população é relativamente baixo. Quase 86 por cento da população admite ter ouvido falar do HIV/SIDA. Entretanto, o conhecimento das formas de transmissão do VIH é insuficiente. 87 por cento das pessoas com idade compreendida entre 15 e 24 anos admitem saber como o VIH é transmitido, mas somente 7 por cento são capazes de identificar duas formas de transmissão (12.7 por cento no meio urbano e 3.4 por cento no meio rural). Existem sérios preconceitos sobre a transmissão do VIH. 32 por cento dos inquiridos alegam que a transmissão é ocasionada pela intervenção divina, 51 por cento afirmam que a transmissão pode ter lugar através da partilha da mesma “tigela” de comida, ou brincando e dormindo juntos; e 72 por cento declararam que a transmissão pode ser provocada pela picada de mosquito. Só 10 por cento dos inquiridos sabiam que as 3 formas de transmissão anteriormente citadas eram incorrectas (estudo de comportamento 2006).

104. O conhecimento sobre os métodos de prevenção difere amplamente entre os diferentes grupos da população. O conhecimento sobre os métodos de prevenção é menor nas zonas rurais comparado com as zonas urbanas. Entre todas as mulheres que vivem nas áreas urbanas, 91.6 por cento afirmam terem ouvido falar acerca do VIH/SIDA, das quais quase metade (47.2 por cento) conseguiram identificar correctamente as 3 formas de prevenção (abstinência, fidelidade e uso consistente do preservativo). Nas zonas rurais, mais da metade das mulheres nunca ouviram falar do VIH/SIDA nem estavam familiarizadas com as formas de prevenção. A nível regional também existem diferenças quanto aos conhecimentos sobre as formas de prevenção. As regiões do sul (Bolama/Bijagos, Quinara e Tombali) estão consideravelmente mais atrasadas, com 70 por cento das mulheres sem qualquer conhecimento de uma forma de prevenção da doença. O conhecimento sobre a prevenção da infecção pelo VIH está positivamente relacionado com o nível de rendimento. Enquanto só 12.4 por cento das mulheres mais pobres são capazes de identificar correctamente o ABC dos métodos de prevenção, este valor sobe para 51 por cento entre as mulheres do quintil mais alto de rendimento.

Caixa 3: Sexualidade e VIH/SIDA na Guiné-Bissau

Várias atitudes sócio-culturais ligadas à sexualidade e algumas práticas sexuais contribuem para a vulnerabilidade de uma grande parte da população em relação ao VIH/SIDA.

⁴⁹ MICS 2006.

⁵⁰ Este corresponde a menos de 40 por cento das pessoas identificadas como necessitando de acesso ao tratamento com ARV e menos de 10 por cento do número estimado de pessoas que necessitam de tratamento.

A excisão feminina e a circuncisão masculina, ambos conhecidos como *fanado*, é uma prática vulgarizada. Enquanto a circuncisão masculina é uma prática normal, a mutilação sexual feminina verifica-se exclusivamente no seio dos muçulmanos. Justificada não somente por razões de higiene, a excisão é amplamente considerada como um pré-requisito para o casamento. Tanto homens como mulheres são susceptíveis à contaminação tendo em conta o ambiente em que as cerimónias de circuncisão são realizadas; a circuncisão de vários rapazes e raparigas é efectuada utilizando a mesma faca. O *fanado* é uma cerimónia que marca simbolicamente a transição da adolescência para a fase adulta da vida. Entre os Balantas, por exemplo, o ritual do *fanado* é uma festa caracterizada pela grande quantidade de bebidas alcoólicas, e socialmente é aceitável uma elevada prática sexual na comunidade, incluindo o que se descreve como estupro.

A exemplo do que se observa em várias partes da África Subsaariana, raparigas jovens envolvem-se em práticas sexuais ocasionais com homens mais velhos para serem recompensadas com prendas e dinheiro. Como os encontros sexuais são claramente contratuais, as raparigas não se consideram como prostitutas, e conseqüentemente não se organizam como tal.

A promiscuidade masculina é aceita em todos os grupos sociais, enquanto que a feminina é severamente punida no seio dos Fulas, podendo ser tolerado entre os Mandigas e grupos étnicos animistas. Entre os Balantas é tolerado que o homem casado se envolva em relações sexuais com qualquer hóspede de sexo feminino que se encontre em sua casa (*Bnanhga*).

A resistência ao uso de preservativo como objecto estranho é comum nas zonas rurais e aumenta com a idade. Apesar de ser mais frequente no seio dos jovens nos centros urbanos, em geral o uso do preservativo é relatado como sendo mínimo e irregular. Para os muçulmanos, o VIH é considerado um castigo de Deus e o uso do preservativo é um convite aberto para o adultério.

Estas práticas tradicionais, associadas ao baixo nível de conhecimentos sobre a prevenção e uma resistência expressa sobre o uso do preservativo, são factores explosivos para a expansão do VIH/SIDA.

Fonte: INEP (CESE 2005).

105. O desconhecimento sobre o VIH contribui para comportamentos de risco e discriminações sérias em relação às pessoas infectadas. Apenas 37 por cento do grupo etário entre 15 e 24 anos afirmara utilizar o preservativo em caso de relações sexuais ocasionais, mas este número parece sobrestimado, tendo em conta a limitada disponibilidade de preservativos no país e a resistência já referida ao uso de preservativos no mesmo grupo etário por várias razões⁵¹. A prática da mutilação genital feminina que no passado vitimou 272.000 raparigas e mulheres representa um risco sério para a expansão da doença. O desconhecimento sobre o VIH também tem levado ao término da relação matrimonial em 50 por cento dos casos, quando um parceiro revela ao outro que se encontra contaminado, ou é factor da expulsão do seio da família em 30 por cento dos casos.

106. Ainda persiste um sério estigma contra as pessoas seropositivas. Segundo dados recentes do MICS, 75.2 por cento - uma esmagadora maioria - da população tem opiniões discriminatórias contra as pessoas portadoras do vírus VIH/SIDA. Deste número, por exemplo, 41.8 por cento são da opinião que os professores seropositivos deveriam ser banidos das suas actividades de docência, 48 por cento afirmam que nunca comprariam vegetais de uma pessoa seropositiva e 20.6 por cento recusariam cuidar de uma pessoa com vírus de VIH/SIDA. Com

⁵¹ A quantidade de preservativos disponíveis no mercado, quer através de canais públicos quer de canais privados nos últimos 3 anos, tem sido muito baixa (2004: 140.000; 2005: 290.000; 2006: 350.000). Esta situação explica-se em parte pela fraca capacidade das ONGs para garantirem uma distribuição adequada.

estes resultados, não é surpreendente que quase metade das pessoas na amostra alegaram que manteriam em segredo um membro da família seropositivo⁵².

Tabela 12: VIH/SIDA: Conhecimento sobre Prevenção, Mulheres com idades entre 15 e 49 anos (%)

		Ouviu sobre VIH/SIDA	Conhece 3 modos de prevenção	Não conhece nenhum modo de prevenção	Número de mulheres
Região	SAB	95.3	52.3	13.9	2338
	Leste	66.2	22.2	56.9	1751
	Norte	67.9	28.1	46.4	3033
	Sul	39.7	11.9	70.0	888
Áreas	Urbano	91.6	47.2	18.2	3232
	Rural	59.4	21.9	57.8	4778
Nível de educação	Não	59.5	20.7	57.4	4557
	Primário	85.7	43.7	25.9	2092
	Secundário e para cima	98.3	55.8	9.8	1254
	Não formal	56.7	9.7	69.9	98
Rendimentos por quintil	Mais pobre	45.3	12.4	70.7	1495
	Pobre	60.4	20.9	58.9	1432
	Rendimento médio	67.1	26.2	50.3	1489
	Rico	85.2	42.3	25.6	1624
	Mais ricos	95.	51.1	14.5	1970
Total		72.4	32.1	41.8	8010

Fonte: MICS 2006 (relatório preliminar).

107. **A informação, educação e comunicação (IEC) não é utilizada de forma eficaz como um instrumento para influenciar o comportamento.** Os materiais disponíveis não são amplamente distribuídos e a utilização de materiais provenientes de outros países lusófonos é bastante limitado. O uso de painéis publicitários nas ruas é quase nulo, e desde 2006 um conflito entre o Secretariado Nacional de Luta contra o SIDA e a União dos Jornalistas tem afectado uma difusão eficaz de mensagens relacionadas com o VIH/SIDA na comunicação social. Algumas rádios comunitárias disseminam mensagens sobre o VIH/SIDA numa base contratual. Lamentavelmente, os contratos não são honrados devido à frágil capacidade de gestão das referidas estações. As sucedidas campanhas de IEC são efectuadas pelas ONGs, tal como *Step Up* e pequenas ONGs e OCBs. As suas mensagens são mais variadas que as das rádios comunitárias (fidelidade, uso de preservativo, abstinência). No entanto, o impacto é geograficamente limitado e depende fortemente de financiamento externo. A disponibilidade limitada de preservativos minimiza também o impacto das mensagens. É importante mencionar que os currículos escolares foram adaptados para incluir informações sobre VIH/SIDA, embora não se iniciou ainda a sua execução devido à falta de financiamento.

3.3.3 A Gestão do Sector de Saúde

⁵² Um total de 5.799 pessoas na amostra do MICS eram mulheres.

108. **A organização actual do sistema de saúde enfrenta múltiplos constrangimentos.** O sistema actual de saúde está organizado em 3 níveis: central, regional e local. Cada nível oferece diferentes tipos de cuidados. A nível central o Ministério da Saúde (MINSAP) é responsável pela definição de políticas e estratégias, impondo regulamentos e orientações técnicas e conferindo apoios logísticos e operacionais para os diferentes programas e actividades sanitárias⁵³. Também assegura a supervisão, o seguimento e a mobilização assim como a coordenação da ajuda externa. A nível regional, há 11 Direcções Regionais de Saúde, cujas funções consistem em operacionalizar as políticas em matéria de saúde assim como em realizar acções ligadas ao seguimento e avaliação. A nível local, o país encontra-se dividido em 37 sectores e organizado em 114 áreas sanitárias, incluindo centros de saúde de tipos A, B e C em conformidade com o nível de cuidado oferecido. Este nível assenta nos cuidados primários de saúde, através dos quais é oferecido um pacote mínimo de serviços que cobrem a vacinação, o paludismo, a saúde reprodutiva, a nutrição e o VIH/SIDA. A nível local, as comunidades (tabancas) estão organizadas sob a denominação de Unidades da Saúde de Base (USB), que disponibilizam para as populações os medicamentos essenciais necessários para os cuidados primários de saúde. Das 697 Unidades da Saúde de Base existentes, 466 estão actualmente operacionais, assegurando cuidados básicos, prevenção e promoção dos cuidados de saúde.

109. **Teoricamente este sistema está bem organizado, mas na prática enfrenta múltiplos problemas.** O nível central frequentemente falha no fornecimento de planos estratégicos, no monitoramento, na implementação de vários programas de saúde ou ainda na coordenação entre os actores. A implementação dos programas de saúde a nível regional e local é dificultada pela falta de infra-estruturas e equipamentos, assim como por uma fraca capacidade de gestão.

Gestão de Recursos Humanos

110. **Uma estratégia de recursos humanos foi elaborada recentemente.** A falta de uma clara estratégia de recursos humanos constitui o principal obstáculo ao desenvolvimento do sector da saúde. O desenvolvimento de uma nova estratégia de recursos humanos (o último foi desenvolvido em 1997) é portanto um elemento chave para a melhoria do desempenho do sector da saúde. Com o apoio do Banco Mundial, através de uma doação do Fundo Fiduciário Bill Gates, foi possível desenvolver recentemente uma nova estratégia de recursos humanos. A nova estratégia responde às questões fundamentais necessárias para garantir o fortalecimento de todo o sistema de saúde através da melhoria do desempenho (por exemplo, planificação, produção, mobilidade, gestão de desempenho e regulação e administração). O desafio para o Ministério da Saúde consiste agora na transformação desta nova estratégia em amplos planos de acção.

111. **O sector necessita urgentemente de quadros qualificados.** O rácio de um médico por 10.000 habitantes é extremamente baixo, assim como o rácio de duas enfermeiras por cada médico. A falta de pessoal continua a ser uma preocupação. Estimativas indicam que o país

⁵³ O MINSAP é composto de 2 Direcções Gerais; a da Saúde Pública e das Infraestruturas Sanitárias; doze subdirecções (incluindo Finanças e Administração, Cuidados Hospitalares, Cuidados Primários, Medicamentos, Higiene e Epidemiologia, Recursos Humanos, e VIH/SIDA; 3 Inspeções (Geral, Farmácia e Administrativa/Finanças) dois Institutos Nacionais (Saúde e Sangue); três Centros (Compra de Medicamentos Essenciais, Centro Mental e Motora e Reabilitação); e uma Escola Nacional de Saúde. Existe um hospital nacional de referência (Hospital Simão Mendes) e dois Centros de Referência (Pneumologia e Gestão de Leprosos).

necessita duplicar o número dos seus médicos generalistas e aumentar em um terço o número de enfermeiras e parteiras actualmente em funções. Além da falta de pessoal, os centros urbanos são favorecidos na colocação dos quadros. Além do mais, a política de transferência de recursos humanos e o sistema de promoção não são transparentes; estes induzem a disparidades regionais, ao desequilíbrio entre a cidade capital e as regiões mais pobres, e a falta de motivação do pessoal, que não vê qualquer ligação entre o seu desempenho e o desenvolvimento das suas carreiras profissionais.

Tabela 13: Estimativa das Necessidade de Pessoal Chave no Sector de Saúde em 2006

RH Guiné-Bissau	Em funções	Necessidade estimada	Faltam
Médicos/Generalistas	30	56	26
Médicos especialistas estrangeiros	30	30	0
Enfermeiras	261	368	107
Parteiras	162	528	96
Técnicos de saúde	40	82	42

Fonte MINSAP.

112. **O governo está a considerar um novo esquema de incentivos para o pessoal da saúde.** O governo tenciona introduzir incentivos monetários e outros tipos, incluindo a construção de moradias para o pessoal em algumas regiões, a fim de encorajar a colocação do pessoal nas localidades mais afastadas. Uma nova grelha salarial está em vias de ser introduzida com o objectivo de motivar o pessoal através do aumento significativo do salário para os trabalhadores da saúde. O aumento proposto varia de 25 por cento para os técnicos até 100 por cento para os especialistas. Outros incentivos monetários estão relacionados com o pagamento de horas extras para os turnos nocturnos e subsídios para o pessoal em serviço em áreas isoladas. Também está a ser equacionada a possibilidade de subsídios para serviços de emergência. Ainda não está claro se todos os 12.000 funcionários públicos⁵⁴ beneficiarão desta nova política de ajustamento salarial.

113. **Os estabelecimentos de formação têm capacidade limitada.** A escola nacional de saúde é responsável pela formação de todas as enfermeiras, parteiras e técnicos da saúde na Guiné-Bissau. A escola foi totalmente destruída durante o conflito de 1998-1999 e não foi reconstruída até à presente data. A escola está inserida na Universidade Amílcar Cabral, mas não dispõe de infra-estruturas suficientes para os estudantes, o pessoal administrativo e professores. Em 2006, havia 12 professores que trabalhavam a tempo inteiro e 200 estudantes matriculados em programas de duração de 3 a 4 anos. A escola nacional de saúde não dispõe de biblioteca, nem de materiais de referência, nem de materiais pedagógicos para os alunos. A falta de equipamento prevalece em todo o sistema e o currículo precisa de ser actualizado. O plano de formação existente não poderá satisfazer a todas as necessidades durante os próximos anos. A geminação com instituições ocidentais poderia ser uma opção para oferecer ao pessoal a oportunidade de adquirir ou melhorar suas habilidades pedagógicas assim como para ajudar a escola a se manter actualizada em estratégias modernas de formação e em programas. A escola de medicina presentemente com 90 estudantes está a funcionar com o apoio do governo de Cuba,

⁵⁴ O sector de segurança não está incluído.

que trouxe 34 médicos para a Guiné-Bissau em 2005 (a maioria são médicos generalistas) a fim de garantir a formação na escola.

Monitoramento e Avaliação

114. A gestão do sistema de saúde é dificultada por um sistema inadequado de monitoramento e de avaliação. A maioria dos dados importantes são recolhidos nas regiões, mas a sua consolidação a nível central continua fraca, resultando numa baixa fiabilidade das informações⁵⁵. O Departamento de Higiene e Epidemiologia (DHE), responsável pelo sistema de informação de saúde, não possui capacidade para analisar os dados e utilizá-los para tomar decisões. Com o apoio de alguns doadores, nomeadamente o Banco Mundial, a Cooperação Francesa e o Fundo Global, vários esforços estão a ser desenvolvidos a fim de melhorar o sistema de monitoramento e avaliação do sector, permitindo um fluxo regular de informações dos postos de saúde para o centro e vice-versa. Em 2006, o projecto financiado pela IDA assinou um contrato com o Projecto de Saúde de Bandim, uma organização autónoma de saúde financiada pela DANIDA, para apoiar a recolha e o tratamento de dados. A Cooperação Francesa está a prestar uma assistência técnica ao Departamento de Higiene e Epidemiologia com a assistência de um epidemiologista. Entretanto, o Departamento de Higiene e Epidemiologia vai necessitar de alguns anos de apoio técnico e um programa de formação intensiva para os seus quadros a fim de poder operar autonomamente. A liderança técnica terá ainda que ser reforçada no Departamento de modo a melhorar a qualidade dos trabalhos e a assegurar uma melhor gestão de toda a equipa técnica.

115. A supervisão das actividades de saúde não é realizada regularmente. A supervisão é essencial para a gestão e a manutenção do desempenho da rede de saúde, mas ela é rara na Guiné-Bissau. A última missão de supervisão foi realizada em 2006, através do financiamento do PNDS e uma outra foi programada para 2007. Um sistema de supervisão adequado deve incluir 6 equipas que visitam duas regiões pelo menos duas vezes por ano. O manual de supervisão foi revisto em 2005. Cada equipa elabora um relatório baseado em orientações estabelecidas. Lamentavelmente, muitos dos problemas identificados pela supervisão de 2006 persistem, particularmente a falta de medicamentos, o fornecimento e as dificuldades de manutenção da frota de transporte. Além disso, o sistema de supervisão sofre de falta de coordenação e organização. Muitos programas verticais supervisionam as suas próprias actividades e o conceito de supervisão integrada não foi ainda cabalmente implementada. A integração traria consigo vários benefícios, entre eles a realização de economias de escala e maior eficiência. Este esquema de supervisão também motivaria o pessoal e melhoraria a eficiência e a qualidade dos cuidados, facilitando uma rápida retro-alimentação do sistema, a fim de corrigir as práticas incorrectas e responder às necessidades logísticas.

116. O sistema não dispõe de um sistema fiável de contabilidade analítica e patrimonial. Este sistema é crucial para uma gestão salutar das finanças públicas ligadas à saúde, infra-estruturas, frotas de viaturas e actividades de manutenção. Actualmente, a falta de controlo do nível central em relação ao nível regional é imensa. Não existe uma supervisão organizada para controlar as despesas a nível descentralizado. Consequentemente, há falta de transparência e

⁵⁵ A IDA assinou um contrato com a DANIDA em 2006 para ajudar a fortalecer a colecta e o tratamento de dados.

eficiência na utilização dos magros recursos. A auditoria às despesas públicas é praticamente inexistente. A última auditoria foi realizada em 2006 com apoio do BAD. Neste contexto, um Estudo das Despesas Públicas seria extremamente útil, tendo em conta que este poderia fornecer às autoridades responsáveis pela tomada de decisões, informações importantes sobre eficiência técnica na afectação dos recursos e gestão.

117. **A descentralização ainda não está a ser considerada.** O objectivo da descentralização é aproximar o governo da população e encorajar a participação comunitária. Actualmente, nenhum processo de descentralização está previsto no sector de saúde na Guiné-Bissau. A ligação administrativa com as regiões e os sectores mantém-se muito hierárquica e centralizada. Uma discussão interna sobre a política de descentralização do poder e a distribuição das tarefas-chaves nas regiões deveria ser iniciada o mais rápido possível. Muitos pontos podem ser discutidos numa perspectiva de médio prazo, tal como o estatuto legal, uma combinação apropriada de tipos de descentralização, a eficiência do fluxo financeiro, o nível de controle e regulação a partir do nível central, o grau de poder dos comités/direcções regionais, regras de governação e o ajuste das necessidades locais com a escala de organizações descentralizadas. De qualquer forma, tal reforma necessitaria de assistência técnica para preparar a planificação das unidades locais e regionais, monitoramento e capacidade de gestão.

Logística da gestão dos medicamentos

118. **A logística da gestão dos medicamentos necessita ser melhorada.** Paralelamente à gestão de recursos humanos e às actividades de supervisão, o acesso equitativo a medicamentos é outra exigência para o bom desempenho do sistema de saúde. A maioria dos depósitos de medicamentos estão a enfrentar graves situações financeiras. Alguns deles não podem continuar a comprar medicamentos por estarem altamente endividados, o que reflecte negativamente na distribuição dos medicamentos. Por exemplo, em 2005, o hospital de Mansoa no norte, pôde comprar apenas 10 por cento dos medicamentos necessários através do sistema em vigor, tendo procedido à compra dos restantes medicamentos fora do sistema. Também existem casos de má gestão em alguns lugares, nomeadamente o desaparecimento de fundos. A falta de documentos de referência para a lista dos medicamentos e protocolos terapêuticos a vários níveis não oferece um contexto favorável para melhorar a situação num curto espaço de tempo.

3.3.4 Capacidade Institucional

119. **As prioridades nacionais de saúde encontram-se definidas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2003-2007).** As linhas gerais do Plano clarificam as estratégias de desenvolvimento da saúde da população. O Plano é ao mesmo tempo um documento estratégico crucial e um instrumento operacional que inclui quatro grandes estratégias nacionais: (i) acessibilidade e qualidade de um pacote mínimo de actividades e cuidados padrões; (ii) criação de capacidades institucionais; (iii) desenvolvimento de recursos humanos na gestão de programas e prestação de serviços; e (iv) promoção da colaboração intersectorial na prevenção de doenças. O PNDS foi largamente financiado pelo apoio externo. O Plano terminou em Dezembro 2007, e o governo já iniciou o processo de elaboração de um novo Plano (PNDS II), para o período 2008-2012. O processo está a ser liderado pelo Ministério da Saúde com o apoio técnico-financeiro dos parceiros de desenvolvimento, outros departamentos governamentais e a sociedade civil, com um calendário de elaboração entre 6 e 9 meses. Três

agências das Nações Unidas (OMS, UNICEF, FNUAP) e o Banco Mundial, comprometeram-se em prestar apoio técnico e financeiro a todo o processo.

120. Um roteiro (2007-2009) para reduzir a mortalidade materna e neo-natal foi aprovado. O roteiro foi aprovado em 2006 com o apoio dos parceiros de desenvolvimento. Os seus objectivos são a redução da mortalidade materna de 818 por cada 100.000 nados-vivos para 205 por cada 100.000 nados-vivos; e a redução da mortalidade neo-natal de 55 por cada 1.000 nados-vivos para 20 por cada 1.000 nados-vivos antes de 2015. Especificamente, o Plano contempla o aumento da disponibilidade dos serviços de emergência obstétrica e neo-natal e o reforço da utilização e melhor qualidade destes serviços. As estratégias de intervenção estarão focalizadas no fortalecimento da capacidade de resolução das infra-estruturas de prestação de cuidados obstétricos essenciais (COE) a diferentes níveis, a melhoria do sistema financeiro para sustentar os COE, assim como a formação de parcerias com as ONGs e as comunidades para promover a saúde materna e neo-natal. As actividades principais do roteiro incluirão supervisão, reabilitação física, equipamento em viaturas e compra de medicamentos, formação e comunicação. Este excelente plano detalhado necessita de US\$ 3 milhões durante os 3 próximos anos, mas até à presente data nenhum financiador manifestou interesse em disponibilizar fundos para a materialização das intervenções planeadas.

121. O desenvolvimento de capacidades é crucial. O MINSAP não possui um programa de formação para o seu pessoal dos níveis central e regional. As Direcções do MINSAP necessitam de uma formação intensiva e contínua destinada a aumentar o nível de conhecimento do seu pessoal a fim de atingir melhores resultados. As principais áreas identificadas que necessitam de melhores capacidades são: a planificação, o monitoramento, e a informática e gestão de programas. Uma formação específica em orçamentação marginal em situações de constrangimento (*Marginal Budgeting for Bottleneck* - MBB) está prevista no quadro da parceria com o UNICEF⁵⁶. O MBB figura entre as abordagens e instrumentos com potencial para superar os aspectos da cobertura dos serviços de saúde, avaliando os obstáculos à aceleração de progressos no sector da saúde a nível nacional, identificando as formas de remover tais obstáculos, e estimando os custos da remoção desses obstáculos e os prováveis impactos sobre as Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento.

122. A coordenação entre os parceiros de desenvolvimento necessita ser melhorada. O MINSAP ainda não está na posição de liderar a coordenação entre os parceiros. O apoio dos parceiros é muitas vezes delineado pelos próprios, independentemente do Ministério, causando sobreposições e ineficiências na utilização dos magros recursos. A instabilidade política e as mudanças frequentes no seio do Ministério não ajudam. No entanto, existem alguns sinais positivos de melhor coordenação entre os principais actores. Dois valiosos mecanismos institucionais foram recentemente criados: o Comité de Coordenação Inter Agências sobre Vacinação e Supervisão, e o Comité de Coordenação Multi-Sectorial para o Fundo Global (CCM). O primeiro tem tido um bom desempenho, tendo recebido no ano passado um prémio de

⁵⁶ O MBB é um instrumento desenvolvido recentemente pelo UNICEF, o Banco Mundial e a OMS e testado em vários países que tencionam responder a esta necessidade. O instrumento focaliza em intervenções que a literatura considera eficazes para melhorar os resultados dos objectivos do milénio e que podem ser levadas a cabo no contexto dos países em vias de desenvolvimento. As abordagens do MBB são concebidas de forma específica para cada país afim de ajudar na gestão e na planificação de programas e sistemas específicos de saúde.

US\$ 135.000 do GAVI (Aliança Global para Vacinas e Imunização) pelo seu notável desempenho. O CCM para o Fundo Global é composto por 16 membros representando diferentes organizações, incluindo sociedade, governo, ONGs, organizações religiosas, sector privado, academia, e o Secretariado Nacional de Luta contra a SIDA (SNLCS). Os encontros são frequentes para discutir aspectos relevantes e propôr soluções.

3.3.5 Financiamento da Saúde

123. **As despesas públicas no sector de saúde são baixas.** Em 2006, a despesa pública por habitante no sector da saúde foi estimada em US\$ 6, acrescida da contribuição dos doadores de igual montante. Assim, com uma despesa total de apenas US\$ 12 por habitante destinada ao orçamento da saúde, a Guiné-Bissau não se encontra bem posicionada em relação aos patamares internacionais de financiamento da saúde para os países em desenvolvimento. Por outro lado, o país está muito aquém dos compromissos em termos de financiamento público para o sector⁵⁷. As despesas de saúde dos agregados familiares foram estimadas em média entre US\$1.5 e US\$2 per capita anualmente, correspondendo a um montante total de US\$ 2 a US\$ 3 milhões.

124. **A parte do orçamento público para o sector da saúde tem sido reduzida.** Ela passou de 11.8% em 2002 para 7.9% em 2006 (2.18% para 1.84% do PIB durante o mesmo período) (Tabela 14). Tal situação é explicada parcialmente pelas dificuldades macro-económicas do país, mas também está relacionada com a insignificante prioridade atribuída pelo governo a este sector. A preparação anual do orçamento é um processo que requer duras negociações e discussões com as regiões. A execução orçamental é afectada pelo fraco diálogo entre o Ministério das Finanças e o MINSAP, que ocorre simplesmente no contexto da solução de problemas. Os atrasos no pagamentos dos salários do pessoal de saúde são crónicos, chegando a atingir 3 a 4 meses. Outro factor explicativo é a fraca capacidade da Direcção da Administração e Finanças (DAF) do MINSAP. A criação recente da Direcção da Informática pelas autoridades governamentais do Ministério é parte dos esforços para resolver estas fraquezas.

Tabela 14: Orçamento de funcionamento do governo para o sector de saúde (2002-2007)

ano	Afectação (xCFA 1000)	% Orçamento Governo	% PIB	Execução (realmente pago)	Taxa de execução
2002	3509200*	11.8	2.2	1126453	36.2
2003	3509200	11.8	2.2	888076	25.3
2004	2333300	8.2	1.6	1110651	47.6
2005	2618500	7.1	1.7	1308279	53
2006	3197112	7.9	1.8	1374364	43
2007	3782481	9	2		

Fonte: Ministério Saúde.

* por defeito uma vez que nenhum orçamento foi submetido em 2002.

125. **A taxa de execução orçamental é baixa.** A situação do investimento na saúde pública torna-se ainda mais grave quando se considera a baixa execução orçamental. A Tabela 4 mostra que o governo afectou em média 9.3 por cento do orçamento geral do Estado para o sector da

⁵⁷ Segundo o Acordo de Abuja, a despesa pública de saúde per capita nos países em desenvolvimento deve atingir no mínimo US\$ 25.

saúde no período entre 2002 e 2006, mas a verdadeira fatia orçamental do sector é menor devido à baixa taxa de execução orçamental. Em 2006, do orçamento de 3.2 bilhões de CFAF (US\$ 6 milhões), o MINSAP gastou somente 1.4 bilhões de CFAF (US\$ 2.6 milhões), o que representa uma taxa de execução de 43 por cento. Para piorar o panorama, 80 por cento do orçamento foi aplicado no pagamento do salários e subsídios de pessoal. Em 2006, estes representavam 83.5 por cento das despesas globais; por conseguinte, apenas uma ínfima parte do orçamento serve para a realização de despesas não ligadas ao pessoal, nomeadamente despesas de aquisição de combustível, vestuários, alimentação, medicamentos e materiais para escritórios. Por outro lado, as despesas não salariais são distribuídas irregularmente por diferentes diferentes linhas orçamentais. Enquanto as despesas com evacuação médica de pacientes para Portugal e o Senegal quadruplicaram em relação às despesas planeadas, atingindo 489 Milhões de CFAF (US\$ 1.0 milhão)⁵⁸, as despesas anuais com os medicamentos continuaram a diminuir. Em 2006, a necessidade estimada em medicamentos foi de 353 Milhões (US\$ 660.000), mas as despesas do Governo não ultrapassaram 25 Milhões de CFAF (US\$ 47.000). Isto não obstante vários apelos dos parceiros de desenvolvimento para que o governo aumentasse substancialmente as despesas com a compra de medicamentos.

Caixa 4: O Fardo das Evacuações Médicas

A evacuação médica continuou a consumir a maior fatia das despesas não salariais. Muitos pacientes, especialmente aqueles com problemas cardiológicos, neurológicos e nefrológicos, são enviados para Portugal, no quadro de um protocolo assinado entre os dois países e que beneficiou 300 doentes em 2006. O acordo bilateral contempla tratamento hospitalar gratuito, incluindo diagnóstico e terapias, desde que se efectue num hospital público, assim como o transporte entre o aeroporto e o hospital em ambulância, naturalmente quando a situação o justifica. Os custos da evacuação são partilhados pelos dois países, sendo da responsabilidade do governo da Guiné-Bissau o pagamento dos custos da passagem aérea. Um certo montante em dinheiro é disponibilizado pela Embaixada da Guiné-Bissau em Lisboa em forma de subsídio para os pacientes com doenças crónicas ou que são obrigados a permanecer por um longo período em Portugal. Um procedimento similar foi também acordado com o governo do Senegal, dado o número crescente de evacuações efectuadas nos últimos anos para aquele país.

126. As despesas do sector são financiadas principalmente através do apoio dos parceiros de desenvolvimento. A contribuição dos parceiros representou 86 por cento da totalidade das despesas em 2006. As principais contribuições multilaterais provêm do Banco Mundial, do BAD e do UNICEF. 12 por cento do financiamento sectorial vem do GAVI e do Fundo Global. Parceiros bilaterais, nomeadamente Portugal, China, Suécia, Dinamarca, França e Brasil contribuíram com 23 por cento do apoio externo em 2006.

Tabela 15: Despesas da Saúde em 2006 Segundo Diversas Fontes

Fontes de Financiamento	Montantes (Euros)	%
Governo	2,095,000	13,9
IDA	1,430,154	9.5
BAD	2,693,000	17.8
OMS	616,930	4.1
UNICEF	1,817,599	12
FNUAP/UE	11,317	0.7

⁵⁸ Em 2006, 590 pacientes, a maioria com doenças crónicas, como câncer, doenças renais e insuficiências cardíacas, foram evacuados para Portugal e o Senegal.

Fundo Global	1,839,932	12.2
GAVI	68,000	0.5
Cooperação Chinesa	560,000*	3.7
Cooperação Francesa	186,247	1.2
Cooperação Portuguesa	1,797,935	11.9
Cooperação Brasileira	80,000*	0.5

Fontes: Relatórios PNDS e GAVI.

* Estimativa.

127. A Guiné-Bissau continua ser um dos países do mundo que recebe menos assistência externa. A maioria dos principais parceiros bilaterais (Estados Unidos, Suécia, Holanda, Grã-Bretanha, Alemanha) estão ausentes ou não residem no país, em parte devido à crónica instabilidade que se observa desde a erupção do conflito de 1998. Neste contexto, as perspectivas de mobilização de fundos externos para financiar a saúde nos próximos anos não são encorajadoras. Em Dezembro de 2007, terminou o financiamento do PNDS do Banco Mundial. O BAD e a União Europeia, dois dos mais importantes parceiros do sector também anunciaram que se vão retirar. Não está programado um financiamento adicional da União Europeia para o sector da saúde, pelo menos antes do nono Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED).

Caixa 5: Recuperação de Custos (Iniciativa de Bamako)

Na Guiné-Bissau, o sistema de recuperação de custos está numa situação precária. Desde 2003, quando a Iniciativa de Bamako foi introduzida como uma estratégia de co-financiamento do sector da saúde, vários constrangimentos foram identificados. Entre eles estão a gestão ineficiente dos fundos, a alta mobilidade da população, a falta da capacidade de gestão dos Comités e a supervisão inadequada a partir do nível central.

A gestão ineficiente dos fundos é explicada principalmente pela deficiente participação dos membros do Comité de Gestão (CG), eleitos para representarem as comunidades. A tarefa é efectuada voluntariamente, isto é, sem qualquer remuneração. É uma tarefa bastante exigente, já que o membro do Comité de Gestão deve deslocar-se regularmente a outras aldeias, cobrindo distâncias que variam entre 10 a 40 kms. Cobrir esta distância não é obviamente um factor motivador, quando se trata de actividade voluntária. Alguns elementos eleitos dos Comités de Gestão estavam à espera de poder beneficiar de alguma contrapartida financeira ou material. Como essa expectativa não se concretizou, assistiu-se a uma grande frustração, ao absentismo, à falta de zelo e dedicação pela causa comunitária. O responsável do centro de saúde é o gestor dos fundos e investe nas áreas que julgar mais conveniente e necessária. São frequentes os casos de má administração e desvio de fundos para outros fins não identificados nos procedimentos da co-gestão comunitária. Exemplos deste tipo de prática são bastante frequentes em vários centros de saúde do país. Os fundos oriundos da venda dos medicamentos são várias vezes utilizados para benefício pessoal dos funcionários dos centros de saúde, em termos de compensação dos salários atrasados ou para financiar os custos de funcionamento das infra-estruturas que normalmente são da responsabilidade do governo central. Independentemente desta falta de motivação, muitos membros dos Comités de Gestão, particularmente os jovens, abandonam as suas aldeias e emigram para os centros urbanos, e os lugares vagos não são imediatamente ocupados. A falta de capacidade dos Comités de Gestão para efectuarem a gestão da recuperação de fundos é outro indicador de ineficiência. O reforço de capacidades é claramente sentido como uma necessidade. A supervisão a nível central é errática e as medidas correctivas necessárias nem sempre são tomadas.

Recentemente, o governo deu alguns passos para solucionar o problema. As medidas correctivas incluem sessões de formação para os membros dos Comités de Gestão. Foram distribuídos

instrumentos de gestão financeira e de contabilidade assim como pastas contendo documentos administrativos e formulários, incluindo recibos e declaração de despesas necessários para uma gestão transparente dos fundos. As equipas regionais de saúde foram reforçadas com técnicos capacitados na gestão de tesouraria, reduzindo a carga de trabalho dos administradores e financeiros regionais. Espera-se que os referidos administradores tenham mais tempo para se dedicarem ao acompanhamento dos trabalhos de gestão do CG. A nível central, estão a ser feitos esforços para aumentar o papel do monitoramento e da supervisão. O governo parece conhecer a importância da afectação de fundos para financiar as actividades de monitoramento e avaliação. Alguns incentivos materiais (por exemplo bicicletas) para encorajar e recompensar os membros dos Comités de Gestão pelo bom trabalho prestado estão também a ser considerados. O impacto potencial dessas medidas na eficiência e na recuperação eficaz de custos ainda está por determinar.

128. **A recuperação de custos tem sido modesta.** As taxas a pagar pelos utentes do serviço público de saúde foram adoptadas desde 2003 com o objectivo de recuperar parcialmente os custos dos serviços de saúde. O total da recuperação de custos em 2006 correspondia a 4 por cento do orçamento do sector de saúde. Estes recursos foram primordialmente utilizados para pagar os incentivos do pessoal médico (20 a 30 por cento), assim como para a compra de medicamentos e o financiamento dos custos de manutenção (30 a 60 por cento). Alguns sinais provenientes de grupos focais em 2005 sugerem que os membros mais pobres da população têm dificuldades em pagar os custos básicos das consultas, tanto para adultos como para as crianças, bem como os medicamentos essenciais. Na prática, quem decide quais são as pessoas que devem ser isentas de pagamento é o chefe da aldeia/tabanca, de acordo com o seu conhecimento sobre os agregados familiares da aldeia. Uma política de isenção em relação a grupos mais pobres e vulneráveis, nomeadamente mulheres grávidas e crianças com idade inferior a 5 anos nunca chegou a ser considerada.

129. **Apenas os trabalhadores do sector privado formal dispõem de seguro de saúde.** Por lei, os fundos de seguro são geridos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). O sistema cobre apenas 6.400 trabalhadores empregados em 1.622 empresas, muito aquém do grau de cobertura pré-conflito. Esta fraca cobertura pode ser parcialmente explicada pela fraqueza do sector privado. O INPS é uma entidade administrativa e financeira autónoma, sob supervisão do Ministério do Trabalho. As suas principais características são definidas pela lei, incluindo as condições de afiliação, e as contribuições e os benefícios. Os 12.500 funcionários públicos e seus dependentes não dispõem de qualquer seguro de saúde funcional, embora contribuam com 18 por cento dos seus salários, e por lei⁵⁹ gozem do direito a assistência médica. Na prática, a assistência médica é garantida aos funcionários na base de um processo de selecção.

130. **O sistema de seguro é financiado por contribuições provenientes dos salários.** O empregador contribui com 8 por cento do salário bruto e o funcionário paga 14 por cento. Além disso, o empregador paga uma parcela que varia entre 2 e 10 por cento para o seguro de acidente de trabalho, dependendo do tipo de actividade profissional que exerce. O INPS atribui os seguintes benefícios: (i) benefício em caso de doença (consultas e medicamentos); este benefício prevê 25 por cento de pagamento pelos seguros (50 por cento para dependentes); (ii) compensação salarial durante os períodos da doença, (iii) evacuação para o estrangeiro; (iv) cobertura familiar (até três crianças); (v) benefício por invalidez (após a declaração oficial de

⁵⁹ Decreto de lei no. 30-A/92, artigo 645.

invalidez); (vi) benefício de pensão (mínimo de 10 anos de inscrição; a pensão mínima do Estado é de 20,000 Francos CFA por mês - actualmente estão inscritas 979 pessoas); e (vii) benefícios de viúvez. Também existem planos para a construção de casas sociais assim como uma clínica privada.

131. **Fontes informais confirmam que os serviços nem sempre estão disponíveis.** São frequentes as mudanças na gestão no INPS, nalguns casos mais de uma vez por ano, e as nomeações são preferencialmente nomeações políticas em vez de nomeações baseadas em competências técnicas. Verificam-se regularmente atrasos de pagamento das contribuições pelas empresas. Na realidade, apenas 2.5 por cento das empresas elegíveis pagam as suas contribuições. Em números absolutos isso significa 40 empresas. Quando os fundos estão disponíveis, os desembolsos são bastante lentos, o que se traduz num nível muito baixo de confiança entre os trabalhadores e o patronato. Actualmente, o INPS está a preparar a introdução de uma gestão informatizada dos dados, com o apoio da Cooperação Portuguesa.

132. **Ainda não existe no país uma empresa comercial privada de seguros.** O INPS não tem-se esforçado para estender os seguros aos trabalhadores do sector informal que, de acordo com algumas estimativas, representam 80 por cento da força de trabalho nacional. Segundo o Director do INPS, um pré-requisito para atrair este segmento da força laboral seria o aumento da confiança no Instituto.

133. **Os seguros de saúde a nível comunitário têm estado a surgir nas últimas décadas na África Ocidental**⁶⁰. A Guiné-Bissau está ainda atrasada neste domínio. O país teve recentemente a sua primeira experiência-piloto de seguro de base comunitária informal através da orientação de actores não governamentais⁶¹. Através deste sistema, solicita-se a cada membro da comunidade que participa no esquema de seguros uma contribuição anual de um determinado montante, contribuição essa que é administrada pela organização de base comunitária. As tarifas são ajustadas ao ciclo do rendimento anual, já que o pagamento é efectuado na altura das colheitas. Os fundos são exclusivamente destinados a cobrir os custos de assistência médica dos membros. De acordo com a experiência de uma destas organizações de seguro comunitário, a organização deve possuir no mínimo entre 150 a 200 membros, cada um contribuindo com um mínimo de 1.000 Francos CFA por ano. Para este esquema não há recurso a nenhum co-financiamento externo. Tendo em conta a pequena escala das operações, os convénios ou consórcios para partilha de riscos são mínimos. Embora se calcule que a procura potencial por esquemas de seguros comunitários seja alta, o obstáculo principal no contexto da Guiné-Bissau é a baixa qualidade dos provedores. Os segurados dependem de serviços básicos de saúde pública, uma vez que os provedores comunitários possuem meios limitados para fornecer estes serviços. Em 2001, apenas 99 dos 639 postos de saúde foram considerados operacionais e tinham suficiente stocks de medicamentos⁶².

⁶⁰ Gottret 2006.

⁶¹ AD – Mutualidade de Saúde de Varela, província de Cacheu.

⁶² José Antonio Mendes Pereira: Apresentação de Power Point 11/2006.

3.4 O SECTOR DA PROTECÇÃO SOCIAL

134. **A tabela a seguir ilustra os mecanismos de protecção social existentes na Guiné-Bissau.** As estratégias da gestão de riscos são agrupadas em conformidade com a sua área de concentração: prevenção, mitigação ou estratégias para lidar com riscos. As medidas preventivas têm como principal objectivo minimizar a probabilidade de um choque negativo, enquanto a mitigação são medidas para diminuir o potencial do impacto negativo de um choque que se manifesta, e as estratégias para lidar com os riscos tentam aliviar o impacto do choque quando este já ocorreu⁶³.

Tabela 16: Mecanismos de Protecção Social na Guiné-Bissau⁶⁴

	Público Formal	Privado formal	Informal
Prevenção	- Campanhas de informação (VIH, vacinação, etc.) - Quadro regulatório - Educação	- Escolas missionárias	- Escolas comunitárias
Mitigação	- Seguros da saúde (trabalhadores do sector privado) - Pensionistas (funcionários públicos)	- Micro finanças - Bancos privados - Provedores de empréstimos	- Seguros de saúde de base comunitária - Cuidados dos idosos à nível familiar - Abotas (grupos de poupança) - Crédito informal
Lidando com riscos	- Programa de transferência - Medicamentos subvencionados - Ajuda alimentar	- Caridade	- Restrição de consumo - Mendigos

3.4.1 Rede Formal de Segurança Social

135. **A protecção social formal refere-se à organização pública ou contratual baseada em regras do mercado.** O sector público contribui para os esforços da prevenção de riscos fornecendo informações, regulação e serviços sociais básicos (veja análises detalhadas nos capítulos de educação e saúde, respectivamente). Em termos de mitigação de riscos, o governo oferece uma cobertura limitada, mas obrigatória, de seguro de saúde para os trabalhadores do sector privado e um fundo de pensão para os funcionários públicos. Existe um programa de transferência para os deficientes físicos, que se encontra ainda em estado inicial de desenvolvimento, que pode ser considerado como um programa para lidar com riscos. Também o PAM oferece um programa de ajuda alimentar em comunidades seleccionadas em todo território nacional.

Pensões

136. **O sistema formal de pensões cobre apenas uma pequena parcela da população.** Os beneficiários são normalmente funcionários públicos, incluindo professores, membros do

⁶³ Holzmann e Jorgensen (2000).

⁶⁴ A tabela foi baseada no modelo de Bendokat e Tovo 1999.

governo reformados, assim como os antigos combatentes da guerra da independência de 1974, que totalizam 2.817 indivíduos actualmente. Para poder receber os benefícios de pensão, o requerente tem que atingir a idade legalmente aceitável de 60 anos para a reforma, combinados com 40 anos de exercício profissional como funcionário público, ou alternativamente ter 40 anos de idade e provar que fez 15 anos de serviço, se for considerado incapaz de trabalhar. Em caso de morte, os descendentes directos podem requerer o pagamento de uma pensão de 6 meses, que é paga de uma só vez, sem direito a qualquer extensão por um período suplementar. Os 12.250 funcionários públicos (incluindo 5.135 professores)⁶⁵ pagam 6 por cento de impostos directamente descontados das folhas de salários. As deduções das pensões vão directamente para o orçamento geral do Estado, o que provoca frequentes dificuldades de pagamento. O Ministério do Trabalho tenciona introduzir um fundo de pensão autónomo para os funcionários.

137. **Os benefícios são distribuídos irregularmente entre os grupos elegíveis.** O pagamento mensal dos benefícios é da ordem dos 196 Milhões de Francos CFA. Contudo, 31 por cento deste montante vai para 192 antigos membros do governo e ex-deputados, que recebem uma remuneração correspondente a 80 por cento do valor do seu último salário de base. É frequente assistir-se a vários meses de atrasos de pagamentos. O INPS oferece pagamento de reformas para os aposentados do sector privado após pelo menos 10 anos de inscrição. Em caso de morte, a família enlutada é remunerada com 100.000 Francos CFA para cobrir as despesas fúnebres.

138. **O objectivo do programa de transferência do governo é dar assistência a vários grupos vulneráveis.** O programa é gerido pelo Ministério da Solidariedade Social e abarca actualmente 2.500 beneficiários. Os fundos são obtidos exclusivamente a partir da venda de selos oficiais. O critério de designação não é muito claro. O MSS não dispõe de um mecanismo de recolha de dados para este fim. Os indivíduos concorrem directamente no Ministério, que analisa as suas condições de vida antes de tomar uma decisão. Entre os 2.500 beneficiários, 1.500 são deficientes físicos e os outros 1.000 restantes são categorizados como “outros”. Os beneficiários recebem 10.000 Francos CFA cada trimestre. Considerando os montantes afectados e os atrasos frequentes, nenhum dos beneficiários pode contar exclusivamente com esta forma de assistência. O governo não possui fundos de emergência que poderiam intervir em caso de catástrofe natural ou humana. O Ministério da Solidariedade está actualmente a planear um apoio ao programa de farmácias sociais que fornece medicamentos a preços subsidiados para pacientes pré-qualificados.

139. Dada a fraca capacidade do governo, os actores não-estatais exercem um papel fundamental na prestação de serviços de saúde e de educação, especialmente nas áreas rurais. A Igreja Católica tem uma densa rede de escolas missionárias e postos de saúde que são geridas normalmente em cooperação com o governo. As igrejas evangélicas provenientes do Brasil estão a aumentar a sua presença, especialmente na capital, frequentemente atraindo os pobres já que elas fornecem comidas e outros apoios. São poucas as ONGs internacionais presentes na Guiné-Bissau. Contudo, muitas delas concentram seus esforços nos grupos vulneráveis. Entre as mais proeminentes pode-se citar a *Plan Internacional*, que actua na região de Bafatá e fornece pacotes de serviços sociais a 16.000 crianças. Estes pacotes são financiados por patrocinadores da Europa e da América do Norte. *SOS Children Villages* actualmente albergam nas suas três instalações mais de 300 órfãos e/ou crianças abandonadas.

⁶⁵ MFPT/Serviço de Gestão de Base de Dados 03/05/2006.

140. **A assistência social a órfãos e crianças vulneráveis é muito limitada.** Os últimos dados do MICS mostram que somente 7.5 por cento das crianças consideradas órfãs e vulneráveis tiveram a oportunidade de receber algo parecido com assistência social, das quais 4.4 por cento receberam assistência médica e 4.8 por cento receberam apoio à educação. A taxa de cobertura na zona leste é a mais elevada, com 11.6 por cento dos órfãos e crianças vulneráveis cobertos, o que pode ser atribuído às actividades da PLAN em Bafatá e partes de Gabú.

3.4.2 Estratégias de Gestão de Riscos Informais

141. **Os guineenses contam principalmente com arranjos informais** já que o acesso à rede social formal é limitado a uma pequena e próspera parcela da sociedade. Os instrumentos informais de gestão de riscos são geralmente ineficazes. O convénio público para partilha de riscos são quase inexistentes, uma vez que os instrumentos informais normalmente envolvem um número muito limitado de indivíduos. As obrigações entre as partes baseiam-se em confiança mútua e no direito consuetudinário, e podem ser difíceis de accionar quando necessário.

142. **A maioria dos arranjos informais concentram-se em medidas de mitigação e de alívio dos choques negativos que já ocorreram.** Raramente os pobres têm a capacidade de tomar medidas preventivas a fim de evitar resultados negativos. O ensino comunitário, contudo, é um exemplo de medida preventiva dado que este pode formar capital humano e gerar rendimentos. Como resposta à crise em curso no sector da educação, as comunidades construíram escolas e mobilizaram fundos para o seu funcionamento.

143. **As redes de assistência social são críticas para determinar o destino das pessoas em momentos de necessidade.** Estas redes, no entanto, não são sempre resistentes quando confrontadas com choques idiossincráticos agudos, tal como emergências médicas. Da mesma forma, a sua capacidade de amortizar os choques é frágil quando se trata de catástrofes naturais, tal como baixa precipitação, ou desastres causados pelo homem como conflitos prolongados ou crise macro-económica. O capital social não pode funcionar como substituto directo da falta do capital económico em tempos difíceis, já que os dois se fortalecem mutuamente. Nem todos beneficiam da mesma forma das redes sociais de assistência, o que torna crucial que os pacotes permitam a identificação dos grupos mais vulneráveis da população.

144. **Muitos guineenses só podem esperar recorrer aos seus próximos para assistência.** Embora existam diferenças segundo os grupos étnicos no que respeita à divisão de responsabilidades, habitualmente os parentes (materno ou paterno), tios e primos oferecem uma rede de segurança, por exemplo, conjugando esforços, juntando famílias em caso de necessidade ou concedendo assistência *ad hoc* em espécie ou dinheiro. Um pequeno inquérito no seio de agregados familiares em zona urbana, realizado no bairro de Bandim em Bissau, revela que mais de 50 por cento das famílias recebem regularmente presentes várias vezes ao mês. O inquérito mostrou igualmente que os agregados familiares chefiados pelas mulheres são as mais inclinadas a darem presentes que os agregados chefiados pelos homens⁶⁶.

⁶⁶ Lourenço 2005.

145. **Os pobres utilizam uma variedade de estratégias de mitigação de riscos informais.** Essas estratégias podem ser verticais ou horizontais, enraizadas em tradições ou “modernas” e implicam diferentes níveis de reciprocidade. A rede patriarcal, hierarquicamente vertical, envolve vários passos intermediários para chegar ao *homem grandi*, ou seja, o “homem rico”. Esta rede é quase sempre fundamentada na proximidade e etnicidade. Ela pode ser baseada em obrigações para com os chefes tradicionais, ainda que isto esteja a desaparecer nas zonas urbanas. Indivíduos com rendimentos regulares possuem normalmente uma grande quantidade de dependentes assim como um grande número de amigos, familiares e conhecidos, que lhes solicitam regularmente apoio. Em tempos de dificuldades económicas, no entanto, este tipo de rede vertical pode sucumbir. Quando uma empresa despede um trabalhador, este facilmente lança toda a cadeia dos seus dependentes na pobreza. Por outro lado, a rede horizontal envolve contacto com padrões sócio-económicos similares e abrange uma grande variedade de parentes -- familiares e não familiares.

146. **Medidas informais podem incluir partilha de risco no tempo (créditos informais) e no espaço (remessas)**⁶⁷ O apoio baseado no familiar próximo envolve trocas entre familiares rurais e urbanos, com movimento para ambos os lados, segundo as necessidades. Por exemplo, é normal as mulheres e os jovens voltarem para as suas aldeias durante a campanha de castanha de cajú, (colheita de cajú), isto é, entre os meses de Maio e Junho, com o objectivo de aumentarem os seus rendimentos. Pelo contrário, os familiares que vivem no campo esperam poder ser recebidos pelos seus parentes nas cidades quando vão para o mercado, ou enviar seus filhos para famílias adoptivas durante o ano lectivo.

147. **A participação em esquemas de poupanças rotativas (*abotas*) é uma prática comum, particularmente entre as mulheres que trabalham na economia informal.** Normalmente, os participantes são da mesma estrutura socio-económica e do mesmo grupo etário. Dada a contribuição muito pequena e irregular dos participantes, estes fundos são muitas vezes mínimos. Paralelamente, a qualidade de gestão dos referidos fundos é sempre fraca devido à competência limitada dos membros de uma *abota*. Embora as *abotas* sejam normalmente utilizadas como fontes de crédito para os membros, por vezes esta forma de poupança tem uma clara intenção protectiva. Algumas mulheres, contudo são pobres demais para participarem na *abota*, devido aos seus rendimentos limitados e irregulares. Outra rede informal de segurança toma a forma de grupo organizado de partilha de salários entre (homens), trabalhadores temporários (*urni*) e grupos sociais (*mandjuandades*), promovendo não só o lazer mas também oportunidades de acesso a recursos limitados para os seus membros⁶⁸.

148. **Para alguns, as redes religiosas de apoio são formas complementares de rede de segurança social.** A adesão às igrejas evangélicas oriundas do Brasil ou dos Estados Unidos tem crescido entre os pobres das zonas urbanas, promovendo laços comunitários mais fortes do que a institucionalizada igreja católica. Contudo, a conversão à igreja evangélica também pode conduzir à marginalização na comunidade de origem e ruptura nas redes sociais.

149. **Lidar com os riscos, no entanto, frequentemente leva à ruptura de poupanças, tanto financeira como de capital humano,** podendo levar à redução no consumo (por exemplo,

⁶⁷ Alderman 2001.

⁶⁸ Banco Mundial 2006.

comer apenas uma refeição por dia) e à venda de bens de investimento. Isto provoca por vezes o abandono escolar das crianças devido à incapacidade dos familiares para cobrir os custos directos ou indirectos da escolaridade. Nos piores casos, as famílias são obrigadas a viverem nas ruas e a mendigarem para a sua subsistência.

Caixa 6: Mutualidade de Saúde de Varela

Com o apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2003 a Organização Não Governamental Acção para o Desenvolvimento (AD) promoveu a criação de uma mutualidade de saúde na área da Varela, situada na zona norte da Guiné-Bissau, próxima da fronteira com o Senegal. De acordo com um estudo de viabilidade e trabalhos de informação efectuados porta a porta, cada família que decidiu inscrever-se foi solicitada a dar uma contribuição inicial de 500 Francos CFA e a aceitar um pagamento anual na ordem dos 1,100 Francos CFAs, sendo o número máximo por família não superior a 6 membros. Depois da inscrição, cada membro da família recebe uma carta de seguro produzida pela AD. Em 2005, a organização contava com 120 membros. A Mutualidade de Saúde, cobre cuidados de urgência, pequenas cirurgias, cuidados pré-natais, cuidados obstétricos, serviços de hospitalização e evacuação para Ziguinchor/Senegal e um subsídio único para os doentes hospitalizados. O campo de acção da mutualidade foi para além de fornecimento de serviços de saúde, na medida em que passou a prestar serviços de sensibilização e de formação no domínio da prevenção das doenças, bem como a realizar actividades para fortalecimento da coesão comunitária. Embora ainda não tenha sido avaliada rigorosamente, os resultados desta experiência podem ser considerados mitigados. Ao mesmo tempo que a procura potencial para este tipo de seguros comunitários foi elevada, as inscrições foram poucas. A AD atribui esta situação à fraca qualidade dos serviços do lado da oferta. Devido à limitação de fundos de seguro comunitário, os beneficiários dependem dos postos de saúde públicos e do hospital público de São Domingos. Uma outra explicação para esta situação seriam os custos de seguro relativamente elevados para a população local. Este argumento parece ser confirmado pela experiência acumulada noutras paragens que sugere que os seguros comunitários podem não atingir a população mais pobre. Segundo uma avaliação efectuada no ano passado, a mutualidade de Varela estava a enfrentar uma série de dificuldades, nomeadamente pouca procura pela população, falta de profissionais nos postos de saúde públicos da área, fraca capacidade de gestão do pessoal, falta de informação sobre a organização no seio da comunidade, e uma mentalidade “assistencialista”.

Fonte: Entrevista com a AD, estatutos da Mutualidade de Saúde de Varela.

4. SUMÁRIO DAS CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

4.1 CONCLUSÕES GERAIS E RECOMENDAÇÕES.

150. A mensagem central deste estudo é que a Guiné-Bissau não pode continuar com a sua “forma habitual de proceder” nos sectores sociais se o país almeja alcançar as metas de uma melhor educação, serviços de saúde de qualidade e adequada protecção social para a sua população. Reformas robustas são necessárias para redireccionar o país e fazer com que este alcance os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento nas áreas da educação e da saúde. Segundo o estudo, ficou claro que, embora algumas metas de desenvolvimento humano inscritas nos OMD não serão atingidas em 2015, algumas delas ainda poderão ser alcançadas se progressos substanciais forem realizados na prestação dos serviços sociais.

151. **O estudo mostra que os indicadores sociais mantêm-se extremamente baixos.** O analfabetismo é alto e a esperança de vida à nascença é baixa. De cada 10 crianças que entram na primeira classe do ensino básico apenas 6 chegam ao fim do ciclo. Porém, muitos dos que completam o ensino básico continuam analfabetos em consequência da baixa qualidade do ensino que recebem. Em média, apenas 38 por cento da população tem acesso aos serviços de saúde; a situação é ainda pior para os pobres. A mortalidade materna e a mortalidade infanto-juvenil são ainda muito elevadas – de cada dez crianças que nascem duas morrem antes de completar cinco anos de idade. É altamente improvável que a Guiné Bissau atinja os OMD de redução da mortalidade materna e da mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015. Os mecanismos de protecção social são quase inexistentes e um grande segmento da população conta apenas com um sistema informal e comunitário para lidar com os riscos.

152. **Mas nem tudo está mal.** A avaliação indica que, apesar de todos os retrocessos, alguns progressos específicos têm sido feitos nos sectores da educação e da saúde. A cobertura da educação a todos os níveis tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Hoje, a quantidade de estudantes no ensino básico duplicou comparado com dez anos atrás, e a disparidade de género no ensino básico está quase anulada. O ensino secundário está a expandir-se consideravelmente, com uma taxa bruta escolarização de 35 por cento em 2006, ligeiramente acima da taxa média de 30 por cento para os países da África Subsaariana. A Guiné-Bissau tem também feito sérios esforços para construir instituições de ensino superior, e criou uma universidade nacional baseada num modelo de parceria público-privado promissor. No sector da saúde, a cobertura da imunização tem apresentado resultados mitigados, e os avanços na luta contra o paludismo, ainda que frágil, têm sido encorajadores.

153. **O mais importante, todavia, é que a maior parte dos esforços necessários para melhorar a prestação dos serviços sociais estão ao alcance do país.** Como ficou exposto no estudo, a melhoria da governação e do financiamento dos sectores sociais pode ter um impacto positivo nos resultados. Por exemplo, foi estimado que o simples aumento da alocação

orçamental para o sector de educação do patamar actual de 11 por cento para 20 por cento, e a alocação de 50 por cento desta verba para o ensino básico, poderiam traduzir-se num aumento da actual taxa de conclusão do ensino básico de 42 por cento para 96 por cento. No sector da saúde, o irrisório montante da despesa pública per capita (US\$ 12 em 2006), sugere que existe suficiente potencial para aumentar o financiamento público do sector com uma significativa melhoria dos resultados.

154. O estudo propõe uma agenda de três pontos a fim de melhorar a prestação de serviços sociais na Guiné-Bissau. Além das recomendações específicas feitas para cada sector, se se tomar em conta os sectores sociais na sua globalidade, há um conjunto de pilares que emergem como pontos comuns, e que merecem ser considerados de forma ampla:

1. Melhorar o Financiamento Público dos Sectores Sociais

- A proporção do orçamento destinado aos sectores sociais deve ser aumentada para se equiparar aos padrões regionais e internacionais aceitáveis. Porém, o simples aumento da alocação orçamental aos sectores sociais não é suficiente para melhorar os resultados. Para haver um impacto positivo na prestação de serviços, é importante melhorar a execução orçamental nos sectores sociais;
- O aumento das despesas públicas em educação e saúde não é a única solução. A qualidade e a distribuição equitativa das despesas são igualmente importantes. Uma melhor governação, mecanismos mais robustos de prestação de contas e uma sólida gestão das despesas são essenciais para melhorar a qualidade dos serviços sociais.
- O apoio dos parceiros de desenvolvimento é importante para sustentar os esforços de reforma nos sectores sociais. Esse apoio deverá implicar, nomeadamente, mais recursos assim como uma maior ajuda dos parceiros aos programas mais estratégicos de educação e saúde. Exemplos destes programas são a Iniciativa Acelerada para a Educação para Todos, o fortalecimento do sistema de saúde e o combate ao VIH/SIDA e ao paludismo.

2. Acelerar e Ampliar as Reformas Promissoras

- Apesar da heterogeneidade dos resultados, algumas reformas já iniciadas precisam ser continuadas e concluídas. Em educação, por exemplo, a adopção do ciclo de 6 anos para o ensino básico; a gratuitidade do ensino básico; o desenvolvimento de um novo curriculum e o investimento nos professores, são algumas das medidas com potencial para ter um impacto positivo sobre a escolaridade e as aquisições dos alunos. No sector da saúde, as reformas devem incluir medidas para desenvolver e implementar novos planos de infra-estrutura, melhorar a rede do sistema de fornecimento de medicamentos e reavaliar todo o processo de evacuação dos pacientes.
- Os actores não estatais, incluindo as ONGs, estão a desempenhar um papel cada vez mais importante na prestação de serviços sociais. A fim de ampliar a cobertura da

prestação de serviços – especialmente para os pobres – e melhorar a qualidade, é importante formar parcerias com esses actores não estatais. Esta medida ajudará a melhorar e ampliar várias iniciativas promissoras que já estão a ser implementadas pelos mesmos.

- Este é o momento de desenvolver mecanismos de protecção social coerentes, sustentáveis e equitativos, destinados a assegurar o bem-estar da população da Guiné-Bissau. É importante que o governo mobilize esforços para formalizar o sector e ao mesmo tempo desenvolva um quadro de políticas coerentes. Este quadro deveria ser concebido no âmbito de uma agenda mais ampla de desenvolvimento da protecção social.
- A agenda de desenvolvimento da protecção social deve incluir esforços para apoiar mecanismos de protecção social informal que sejam devidamente testados, e que, a curto e médio prazo, vão continuar a ser o principal mecanismo disponível para a vasta maioria da população da Guiné-Bissau para lidar com riscos.

3. Assegurar o Desenvolvimento Institucional dos Sectores Sociais

- Para que exista uma capacidade institucional mais forte nos sectores sociais é necessário fortalecer o quadro de políticas. As políticas e os programas devem formar um elo forte com o DENARP. Enquanto o sector de saúde possui um quadro claro de orientação estratégica de longo prazo (PNDS), os sectores da educação e da protecção social não contam com uma orientação estratégica. As orientações políticas e estratégicas do sector da saúde devem ser consolidadas através de fases subsequentes do PNDS. O desenvolvimento de uma política de educação explícita de longo prazo e de um quadro estratégico é uma prioridade. O mesmo se aplica à protecção social.
- É necessário desenvolver um sistema de informação para apoiar o processo de monitoramento e avaliação em todos os sectores sociais. A concepção e a implementação de uma reforma bem sucedida não pode ser feita sem informações fiáveis. Um plano de acção para desenvolver um sistema de monitoramento e avaliação para os sectores sociais ajudaria a identificar as necessidades com mais clareza, a estabelecer uma ordem de prioridades e a determinar uma agenda de execução de curto e médio prazos. O governo e os parceiros de desenvolvimento poderiam programar juntos um inquérito aos agregados familiares cobrindo temas chaves dos sectores sociais.
- Para melhorar a prestação dos serviços é crucial que exista uma gestão de recursos humanos eficiente que inclua estratégias de capacitação e programas para todos os níveis. Os programas de capacitação devem identificar tipos de capacidades necessárias para a execução de reformas nestes sectores. Uma nova estratégia de recursos humanos e um plano de acção no sector de saúde deveriam ser usados de forma efectiva para promover pontes entre planeamento, produção e transferência de

peçoal. Em educaço, o novo sistema de gestão de recursos humanos desenvolvido, mas não finalizado, precisa ser consolidado.

4.2 RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS PARA MELHORAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAIS

4.2.1 O Sector de Educaço

Melhoria do Acesso e Qualidade

155. **A expanso recente da cobertura do ensino básico tem sido impressionante, mas não foi acompanhada de uma melhoria na eficiência interna e na qualidade.** Nos últimos dez anos, a Guiné-Bissau expandiu substancialmente os seus serviços de educaço, principalmente no ensino básico. As raparigas beneficiaram particularmente desta expanso como demonstra a reduço considerável da disparidade entre rapazes e raparigas. Contudo, a ineficiência interna persistiu e até piorou. Uma inadequada estrutura e organizaço do sub-ciclo de ensino básico, combinado com altas taxas de repetência e de abandono e a baixa qualidade do ensino, resultou numa baixa taxa de concluso do ensino básico, tornando assim difícil para a Guiné Bissau o alcance da meta do ensino básico universal em 2015.

156. **A procura do ensino secundário está a aumentar de forma gradual.** Com o aumento das matrículas no ensino básico, sustentado pelo aumento do número de escolas financiadas pelas comunidades e de escolas privadas (ambas representam 1/3 das escolas do ensino básico), a procura do ensino secundário está também a aumentar. As instituições privadas estão a desempenhar um papel crítico na satisfaco desta crescente procura. A continuaço da expanso do ensino básico vai logicamente elevar a presso sobre o ensino secundário. Se a tendência de investimento público actual no ensino secundário persistir, é pouco provável que as instituições do ensino privado sózinhas possam vir a absorver o crescente número de novas inscriço.

157. **Levar a cabo reformas de curto prazo.** Adoptar o ciclo de seis anos no ensino básico é crucial para aumentar o número de crianas que completam o ensino básico de 6 anos e garantir que as crianas dominem as habilidades básicas. Um novo currículo para o modelo do ensino primário de seis anos foi proposto no quadro de um programa piloto. O processo precisa ser finalizado para que o novo currículo possa ser generalizado. Reestruturar o ensino básico, oferecer um ensino básico gratuito de seis anos para as crianas; tratar a questo das repetências, investir nos professores e racionalizar a sua utilizaço, e começar a medir as aquisico dos alunos sã algumas das medidas que provavelmente terão um impacto positivo na educaço.

158. **Fazer o uso racional dos professores nas salas de aulas.** A duplicaço dos horários dos professores de 4 horas para 8 horas diárias deve ser consolidada e melhorada. Esta medida ajudará a acomodar um maior número de alunos sem necessidade de aumentar, a curto prazo, o número de professores formados pelas escolas de formaço de professores. A implementaço do sistema de ensino básico integrado diminuirá o número de docentes necessários para este nível (o actual curriculum do sub-ciclo do ensino básico complementar é leccionado por 6 professores, o novo currículo integrado não necessita de mais do que 3 professores para todas as matérias).

159. **Reduzir o impacto da epidemia do VIH/SIDA.** A mudança na gestão do tempo dos professores é também importante para a redução do impacto potencial da epidemia do VIH/SIDA. O VIH/SIDA tem um impacto negativo no sistema educativo, por isso é um elemento importante que deve ser considerado no quadro dos esforços para atingir a meta do ensino básico universal. Assumindo que os professores são afectados na mesma proporção que a população em geral, aproximadamente 280 professores do ensino básico poderão estar infectados com o VIH/SIDA. O provável absentismo dos professores infectados tornará necessário o recrutamento de substitutos a fim de evitar a ruptura no processo de ensino.

160. **Repensar a formação dos professores.** O actual modelo de formação dos professores é inadequado, caro e longo⁶⁹. Uma formação inicial mais eficaz dos professores poderia ser alcançada combinando diferentes fases de capacitação; formação inicial, formação continua e apoio e desenvolvimento profissional contínuo, limitando assim o tempo de formação inicial. Neste quadro, seriam minimizados os custos do sistema na eventualidade de abandono da profissão pelos docentes (Lewin, 2000) ao mesmo tempo que se aumentaria o número de professores disponíveis para serem colocados rapidamente nas salas de aulas. Isso seria coerente com a tendência internacional virada para o aumento da formação de professores nas escolas para que se possa melhorar a relação entre a formação e a prática dentro da sala de aula.

161. **Restaurar o ensino técnico e profissional.** O ensino técnico e profissional é importante para desenvolver capacidades para o mercado de trabalho assim como para a promoção da economia, mas a condição marginal actual deste sub-sistema de ensino na Guiné-Bissau está longe de contribuir para estes objectivos. A destruição e subsequente crise do sub-sector do ensino técnico e profissional representa uma oportunidade para o país restaurar o sistema, através da criação de um quadro legal e regulatório apropriado, transformando o actual sistema de formação baseado na oferta num sistema baseado na procura (aumentando desta forma a sua relevância), e focalizado principalmente na parceria público/privada. Isto inclui a administração de cursos profissionais para jovens consoante as necessidades do mercado de trabalho e a criação de oportunidades para os residentes das zonas rurais poderem adquirir as qualificações técnicas necessárias para a obtenção de emprego. Aumentar a capacidade de recursos humanos do país é crucial para o seu desenvolvimento económico. No processo de reestruturação do sector, o governo deve definir claramente a sua política relativa à formação profissional, incluindo o papel do sector público, e garantir que as instituições responsáveis pela formação profissional sejam financeiramente sustentáveis.

162. **A Guiné-Bissau deve concentrar esforços na consolidação do seu sector emergente do ensino superior.** Nos últimos anos o país testemunhou um grande esforço para estruturar e expandir o ensino superior. Este esforço teve como resultado uma nova visão da formação do ensino superior na Guiné-Bissau e a criação de duas universidades. Mas existem desafios. Estes incluem o fortalecimento institucional das recentes iniciativas, a qualidade do ensino, a melhoria da gestão e a preparação de um quadro legal claro para o sector.

Desenvolvimento Institucional

⁶⁹ Os professores concluem a sua formação depois de três anos nas escolas de formação. A condição para ingressar nas escolas de formação de professores é a conclusão da nona classe do ensino secundário.

163. **Priorizar acções para melhores resultados.** Como foi discutido acima, o fraco desempenho do sistema educativo da Guiné-Bissau é devido principalmente a três factores inter-conectados e que se reforçam mutuamente: (i) baixo investimento no sector; (ii) estrutura e organização deficiente do sistema educativo; (iii) fraca gestão do sector. É importante agir nestas três frentes para garantir a melhoria da prestação dos serviços educativos, mas para isto ocorrer é preciso que as prioridades políticas sejam definidas. O primeiro passo importante nesta direcção é o desenvolvimento de um plano estratégico de longo prazo que defina a visão, estabeleça os objectivos e as prioridades e estabeleça um calendário claro para a sua implementação. O DENARP lida com estes tópicos de forma generalizada, mas não pode ser considerado um documento de referência política para o sector. Por exemplo, embora o DENARP enfatize a importância do aumento do acesso à educação, ela não menciona as acções chaves que devem ser levadas a cabo para atingir tal objectivo. Várias acções estão listadas na sua componente educação, mas falta estabelecer uma ordem de prioridades e os respectivos custos.

164. **Reforçar o sistema de gestão de informação na educação.** A concepção e a implementação de reformas de sucesso não podem ser concretizadas sem informações fiáveis. Da mesma forma, a informação é um elemento chave para aperfeiçoar o sistema de gestão interna e apoiar a função de planificação do Ministério da Educação. Para reforçar o sistema de informação será necessário um plano de acção específico que inclua formação e apoio à formação, assim como a provisão de materiais (equipamentos e outros materiais) afim de reforçar a capacidade institucional do Ministério da Educação para produzir regularmente dados estatísticos.

165. **Melhorar a gestão escolar.** Os incentivos devem incluir ajuda directa a escolas, maior participação dos pais e das comunidades na gestão da escola e a produção de informações sobre os inputs, outputs e rendimentos assim como a disseminação dessas informações a nível dos interessados locais. Estas medidas provavelmente criarão mecanismos de responsabilização e melhorarão a transparência a nível da escola, permitindo aos familiares e alunos fazer pressão sobre a escola para que esta melhore a sua qualidade. A ajuda directa às escolas também pode ser utilizada como política para incentivar as inscrições e a frequência das raparigas no ensino básico e secundário.

Financiamento

166. **Melhorar a afectação inter- e intra-sectorial para alcançar a escolaridade básica universal.** Os progressos em direcção a esta meta necessitará de mais recursos e de melhores políticas. O primeiro passo importante deve ser a mobilização de recursos financeiros domésticos adequados para o sector. Uma recente estimativa indica que a Guiné-Bissau aumentaria consideravelmente a taxa de conclusão do ensino básico se aumentasse a alocação orçamental actual do sector da educação de 11 para 20 por cento, e alocasse 50 por cento desta verba para o ensino básico. Se esta medida for acompanhada por uma alta taxa de execução orçamental e reformas estruturais estratégicas para garantir maior eficiência interna no sistema, incluindo

menor repetência e abandono e um ciclo integrado do ensino básico, mais de 90 por cento da população pertinente poderia concluir o ciclo completo do ensino básico em poucos anos⁷⁰.

Caixa 7: Opções de Políticas Chaves para a Guiné-Bissau Alcançar o Ensino Básico Universal

Objectivo	Opções de Políticas
<i>Expandir o acesso e garantir a retenção</i>	Melhor afectação dos recursos orçamentais dentro do sector Melhor utilização dos professores através de parâmetros de custo-eficácia Modelos alternativos de formação inicial para professores Financiamento equitativo entre todas as escolas (afectação por estudante) Sistema de gestão de informação da educação adequado Planeamento do impacto do VIH/SIDA
<i>Melhorar a qualidade</i>	Controlo do absentismo dos professores Aumento das horas e dias de formação Distribuição gratuita de manuais para as escolas e alunos Revisão do currículo para melhorar a relevância Rede de professores e centro de recursos (formação contínua de professores) Simple sistema escolar de monitoramento e disseminação de resultados Avaliação periódica das aquisições dos alunos Programa de saúde e nutrição nas escolas Envolvimento dos pais nos conselhos das escolas munidos de poder de tomada de decisão

4.2.2 O Sector de Saúde

Acesso e Melhoria da Qualidade

167. **A maioria da população da Guiné-Bissau tem acesso limitado a serviços de saúde de boa qualidade, o que resulta na precariedade do seu estado de saúde.** Os serviços normalmente são de tão baixa qualidade que há pouco incentivo para a sua procura. A vacinação infantil e a luta contra o paludismo figuram provavelmente entre os factores mais importantes para melhorar as condições de saúde da população. Os resultados alcançados nestas áreas nos últimos anos têm sido mitigados. Em relação ao paludismo, verificam-se sinais de diminuição da incidência da doença, particularmente entre as crianças. Contudo, é importante salientar que as novas e mais eficientes formas de tratamentos não são ainda acessíveis à maior parte da população. Quanto à vacinação infantil, existem sinais claros de que intervenções eficazes não são ainda sustentáveis, já que a cobertura vacinal tem oscilado consideravelmente nos últimos anos.

168. **A epidemia do VIH/SIDA é uma grande preocupação.** Existem indicadores de que a doença está a expandir. O aumento da taxa de prevalência nos últimos anos demonstra que as estratégias utilizadas para a luta contra a doença não foram eficazes. Entre os principais factores que impedem o avanço na luta contra esta epidemia podemos apontar os seguintes: pouco

⁷⁰ Brossard, Mathieu, *Éléments d'Analyse du Secteur de l'Education en Guinée-Bissau*, Pôle de Dakar (BRED), Maio 2003.

conhecimento e concepções erróneas acerca das formas de transmissão do VIH/SIDA, sérios estigmas contra as pessoas seropositivas e o limitado acesso ao tratamento.

169. **Preparar um novo plano de infra-estrutura** com o objectivo de finalizar o que foi iniciado no quadro do PNDS1 e o nono FED. Sete hospitais regionais (do total de 11) e quatro áreas sanitárias (do total de 114) ainda não estão operacionais. Algumas moradias para o pessoal de saúde devem ser construídas em certas regiões remotas.

170. **Reavaliar todo o processo das evacuações para os doentes graves que sofrem principalmente de doenças não contagiosas.** Muitos pacientes são evacuados a partir de critérios vagos, enquanto que outros ficam à espera durante meses e por vezes acabam por falecer. Critérios claros e transparentes no processo de tomada de decisão no seio da Junta Médica são necessários e urgentes. Uma estratégia de médio prazo deve ser elaborada para aumentar o poder de retenção das infra-estruturas de saúde. Por outro lado, é urgente promover a parceria pública e privada no sentido de elevar o poder de retenção do sistema de saúde, a fim de reduzir o número das evacuações no estrangeiro e melhorar a rede de distribuição dos medicamentos.

171. **Revigorar o sistema de compras e a cadeia de fornecimento de medicamentos.** Actualmente, a maioria dos depósitos de medicamentos regionais estão a enfrentar enormes dificuldades financeiras. O sistema necessita de investimentos significativos em infra-estruturas tendo em conta que o acesso aos medicamentos pelas populações, particularmente as mais vulneráveis, é limitado.

Desenvolvimento Institucional

172. **Rever o organograma do Ministério da Saúde e fortalecer direcções e departamentos chaves do Ministério.** A liderança nas Direcções Administrativa e Financeira, e Higiene e Epidemiologia deve ser reforçada a fim de melhorar o diálogo com outras entidades e proporcionar o alcance de melhores resultados. O Ministério da Saúde poderia diminuir o número das suas actuais doze direcções através de uma política de fusão a fim de minimizar os custos operacionais a nível central. O Ministério também poderia adoptar a política de descentralização, combinando devolução e descentralização com vista a aumentar a eficiência e a equidade de todo o sistema de saúde.

173. **Usar a nova estratégia de recursos humanos no sector de saúde e o plano de acção para criar conexão entre a planificação de recursos humanos, a produção e a colocação de pessoal.** A solicitação em pessoal de saúde que responda às normas nacionais deve ser claramente documentado e difundido. Deve-se pensar em formas inovadoras de tirar proveito dos quadros guineenses na diáspora, principalmente os radicados em Portugal. É necessário promover uma colaboração mais estreita entre o sector público e as ONGs a fim de encontrar áreas de complementaridade e coerência de intervenções, através da partilha de informações e aprendizagem mútua.

Financiamento

174. **Aumentar a taxa de execução orçamental do MINSAP.** As despesas públicas têm sido baixas nos últimos anos, com uma tendência para o declínio. Os mecanismos de recuperação de custos não são eficazes e a contribuição dos doadores limita-se simplesmente a US\$ 6 per capita. São necessários esforços financeiros suplementares do governo e dos parceiros de desenvolvimento se a Guiné-Bissau deseja alcançar os OMDs. Em termos de gestão das finanças públicas, deve ser elaborado um orçamento anual único. A ligação entre as Direcções do Orçamento e do Tesouro deve ser reforçada a fim de reduzir o fosso existente entre os montantes orçamentados e os montantes realmente executados. Também é necessário melhorar o processo de coordenação entre o PNDS/DENARP a fim de garantir que os recursos orçamentais, que são relativamente limitados, sejam orientados para as camadas mais pobres.

175. **Realizar um estudo das despesas públicas para o sector de saúde.** O estudo deverá analisar o fluxo dos fundos com ênfase nas políticas públicas de saúde e no desempenho do sistema em matéria de financiamento da prestação dos serviços de saúde. O financiamento e provisão são regulamentados ou geridos pelo Estado, mas a lógica deste envolvimento deve ser explicitamente justificada, e as suas consequências devidamente conhecidas. O envolvimento público no financiamento e na prestação de serviços é frequentemente justificada por referência a abstracções teóricas como economia de escala ou imperfeições do mercado. Estes argumentos podem ser correctos, mas eles devem ser sustentados por evidências em vez de se basearem em meras suposições.

176. **Garantir a sustentabilidade do financiamento da saúde.** A multiplicidade de fontes de financiamento, incluindo a contribuição dos doadores, levanta a questão da sustentabilidade - a disponibilidade de fundos a médio e longo prazo. Este aspecto torna-se ainda mais agudo quando certos tipos de tratamentos/cuidados dependem do financiamento (como os provenientes dos doadores), que não podem ser sustentados. O estudo acima mencionado também focalizaria sobre os esforços necessários para o reforço do sistema de saúde em relação aos OMDs; a doenças específicas, tal com o paludismo, o SIDA, a TB; e às condições que afectam as mães e as crianças, bem como à nutrição.

177. **Reforçar a capacidade do INPS.** O INPS tem uma grande potencialidade para ampliar a cobertura dos seus serviços. Contudo, deve ser submetido a uma supervisão público-privada a fim de garantir uma melhor gestão. O fortalecimento da capacidade do INPS pode ser efectuado através de assistência técnica que permita a criação de uma boa imagem e a instauração de maior confiança; o aumento da contribuição do sector privado e das empresas públicas; a diminuição dos atrasos de pagamentos; e o aumento do número de beneficiários, através da criação de um novo regime para o sector informal. O INPS deve procurar uma colaboração externa de modo a rever o modelo das suas actividades no sentido de consolidar o seu fraco esquema de seguro de saúde. Ao mesmo tempo, seria importante lançar múltiplas iniciativas-pilotos para criar cooperativas de saúde comunitária, aproveitando a última iniciativa conduzida pelo FNUAP.

4.2.3 O Sector de Protecção Social

178. **A maioria da população na Guiné-Bissau não beneficia de um sistema formal de protecção social.** Os sistemas formais de protecção social, nomeadamente o seguro de saúde e esquemas de pensões, são acessíveis apenas a um pequeno segmento da população. Os programas de transferência do governo têm alcance e impacto limitados. Devido a estes constrangimentos, várias camadas da população acabam por confiar nas estratégias de gestão informal de riscos, incluindo redes sociais, comunidades religiosas e esquemas de poupanças.

179. **O quadro institucional é díspar e precisa ser melhorado.** O Ministério da Solidariedade Social pode desempenhar um papel chave na coordenação e desenvolvimento de políticas, promovendo melhor colaboração entre o sector público e as agências não governamentais. Para assumir este papel, o Ministério deveria beneficiar de uma análise organizacional, através da qual seriam identificadas as forças e fraquezas da sua configuração actual. Além disso, o Ministério necessita desenvolver uma estratégia coerente, orientada para a coordenação e supervisão das intervenções ao invés de tentar actuar como um executor directo de programas. Os seus programas de transferência necessitam ser reconfigurados e dotados de meios necessários para poderem funcionar adequadamente. Também é necessário elevar a capacidade profissional do pessoal do Ministério afim de poderem levar a cabo as suas tarefas laborais de forma satisfatória.

180. **É necessário criar uma política de protecção social multi-sectorial.** A Guiné-Bissau beneficiaria de uma política multi-sectorial de protecção social baseada no DENARP e na Lei do Enquadramento da Protecção Social. Tal política, no entanto, deve estruturar-se a partir de evidências e dar prioridades a intervenções eficientes baseadas nas necessidades identificadas. O desenvolvimento dessa política deve incluir todos os interessados (Governo, ONGs, sociedade civil e o sector privado), para poder criar uma base alargada de apropriação. Por enquanto, não tem havido uma análise mais profunda da eficiência das intervenções actuais nos sectores sociais. Tal análise parece ser indispensável para se identificar abordagens com maior impacto e e mais eficientes em termos de custos.

181. **As intervenções necessitam de ser priorizadas.** A focalização do DENARP nos grupos vulneráveis é um passo na direcção correcta, mas será necessário estabelecer prioridades quanto às intervenções, adaptando-as a uma realidade caracterizada pela escassez de recursos. Em vez de criar novas infra-estruturas para diferentes grupos, devem-se criar sinergias com estruturas (governamentais e não-governamentais) já existentes, a fim de evitar a duplicação de tarefas e assegurar uma melhor utilização dos recursos existentes. A falta de dados fiáveis sobre agregados familiares deve ser resolvida adequadamente, por constituir uma base indispensável de informação e de programação baseada na evidência, sobretudo porque intervenções sem dados só podem basear-se em suposições.

182. **As medidas para melhorar o bem-estar e a protecção das crianças devem focalizar-se na comunicação para a mudança de comportamento, na reforma legal e na aplicação de normas legais.** A este respeito a sequência é essencial⁷¹. A população deve ser informada sobre as práticas prejudiciais, tais como as piores formas de trabalho infantil e a mendicância. O

⁷¹ Kielland e Tovo 2005.

sistema de educação deve esforçar-se por enquadrar as crianças trabalhadoras. As convenções internacionais, tal como a CDC/Convenção sobre o Direito da Criança e os seus protocolos adicionais, assim como outras convenções importantes da OIT devem ser transformadas em legislação nacional. Devem ser prosseguidos os esforços para registar todas as crianças. O tráfico de crianças praticado com as crianças *talibes* deve ser interdito e os praticantes devem ser punidos. Por outro lado, a Guiné-Bissau deve preparar-se para enquadrar as crianças órfãs do VIH/SIDA, com foco no fortalecimento dos agregados familiares de acolhimento. Actualmente, não existem casas provisórias para assistir mulheres e crianças que fogem dos conflitos domésticos ou que tenham outras necessidades.

183. Os jovens precisam de mais oportunidades de emprego. Dadas as grandes dificuldades enfrentadas pelos jovens na transição para o mercado de trabalho, deveriam ser priorizadas intervenções activas relacionadas com o mercado de trabalho, incluindo micro-finanças, aprendizagem tradicional e inserção no sector formal. A criação de empregos nas pequenas cidades pode contribuir para a redução do êxodo rural para a capital. Devem ser concentrados esforços no aumento da prevenção do VIH/SIDA no seio dos jovens, utilizando métodos que tiveram sucesso a nível internacional nestes grupos de idade. Finalmente, a sociedade civil jovem deve ser apoiada nos seus esforços para canalizar as energias dos jovens para objectivos construtivos.

184. Devem ser feitas diligências para garantir às mulheres o acesso à propriedade das terras. As viúvas e mulheres divorciadas pobres devem ser consideradas como grupos alvos em programas de assistência social baseados na necessidade. Em relação às práticas nefastas, como a mutilação genital feminina, considerando ainda a sua larga aceitação no seio da população e o significado ritualista do *fanado*, deve-se colocar especial ênfase na comunicação como base para a mudança de comportamento das comunidades. Só depois é que a prática destes actos deveria ser proibida.

185. Os programas de assistência social devem beneficiar os idosos e os deficientes. Actualmente, não existe uma legislação que garanta um tratamento igual para pessoas deficientes, e são necessárias campanhas de informação e de educação para a conscientização sobre os direitos dos deficientes. Os programas de assistência aos deficientes dirigidos pela comunidade estão a precisar urgentemente de apoio. Por outro lado, dada a grande incidência da pobreza entre os agregados familiares dirigidos por idosos, deveria ser criado um programa de assistência social especialmente orientado para os idosos, especialmente quando estes são responsáveis pela educação dos seus netos.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- Kaufman, Daniel, Governance Indicators. World Bank Policy Research paper n. 2195, Washington, D.C., 2006
- Brossard, Mathieu. Éléments d'Analyse du Secteur de l'éducation en Guinée-Bissau. Pôle de Dakar (UNESCO-BREDA), Mai 2003
- Banque Africaine de Développement, «Étude Diagnostique du Système National de Formation» (pour le renforcement des capacités de l'administration publique en Guinée-Bissau), Bissau, Juin 2006.
- Barry and Garcitua-Mario Carneiro, «Integrated Social and Poverty Assessment» (IPSA), The World Bank, 2006.
- Guinea-Bissau Interim Strategic Note (ISN). The World Bank, 2005
- Barry and al. "Public Expenditure Review Update". The World Bank, 2006
- ICR: Guinea-Bissau Basic Education Support Project. The World Bank 2005
- Guinea-Bissau Poverty Reduction Strategic Paper, 2006.
- Guinea-Bissau Multiple Indicators Cluster Survey (MICS) preliminary report. UNICEF Bissau, 2007.
- ILAP 2002
- Mingat, A., "Note sur l'Éducation en Guinée-Bissau", 2001.
- Monteiro, João José «A Educação na Guiné-Bissau: Bases para uma Estratégia Sectorial Renovada», Bissau, Junho de 2005.
- Plano Nacional de Acção Educação para Todos, Bissau, 2004.

- Vincent, Thierry. Appui aux actions de développement prioritaire menées par le Ministère de la Santé, Dr Thierry Vincent, conseiller technique, Ministère de la Santé, 17 novembre 2006.
- Jalo, Alfa Umaru. Report on Cost Recovery System; Cédula de Gestão do PNDS, MoH, October 2006.
- Common Country Assessment (CCA) Guinea-Bissau, draft 2, United Nations, September 2006.
- HIV/AIDS National Strategic Plan 2007-2011, December 2006.
- Road Map to Reduce Maternal and Neonatal Mortality, UNDP Guinea-Bissau, October 2006.
- Plan to strengthen the health care system/ GAVI proposal, October 2006, Ministry of Public Health of Guinea-Bissau.
- Dias, Ligia Monteiro. Diagnóstico Sobre as Mutualidades de Saúde na Guiné-Bissau, Novembro de 2006.
- Boletim Epidemiológico Trimestral, MINSAP, no. 1, Março 2006.
- Nova grelha salarial e subsídios, projeto de decreto lei.
- Anne Mills, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith. Health System Decentralization Concept: Issues and Country Experience. WHO, 1990.
- Alderman, Harold, 2001. The Implication of Private Safety Nets for Public Policy. The World Bank, Washington, D.C.
- Centro de Estudos Sócio-económicos (CESE), 2005. A Dimensão Sócio-Cultural de Comportamentos face à SIDA na Guiné-Bissau. INEP, Bissau.
- Chassé, Jean, 2006. Guinea-Bissau, Development of the Cashew Sector (unpublished). The World Bank, Washington, D.C.
- Gertler, Paul and Jonathan Gruber. Insuring Consumption Against Illness. NBER Working Paper Nr. 6035, 1997.
- Gottret, Pablo and Georg Schieber. Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide. The World Bank, Washington, D.C., 2006
- Holzmann, Robert and Steen Jorgensen, 2000. Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection and beyond. The World Bank, Washington, D.C.

- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (INEP), 2006. Estudo sobre as Escolas Coranicas, Madrassas e Crianças Talibé. INEP, Bissau.
 - Japan-Brazil Network (JBN), 2005. Integrated Poverty and Social Analysis Report (Background Paper). Unpublished.
 - Kielland, Anne and Tovo, Maurizia, 2006. Children at Work: Child Labor Practices in Africa. Lyenne Rieners Publishers, London.
 - Lourenço-Lindell, Ilda 2005. Walking the Tight Rope: Informal Livelihoods and Social Networks in a West African City. AUS / Stockholm Studies in Human Geography 9. Stockholm.
 - República da Guiné-Bissau, 2006. National Poverty Reduction Strategy.
 - República da Guiné-Bissau 2007. Lei Nacional do Enquadramento da Protecção Social.
 - UNICEF: Multiple Indicator Cluster Survey 2006.
 - Vigh, Henrick. 2006. Navigating Terrains of War, Youth and Soldiering in Guinea-Bissau. Berghahn Books, New York and Oxford.
 - The World Bank. 2006. Integrated Poverty and Social Analysis. The World Bank. Washington, D.C.
- The World Food Program, 2006. Guinée-Bissau: Evaluation de la Sécurité Alimentaire en Situation d'Urgence (ESASU) Régions de Tombali et Quinara.
- Zewdie, Debrework, 2007. HIV/AIDS Prevention among Youth: What Works? Youth Development Note: Vol. 2 Nr. 1. The World Bank, Washington, D.C.