



UNIOGBIS

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



UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER

Original: Inglês

**SECÇÃO DE DIREITOS HUMANOS
(UNIOGBIS-SDH)-ACNUDH
RELATÓRIO SOBRE O DIREITO À SAÚDE NA
GUINÉ-BISSAU
ABRIL DE 2017**

Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau

Sumário Executivo

Este relatório trata do direito de todos os indivíduos ao mais elevado padrão possível de saúde física e mental na Guiné-Bissau, e foi preparado conjuntamente pela Secção de Direitos Humanos do Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau (UNIOGBIS) e pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) entre Janeiro de 2016 e Março de 2017.

O propósito deste relatório é contribuir para uma melhor realização do direito à saúde na Guiné-Bissau. O relatório não fornece uma visão exaustiva da atual situação da saúde no país, mas tem por objetivo identificar as questões que suscitam maior preocupação, incluindo os principais fatores que afetam a realização do direito à saúde no país. Este relatório apresenta o quadro normativo, institucional e político, assim como os principais resultados alcançados e desafios para o futuro. O relatório analisa o sistema nacional de saúde e as principais preocupações, como a saúde materna e da criança, direitos sexuais e reprodutivos, VIH/SIDA, tuberculose, malária, bem como a saúde mental e a cooperação internacional no sector da saúde. O relatório também considera os diversos determinantes da saúde e do acesso a médicos e medicamentos, e examina as mudanças necessárias, sejam políticas ou de outra natureza, para melhorar a responsabilização de atores. O relatório apresenta uma abordagem do sistema nacional de saúde com base em direitos, incluindo o enquadramento de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, assim como elementos de monitorização, participação e responsabilização.

O relatório destaca a forte relação entre a situação da saúde e o processo de construção da paz na Guiné-Bissau, e mostra que a boa governança e os direitos humanos são componentes essenciais da construção do Estado e da paz, bem como fatores cruciais para se alcançar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. O relatório enfatiza que os esforços para melhorar a situação da saúde têm sido frequentemente prejudicados pela instabilidade política, devido a frequentes mudanças na administração do Ministério da Saúde (MINSAP) e outros órgãos centrais do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, o relatório observa que uma situação precária de saúde impede o progresso político, pois reduz a expectativa de vida, afeta a capacidade dos indivíduos de aceder à educação e de participar ativamente na vida pública e em atividades económicas, e acentua a pobreza. O relatório também destaca que a atual instabilidade política enfraqueceu a infraestrutura produtiva, aumentando a vulnerabilidade da população, especialmente nas zonas rurais. O relatório enfatiza que uma sociedade saudável é mais capaz de exigir os seus direitos, apoiar o desenvolvimento e responsabilizar o governo.

O relatório conclui que, apesar dos progressos na sobrevivência materna e infantil, são necessários esforços adicionais para reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, aumentar a esperança de vida e garantir a realização do direito à saúde, incluindo através de uma ampla reforma do sistema de saúde. O relatório também conclui que entre os principais entraves ao progresso do sistema de saúde estão défices importantes na participação e responsabilização. O texto realça que, embora a recolha de dados tenha melhorado significativamente, a monitorização da saúde na perspectiva dos direitos humanos continua a ser limitada, e requer uma melhor participação, monitorização e prestação de contas como fatores essenciais para garantir uma melhor performance do sistema de saúde e a concretização do direito à saúde.

O relatório apresenta um conjunto de recomendações que pretendem contribuir para melhorar a concretização do mais elevado padrão possível de saúde física e mental na Guiné-Bissau. Recomenda, nomeadamente, que, para cumprir as suas obrigações de respeitar, proteger e implementar o direito à saúde, o Governo deveria: introduzir mecanismos de prestação de contas a todos os níveis do sistema de saúde; adotar uma lei de base sobre a saúde; delinear uma política clara e um plano para atingir a cobertura de saúde universal; intensificar os esforços para reduzir ainda mais a mortalidade neonatal, infantil e materna; desenvolver e disponibilizar, em todo o país, uma carta de direitos dos pacientes uniforme; estabelecer um mecanismo nacional de queixas funcional e acessível a todos os indivíduos; regular a supervisão dos profissionais de saúde e suas atividades; e assegurar que as nomeações e promoções sejam feitas de forma transparente, competitiva e com base no mérito.

Índice

Sumário Executivo.....	2
I. Introdução.....	5
II. Contexto e os Determinantes da Saúde	6
A. Pobreza Endémica.....	7
B. Défice de Acesso à Alimentação e Educação	7
C. Défices de Água Potável e Saneamento	8
D. Défices na Infraestrutura	8
III. Enquadramento Normativo, Institucional e Político	9
A. Enquadramento Jurídico e Político	11
B. O Sistema Nacional de Saúde Pública.....	11
C. Instituições Nacionais de Saúde.....	13
IV. O Sistema Nacional de Saúde: Uma Abordagem Baseada nos Direitos Humanos	13
A. Disponibilidade	14
1. <i>Disponibilidade das Infraestruturas e Bens de Cuidados de Saúde</i>	14
2. <i>Disponibilidade de Serviços de Saúde</i>	15
B. Acessibilidade	17
1. <i>Não discriminação</i>	17
2. <i>A Acessibilidade Económica</i>	18
3. <i>Acessibilidade Física</i>	19
4. <i>Acessibilidade da Informação</i>	19
C. Aceitabilidade	19
D. Qualidade	20
1. <i>Dados para Informar o Planeamento</i>	20
2. <i>Educação em Saúde</i>	21
3. <i>Prática de Cuidados de Saúde e Limitações dos Conhecimentos e Capacidades</i>	22
V. Estrutura de Prestação de Contas.....	23
VI. Questões relacionadas à saúde em foco	24
A. Mortalidade Materna e Infantil	24
1. <i>Vacinação</i>	25
2. <i>Programa de Saúde Comunitária</i>	26
3. <i>Melhorias nos Cuidados Pré-Natais e na Recolha de Dados Sobre a Mortalidade Materna</i>	26
4. <i>Insuficiente Disponibilidade de Assistentes de Parto Qualificados, Levando a Cuidados de Má Qualidade</i>	27

5.	<i>Insuficiente Acessibilidade aos Bens, Serviços e Instalações Essenciais de Cuidados de Saúde</i>	27
6.	<i>Normas Culturais que Desencorajam as Mulheres a Comparecerem a Instalações de Saúde para o Parto</i>	27
B.	Direitos Sexuais e Reprodutivos	28
1.	<i>Falta de Possibilidade de Agir das Mulheres Quanto à sua Própria Saúde Reprodutiva</i>	28
2.	<i>Baixa Utilização de Anticoncepcionais</i>	28
3.	<i>Gravidez na Adolescência e Casamento Precoce, Forçado e Infantil</i>	29
4.	<i>Mutilação Genital Feminina</i>	29
C.	VIH/SIDA	30
D.	Tuberculose	30
E.	Malária	31
F.	Saúde Mental	32
G.	Acesso a Medicamentos e o Direito à Saúde	34
VII.	Atividades da Componente UNIOGBIS Direitos Humanos em Relação ao Direito à Saúde	35
VIII.	Conclusões e Recomendações	37

Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau

I. Introdução

1. Este relatório trata do direito de todos os indivíduos ao mais elevado padrão possível de saúde física e mental na Guiné-Bissau, e foi preparado conjuntamente pela Secção de Direitos Humanos do Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau (UNIOGBIS) e pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH).

2. O direito à saúde é um direito inclusivo, que contém tanto liberdades como direitos. As liberdades incluem o direito de controlar a própria saúde, incluindo o direito a rejeitar tratamentos médicos não-consensuais e experimentação. Os direitos incluem o direito a um sistema de proteção de saúde que ofereça igualdade de oportunidades para as pessoas usufruírem do mais elevado padrão possível de saúde. Direitos mais específicos associados ao direito à saúde incluem os direitos à saúde materna, infantil, sexual e reprodutiva; a um ambiente de trabalho e meio-ambiente saudáveis; à prevenção, tratamento e controlo de doenças, incluindo o acesso a vacinação e medicamentos essenciais; e acesso a água segura e potável.¹

3. O direito à saúde está intimamente relacionado com a fruição de uma série de outros direitos humanos inseridos nos principais tratados internacionais de direitos humanos, incluindo os direitos à alimentação, habitação, trabalho, educação, vida, igualdade, privacidade e participação, o acesso à informação, a proibição de tortura, e as liberdades de associação, reunião e circulação. Não discriminação e igualdade de tratamento estão entre os princípios mais importantes do direito à saúde.²

4. A principal responsabilidade para a concretização dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde, cabe ao Estado. No entanto, muitos atores da sociedade – indivíduos, comunidades locais, organizações intergovernamentais e não-governamentais, profissionais de saúde, empresas privadas e outras entidades – têm responsabilidades na concretização dos direitos humanos, incluindo do direito à saúde.³

5. O direito à saúde está sujeito a realização progressiva. Isto significa que o Estado tem uma obrigação específica e contínua de atuar da forma mais ágil e eficaz possível para garantir a realização plena do direito à saúde. De forma geral, o Estado tem a obrigação de tomar medidas, individualmente e através da assistência e cooperação internacionais, para a plena realização do direito à saúde. Embora sujeito a realização progressiva e limitado pelos recursos disponíveis, o direito à saúde impõe várias obrigações estatais de efeito imediato, que incluem as garantias de não discriminação e igualdade de tratamento, bem como a obrigação de tomar medidas deliberadas, direcionadas e concretas com vista à realização plena do direito à saúde, tais como o desenvolvimento de uma estratégia de saúde pública e um plano de ação nacionais.

6. Entre Janeiro de 2016 e Março de 2017, a Secção de Direitos Humanos do UNIOGBIS desenvolveu pesquisa e consultas orientadas e realizou visitas para monitorizar a situação dos direitos humanos em instalações de prestação de cuidados de saúde nacionais, regionais e de especialidade, com a intenção de ajudar o Estado no cumprimento das suas obrigações de respeitar, promover e proteger o direito à saúde. Entre as instalações de prestação de cuidados de saúde visitadas, estiveram o hospital de referência nacional, Simão Mendes, o Hospital Militar Nacional, o centro de saúde mental Osvaldo Máximo Vieira, o Hospital Raoul Follereau para a tuberculose (TB) e o Hospital de Cumura, que atua como centro de referência nacional para a lepra e fornece tratamento especializado para o VIH, tuberculose e cuidados maternos e pediátricos. O UNIOGBIS também visitou quatro hospitais regionais localizados em Catio (Tombali), Bafatá (Bafatá), Mansoa (Oio), e Tite (Quínara). Além disso, realizou visitas não anunciadas a instalações de prestação de cuidados de saúde de “Tipo B” e de “Tipo C” nas regiões de Quínara, Tombali, Oio e Bafatá.⁴

¹ Comité das Nações Unidas sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (CDESC), “General Comment No. 14 (2000): The right to the highest attainable standard of health” (Comentário Geral No. 14 (2000): O direito ao mais alto nível possível de saúde), E/C.12/2000/4, 11 Agosto de 2000.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ “Tipo B” (clínicas de saúde) e “Tipo C” (postos básicos de saúde).

7. UNIOGBIS e ACNUDH desejam expressar seu mais profundo agradecimento ao Governo da Guiné-Bissau, particularmente ao Ministério da Saúde (MINSAP) e ao Instituto Nacional de Saúde (INASA), ao Ministério da Justiça, ao Ministério da Educação e ao Ministério da Mulher, Criança e Coesão Familiar, pela colaboração na recolha de informações, inclusive em reuniões informativas e consultas. Também estão gratos à Equipa das Nações Unidas na Guiné-Bissau, em particular à Organização Mundial da Saúde (OMS), ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), ao Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), ao Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH / SIDA (UNAIDS), ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e à Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Género e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres), pela sua colaboração na recolha e verificação das informações contidas neste relatório. Finalmente, este relatório não poderia ter sido preparado sem as contribuições do pessoal e utentes dos serviços médicos visitados, organizações da sociedade civil, parceiros internacionais, organizações regionais e membros da população local, que partilharam seus conhecimentos, experiências e pontos de vista sobre o sistema de saúde nacional e o estado da implementação do mais elevado padrão possível de saúde física e mental na Guiné-Bissau.

II. Contexto e os Determinantes da Saúde

8. A República da Guiné-Bissau tem uma população de 1,888 milhões de pessoas⁵ cuja história, desde a independência de Portugal em 1973, tem exposto o país à atual instabilidade política, pobreza e desafios na prestação de serviços sociais básicos. Os desafios políticos da Guiné-Bissau têm tido um profundo impacto negativo para as condições de vida da população, incluindo o seu direito à saúde.⁶

9. O país está atualmente na 178.^a posição, entre 188 países, no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com um IDH de 0,424.⁷ O IDH da Guiné-Bissau continua abaixo das médias de 0,523 dos países da África subsaariana, e de 0,497 do grupo de países de baixo desenvolvimento humano.⁸ Além disso, quando o IDH da Guiné-Bissau é ajustado à desigualdade interna, cai para 0,257, indicando significativas disparidades internas relativamente aos indicadores-chave de desenvolvimento humano, tais como a esperança de vida.⁹

10. O país está dividido em oito regiões administrativas,¹⁰ por sua vez divididas em 36 sectores, sendo Bissau um sector autónomo independente. Porém, o sector da saúde está dividido em 11 regiões, subdivididas em 114 “distritos sanitários (ou áreas)” definidas com base em critérios geográficos.¹¹ As condições de saúde e o acesso a cuidados variam significativamente de uma área para outra.

11. Cerca de 50 por cento da população vive em zonas urbanas¹² com variações significativas nas condições de saúde e acesso a cuidados. Mais de 40 por cento da população ainda vive a uma distância superior a 5 km da insituição de prestação de cuidados de saúde primários mais próxima.¹³ Há poucos serviços do sector terciário no país; e as poucas pessoas com condições financeiras procuram aceder a serviços de melhor qualidade no Senegal, em Portugal ou

⁵ Divisão Estatística das Nações Unidas, “World Statistics Pocketbook” (Livro de Bolso da Estatística Mundial), disponível em: <http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=guinea-bissau> (último acesso em 12 de Março de 2017). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau, a população era de 1.514.451 em 2014.

⁶ Os relatórios emitidos pelo Secretário-Geral das Nações Unidas sobre a situação da Guiné-Bissau e apresentados ao Conselho de Segurança estão disponíveis em: <http://www.securitycouncilreport.org/un-documents/guinea-bissau/>. Os Relatórios emitidos pelo mecanismo de Revisão Periódica Universal do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas estão disponíveis em: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/GWSession21.aspx>. Os Relatórios emitidos por outros mecanismos de Direitos Humanos das Nações Unidas estão disponíveis em: <http://www.ohchr.org/EN/Countries/AfricaRegion/Pages/GWIndex.aspx>.

⁷ PNUD, “Human Development Report 2016” (Relatório do Desenvolvimento Humano 2016), disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf (último acesso em 21 de Março de 2017), p. 200.

⁸ *Idem*, p. 209.

⁹ *Idem*, p. 208.

¹⁰ As regiões administrativas compreendem Cacheu, Oio, Biombo, Bafatá, Gabú, Quínara, Tombali e Bolama-Bijagós. Ver Lei n.º 4/1997 de 2 de Dezembro de 1997 sobre a Organização Político-Administrativa do Território, artigos 1 ao 11.

¹¹ Guiné-Bissau, “Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017”, PNDS II, Bissau, 2008, p. 15.

¹² De acordo com o Livro de Bolso da Estatística Mundial (ver nota de rodapé 5 acima), em 2015, 49,3 por cento da população vivia em zonas urbanas. Ver também o Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 224. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau, cerca de 41 por cento da população vivia em zonas urbanas em 2014.

¹³ PNDS II (ver nota de rodapé 11 acima), p. 15.

em outros países. Parte do orçamento para cuidados de saúde financia tratamentos de saúde no exterior para até 300 guineenses por ano.

12. A composição étnica da Guiné-Bissau é diversificada. Cinco principais grupos étnicos representam cerca de 85 por cento da população, mas há pelo menos 12 grupos étnicos diferentes no país.¹⁴ O português é a língua nacional oficial do país, embora muitos grupos também tenham sua própria língua. As barreiras linguísticas impactam o acesso da população a cuidados de saúde.

13. A existente instabilidade política tem afetado a infraestrutura produtiva da Guiné-Bissau, aumentando a vulnerabilidade da população—especialmente em zonas rurais—e acentuando a pobreza.¹⁵ A Guiné-Bissau tem enfrentado dificuldades para implementar políticas públicas efetivas no sector da saúde e oferecer os principais bens, serviços e instalações de saúde à sua população. O país continua altamente dependente da ajuda internacional para o desenvolvimento na prestação de serviços básicos. Mais de 90 por cento do orçamento da saúde é proveniente de parceiros internacionais, incluindo o Fundo Global, a União Europeia, o Banco Mundial, a Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional, a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI) e agências e programas das Nações Unidas. Além disso, o estado de saúde da população e o seu acesso a atendimento médico e medicamentos dependem de uma série de fatores sociais, económicos e culturais, que são os determinantes da saúde. Na Guiné-Bissau, estes incluem, entre outros, a pobreza, assim como as dificuldades de acesso a água potável e segura, saneamento adequado, infraestruturas de base e educação, descritos a seguir.

A. Pobreza Endémica

14. A pobreza generalizada contribui para a vulnerabilidade de toda a população. 69,3 por cento da população da Guiné-Bissau vive abaixo do limiar nacional de pobreza. 80,4 por cento da população vive em pobreza multidimensional, isto é, um mesmo agregado familiar sofre privações relativamente à educação, saúde e nível de vida; enquanto 58,4 por cento da população vive em pobreza multidimensional severa.¹⁶ A Relatora Especial para a Extrema Pobreza e os Direitos Humanos, que visitou o país em 2014, observou a relação entre pobreza e saúde precária mencionando que a taxa de mortalidade materna na Guiné-Bissau está entre as mais altas do mundo e que os guineenses têm uma esperança de vida muito baixa,¹⁷ que é de 55,5 anos de acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano de 2016.¹⁸

B. Défice de Acesso à Alimentação e Educação

15. Uma parcela significativa das crianças menores de cinco anos de idade continua com peso inferior ao normal, o que aumenta o risco de morrerem devido a infecções comuns. A má-nutrição nos primeiros 1.000 dias de vida também está associada a uma redução da capacidade cognitiva e do desempenho escolar e profissional.¹⁹ Uma futura cooperação técnica entre o Governo da Guiné-Bissau, o Governo do Brasil e o Programa Mundial de Alimentos (PAM) para prover apoio técnico ao programa nacional de refeições escolares sustentável é um passo bem-vindo para melhorar o acesso das crianças em idade escolar a alimentos.

16. A educação é um determinante social chave para a saúde, quer diretamente por proporcionar melhores conhecimentos sobre a saúde, quer indiretamente em termos de melhor rendimento escolar, e está estreitamente

¹⁴ Guiné-Bissau, “Terceiro Recenseamento geral da população e habitação da Guiné-Bissau”, III RGPH, 2009, disponível em: www.stat-guineebissau.com/Censo2009/Default.html (último acesso em 13 de Março de 2017).

¹⁵ Banco Mundial, “Conflicts, Livelihoods and Poverty in Guinea-Bissau” (Conflitos, Meios de Subsistência e Pobreza na Guiné-Bissau), Washington D.C., 2007.

¹⁶ Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 218. Ver também PNUD, “Africa Human Development Report 2016: Accelerating Gender Equality and Women’s Empowerment in Africa”, (Relatório do Desenvolvimento Humano na África 2016: Acelerando a Igualdade de Género e o Empoderamento das Mulheres na África), pp. 26 e 168.

¹⁷ “Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights, Magdalena Sepúlveda Carmona, Addendum, Mission to Guinea-Bissau” (Relatório da Relatora Especial para a Extrema Pobreza e os Direitos Humanos, Magdalena Sepúlveda Carmona, Adenda, Missão à Guiné-Bissau), A/HRC/29/31/Add.1, 1 de Abril de 2015, §§ 5, 8 e 54.

¹⁸ Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 200.

¹⁹ Nações Unidas, “The Millennium Development Goals Report” (Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio), Nova Iorque, 2015, p. 22.

associada a melhores resultados de saúde. Na Guiné-Bissau, o nível de instrução é limitado. Em 2014, a taxa líquida de conclusão do ensino primário foi 75,7 por cento, enquanto a taxa líquida de admissão ao ensino primário foi 31,1 por cento.²⁰ Além disso, 40,1 por cento da população adulta é analfabeta.²¹ Uma educação abrangente para a saúde, que inclua educação sobre saúde sexual e reprodutiva, é virtualmente inexistente. Isto limita a capacidade da população de melhorar a sua própria saúde. O UNICEF, o Banco Mundial e o Fundo Global para a Educação estão entre protagonistas do apoio ao sector da educação.

C. Défices de Água Potável e Saneamento

17. A disponibilidade de água potável e segura e de instalações sanitárias adequadas tem melhorado gradualmente na Guiné-Bissau, mas alguns desafios persistem. Muito embora três quartos da população tenha tido acesso a fontes de água melhoradas em 2014, havia um grande contraste entre zonas urbanas e rurais, com 92 por cento dos moradores urbanos a usar fontes de água melhoradas, enquanto apenas 61 por cento dos habitantes das zonas rurais usavam tais fontes.²² Um inventário recente sobre os pontos de água feito pelo UNICEF mostra que mais de 50 por cento de todas as bombas manuais instaladas ou não estão em funcionamento ou funcionam com deficiência, levando a população a recorrer a fontes inseguras de água. Além disso, em 2014, apenas 13 por cento da população usava instalações sanitárias melhoradas não partilhadas. Dois por cento da população rural partilhava instalações sanitárias contra 27 por cento dos moradores urbanos²³. De forma semelhante, 30,2 por cento da população rural defecava ao ar livre, contra 1,7 por cento dos residentes urbanos.²⁴ Estes são fatores-chave para problemas de saúde, especialmente epidemias. O acesso limitado a água potável e instalações sanitárias é a principal causa de doenças diarreicas, incluindo cólera.²⁵

18. As Iniciativas de Saneamento Total Liderado pela Comunidade (CLTS) têm sido conduzidas por diversas organizações não-governamentais e multilaterais em colaboração com as comunidades, para eliminar a defecação ao ar livre e reduzir a transmissão de doenças por via fecal-oral. As intervenções desta iniciativa incluem atividades de capacitação para a construção de latrinas, e sobre momentos críticos de higiene. Às comunidades envolvidas nas iniciativas de CLTS é exigido um comité operacional de saneamento. Esta é uma boa prática de participação da população na solução de riscos existentes para a sua saúde, especialmente quando se trata de grupos vulneráveis devido à sua localização rural. Até o momento, um total de 1.170 tabancas foram declaradas livres de defecação ao ar livre desde 2010, sobretudo com financiamento do UNICEF (1.118 aldeias).²⁶ Apesar dos desafios que persistem, esta é uma grande conquista para a melhoria dos determinantes sociais da saúde.

D. Défices na Infraestrutura

19. A infraestrutura de apoio a atividades económicas é fraca em toda a Guiné-Bissau. A rede rodoviária é limitada e está em estado frágil, a disponibilidade de serviços telefónicos é inconstante, os portos marítimos são “obsoletos e degradados” e a oferta de energia elétrica é escassa em todo o país.²⁷ A frágil rede rodoviária e as conexões pouco confiáveis entre as ilhas e o continente dificultam o transporte efetivo de pacientes que necessitem de transferência ou evacuação. Os serviços telefónicos caros e inconstantes inibem a comunicação entre as unidades de saúde. O estado

²⁰ Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau, UNICEF, UNFPA, PNUD, International Partnership for Human Development, “Guiné-Bissau - Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014: Principais Resultados”, MICS 5, 2014, Março de 2015, pp. 12-13.

²¹ Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 233.

²² MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 8. As instalações de saneamento melhoradas são aquelas que separam higienicamente os excrementos humanos do contacto humano [ver OMS/UNICEF Programa de Monitorização Conjunta (JMP) para o Abastecimento de Água e Saneamento, “Improved and unimproved water sources and sanitation facilities” (Fontes de água e saneamento melhorados e não melhorados), disponível em <https://www.wssinfo.org/definitions-methods/watsan-categories/> (último acesso em 27 de Março de 2017)].

²³ *Ibid.*

²⁴ República da Guiné-Bissau, Ministério da Economia e Finanças, UNICEF, UNFPA, PNUD, Plan, International Partnership for Human Development, “Guiné-Bissau - Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014: Relatório Final”, MICS 5: Relatório Final, 2014, Março de 2016, pp. 135, 137 e 140.

²⁵ Médicos Sem Fronteiras, “Epidemics: Neglected Emergencies?” (Epidemias: Emergências Negligenciadas?), 2015, p. 10.

²⁶ Algumas ONGs, tais como a Plan International, Wellfound e SNV, também contribuíram para estes resultados e os Médicos da Comunidade, ADPP, Nadel, Ordemar, CVGB e Battodem Gollem trabalharam nas regiões para estabelecer iniciativas CLTS.

²⁷ PNDS II (ver nota de rodapé 11 acima), p. 16.

precário dos portos marítimos impede o acesso a bens de saúde essenciais, e a falta de energia elétrica compromete diretamente a capacidade das instituições de saúde para utilizar equipamentos essenciais tais como ventiladores ou máquinas de radiologia, ou mesmo para realizar procedimentos básicos com iluminação. Muito embora se espere que o Governo forneça eletricidade às instituições de saúde, o fornecimento é feito de modo inconsistente e muitas unidades têm de pagar combustível para geradores alternativos para garantir o funcionamento contínuo de equipamento básico.

20. Em 2 de Março de 2017, o MINSAP anunciou uma iniciativa liderada pelo UNICEF e financiada pela União Europeia, USAID e os Países Baixos no valor de 1.400 milhões de FCFA (cerca de 2,1 milhões de Euros) para reabilitar e equipar, *inter alia* com painéis solares e água potável, 45 centros de saúde no interior do país (dentro dos 145 centros existentes no país). Um projeto do PNUD de energia solar para a saúde no valor de 15 milhões de dólares está planeado para Março de 2018, abrangendo tanto as unidades de saúde como as instalações administrativas.

III. Enquadramento Normativo, Institucional e Político

21. O gozo do mais alto padrão de saúde foi reconhecido pela primeira vez na constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 como “um direito fundamental de todos os seres humanos sem distinção de raça, religião, convicção política, condição económica ou social.” A Guiné-Bissau tornou-se membro da OMS em 1974.²⁸

22. As bases do enquadramento jurídico internacional para o direito à saúde estão estabelecidas no n.º 1 do artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) que afirma que “toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, inclusive quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

23. O direito à saúde foi codificado em numerosos tratados internacionais e regionais de direitos humanos juridicamente vinculativos dos quais a Guiné-Bissau é parte. O Artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) constitui a pedra angular do direito à saúde no direito internacional, uma vez que os Estados Parte do PIDESC não só reconhecem “o direito de todas as pessoas ao gozo do mais elevado nível possível de saúde física e mental”, mas também a necessidade de tomar medidas concretas para alcançar a plena realização deste direito, incluindo as seguintes medidas: (i) a prestação para a redução da taxa de mortalidade e de mortalidade infantil e para o desenvolvimento saudável da criança; (ii) a melhoria de todos os aspectos da higiene ambiental e industrial; (iii) a prevenção, o tratamento e o controlo de doenças epidémicas, endémicas, relacionadas ao trabalho e outras; e (iv) criação de condições que assegurem a todos e todas os serviços médicos e assistência médica em caso de doença.²⁹

24. A proteção adicional do direito à saúde de grupos marginalizados está incluída em tratados internacionais relativos a grupos específicos, tais como a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, ratificada pela Guiné-Bissau em 1 de Novembro de 2010³⁰; a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, ratificada pela Guiné-Bissau em 23 de Agosto de 1985³¹; a Convenção sobre os Direitos das Crianças, ratificada pela Guiné-Bissau em 20 de Agosto de 1990³²; e a

²⁸ Assembleia da Organização Mundial de Saúde, WHA 27.22 Admissão de um novo membro: Guiné-Bissau, décima reunião plenária, 16 de Maio de 1974.

²⁹ Pacto Internacional Sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), 1966, artigo 12º, n.º 2.

³⁰ O artigo 5º, e, iv, da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial protege os grupos raciais e étnicos em relação ao “direito à saúde pública (e) aos cuidados médicos”.

³¹ A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres inclui várias disposições para a proteção do direito da mulher à saúde, em particular os artigos 11, n.º 1, alínea f; 12 e 14, n.º 2, alínea b.

³² A Convenção sobre os Direitos da Criança contém amplas disposições sobre o direito à saúde da criança, incluindo o artigo 24, dedicado integralmente ao direito à saúde da criança, e os artigos 3, n.º 3, 17, 23, 25, 32 e 28, que contêm proteções para grupos especialmente vulneráveis de crianças. Os artigos 2, 3, 6 e 12 também são de extrema importância neste contexto, pois servem para orientar a implementação de todos os direitos reconhecidos na Convenção.

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pela Guiné-Bissau em 24 de Setembro de 2014.³³ Deve-se realçar que a Guiné-Bissau assinou mas não ratificou os protocolos facultativos ao Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, à Convenção sobre os Direitos das Crianças e à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, todos relativos à competência dos respetivos órgãos dos tratados para receber comunicações, bem como a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das Suas Famílias, que também inclui disposições relacionadas com o direito à saúde. Instrumentos adicionais de direitos humanos contêm proteções relevantes para o direito à saúde em várias situações, ambientes e processos, incluindo conflito armado, desenvolvimento, local de trabalho e detenção.

25. Além disso, os documentos resultantes de numerosas conferências internacionais das Nações Unidas foram objeto de compromissos de grande alcance relativos ao direito à saúde. Muitos referem-se ao direito à saúde e aos direitos relacionados com a saúde, bem como a questões de saúde. A Agenda 2030 sobre o Desenvolvimento Sustentável é um desses documentos-chaves. Adotada unanimemente por todos os Estados membros da ONU, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com os seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas, vai definir a direção das políticas de desenvolvimento global e nacional até 2030.

26. A Agenda 2030 oferece novos pontos de entrada e oportunidades para superar a divisão entre os direitos humanos e o desenvolvimento, inclusive quanto ao direito à saúde. Por exemplo, o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 é para “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar de todos em todas as idades”. A Agenda 2030 também reconhece a necessidade de parcerias para o desenvolvimento, inclusive para a realização do direito à saúde. Neste sentido, a Carta das Nações Unidas (1945) reconhece a importância da cooperação internacional no campo da saúde (art.13(1)(b)) e salienta que “com o fim de criar condições de estabilidade e bem-estar, necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as Nações ... as Nações Unidas promoverão ... a solução de problemas internacionais económicos, sociais, de saúde e conexos” (art. 55(b)). Além disso, a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030) reconhece que “somente um enfoque integral e baseado em direitos humanos superará os desafios variados e complexos que a saúde da mulher, da criança e do adolescente enfrenta. A fim de que tenham êxito, os países e seus parceiros precisam adotar medidas simultâneas em nove áreas interconectadas e interdependentes: liderança do país; financiamento da saúde; resiliência dos sistemas de saúde; potencial individual; participação das comunidades; ação multisectorial; ambientes humanitários e frágeis; pesquisa e inovação; e prestação de contas.”³⁴

27. A Guiné-Bissau é membro da União Africana desde 1973 e Estado parte da Carta Africana sobre os Direitos do Homem e dos Povos desde 1986. O direito ao melhor estado possível de saúde física e mental é reconhecido no artigo 16 da Carta Africana, que exige que os Estados tomem “as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para lhes assegurar assistência médica em caso de doença”. Além disso, desde 2008, a Guiné-Bissau é parte da Carta Africana dos Direitos e Bem-estar da Criança, a qual reconhece que “toda criança tem o direito de fruir do melhor estado de saúde física, mental e espiritual possível”, o que inclui para o Estado a obrigação de “assegurar a disponibilidade de nutrição adequada e água potável” bem como “assegurar a prestação de assistência médica e dos cuidados de saúde necessários” (art.14). Também é parte do Protocolo à Carta Africana sobre os Direitos do Homem e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, que contém várias disposições sobre o direito das mulheres à saúde e direitos reprodutivos, bem como sobre a eliminação das práticas nefastas que ameaçam a saúde das mulheres (respectivamente artigos 14 e 5).

28. A Constituição atual da Guiné-Bissau (1994) sublinha no seu Artigo 15º que “a saúde pública tem por objectivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio-ecológico em que vivem.” Afirma ainda que a saúde pública “deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico e medicamentoso.”

29. Embora a Constituição não mencione expressamente o direito à saúde, o Artigo 29º da Constituição observa que os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados em harmonia com

³³ Os artigos 25 e 26 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência contêm, respectivamente, várias disposições sobre o direito à saúde das pessoas com deficiência e sobre serviços de habilitação e reabilitação de saúde para essas pessoas.

³⁴ Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e da Adolescente (2016-2030), Every Woman Every Child Movement, 2015, p. 48, disponível em http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/01/EWEC_2016_PT_web.pdf (último acesso em 18 de Abril de 2017).

a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a qual reconhece no seu Artigo 25º o direito à saúde. Ademais, o Artigo 58 da Constituição prevê a criação progressiva das “condições necessárias à realização integral de direitos de natureza económica e social” que são reconhecidos no título dos direitos, liberdades, garantias e deveres fundamentais.

A. Enquadramento Jurídico e Político

30. A ideia de adotar uma lei base de saúde foi discutida entre 2010 e 2011, mas abandonada pouco depois do golpe de estado de 12 de Abril de 2012. Atualmente não existe uma lei que defina os bens, serviços e instalações essenciais e os direitos da população em matéria de saúde, assim sendo, o Governo deveria ponderar a elaboração de uma lei de enquadramento do direito à saúde.

31. O quadro jurídico nacional sobre o direito à saúde inclui: (i) a Lei n.º 5/2007 sobre VIH/SIDA que, proíbe a discriminação de pessoas portadoras de VIH/SIDA e preserva a confidencialidade; (ii) a Lei n.º 11/2010 sobre a saúde reprodutiva e planeamento familiar, que, *inter alia* aumentou para 18 anos a idade mínima para contrair casamento; (iii) a Lei n.º 12/2011 sobre a prevenção e o combate ao tráfico de pessoas, particularmente mulheres e crianças, que incorpora a maior parte das disposições do Protocolo para Prevenir, Reprimir e Punir o Tráfico de Pessoas, Especialmente de Mulheres e Crianças, complementando a Convenção das Nações Unidas contra a Criminalidade Organizada Transnacional; (iv) a Lei n.º 14/2011 para prevenir, combater e suprimir a mutilação genital feminina, que proíbe e criminaliza a prática de mutilação genital feminina. O grau inadequado de implementação destas leis continua a ser motivo de preocupação.

32. O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para 2008-2017 (PNDS II) visa a “garantir cuidados de qualidade a todos”³⁵ e integra outros quadros e políticas relevantes para a realização de direito à saúde na Guiné-Bissau, tais como: (i) o Plano Nacional dos Recursos Humanos para o Sector de Saúde (2008-2017) e (ii) o Plano Operacional para a Transição Nacional em Saúde Pré-natal e Materna (POPEN). Segundo o PNDS II, as principais prioridades para o Ministério da Saúde são: (i) o Programa de saúde reprodutiva, que inclui a saúde materna e infantil, o planeamento familiar, o programa alargado de imunização (EPI), a estratégia de gestão integrada de doenças infantis e nutrição e (ii) a prevenção e luta contra as doenças endémicas, que inclui os programas de combate ao VIH/SIDA e doenças sexualmente transmissíveis (DST), malária, lepra, tuberculose, oncocercose, outras doenças negligenciadas e perda de visão.

33. Os fatores que impediram o alcance destes objetivos no quadro do PNDS I entre 1998 e 2007, e que também parecem ter dificultado a efetiva implementação do PNDS II, incluem a falta de infraestrutura e equipamentos essenciais; a permanente fuga de pessoal para o exterior, principalmente durante o período da guerra civil (1998-1999); a falta geral de recursos humanos dentro do sistema; instabilidade administrativa; ausência de monitorização e supervisão eficazes no sistema de saúde; condições precárias de estradas e transporte limitado; e o aumento de práticas nocivas, tais como a má gestão do equipamento, bem como a atual falta de sustentabilidade do sistema de saúde.

34. As políticas e estruturas nacionais adicionais relevantes para a proteção do direito à saúde no país incluem a Campanha Nacional de Malária (2017) e o Programa Nacional de Controlo de Malária (2013-2017), bem como diversas políticas anteriores incluindo: (i) o Plano de Ação Nacional sobre o Registo de Nascimento (2010-2013)³⁶; (ii) o Plano de Ação Nacional para a Prevenção de Abuso e Exploração Sexual (2011-2013); (iii) o Plano de Ação Nacional para o Combate da Mutilação Genital Feminina (2010-2015); (iv) a Política Nacional sobre Género (2014); (v) o Plano Nacional da Guiné-Bissau para a Segurança Alimentar (elaborado em 2008); (vi) a Política Nacional de Vacinação (elaborada em 2007) e a Política de Segurança em Injeção (elaborada em 2003); (vii) a Política Nacional sobre a Nutrição (elaborada em 2014); e (viii) a Política de Sangue (aprovada pelo Conselho de Ministros em 2014).

B. O Sistema Nacional de Saúde Pública

35. O Ministério da Saúde Pública (MINSAP) faz parte da Secretaria de Estado de Administração Hospitalar e do departamento governamental encarregado de formular, propor, coordenar e executar a política do governo em matéria de saúde e luta contra epidemias. O MINSAP inclui a secretaria-geral, inspeção-geral de saúde pública, Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), o Centro de Compra de Medicamentos Essenciais (CECOME), 11 direções

³⁵ PNDS II (ver nota de rodapé 11 acima), p. 8.

³⁶ O UNICEF está neste momento a apoiar o Projeto de Registo de Nascimento financiando através do Fundo de Consolidação de Paz.

regionais de saúde pública, direções gerais para a prevenção e promoção de saúde, a administração do sistema de saúde e a administração de instituições de saúde.

36. A administração do sistema de saúde é ostensivamente descentralizada, com o MINSAP a assumir a responsabilidade de formular e planejar a política central de saúde bem como coordenar a colocação e remuneração do pessoal de saúde em todo o país. Cada sistema regional de saúde formula o seu plano de atividades em concertação com o MINSAP. A equipa regional conduz uma série de atividades incluindo gestão financeira, coordenação de compras, divulgação e sensibilização, e manutenção de instalações. No entanto, os escritórios regionais de saúde estão consideravelmente desprovidos de meios. As suas atividades são financiadas através de uma taxa de cinco por cento cobrada aos postos de saúde da região (taxas de 15 por cento também são cobradas aos hospitais). O único financiamento do MINSAP às atividades regionais é destinado a programas específicos, tais como as campanhas de vacinação.

37. A saúde continua a ser uma prioridade secundária para a despesa pública. A proporção do orçamento do governo gasto com a saúde é de 5,18 por cento³⁷, bem abaixo do compromisso assumido pelo Governo em Abuja em 2001, quando os países da União Africana se comprometeram a adotar uma dotação orçamental de pelo menos 15 por cento para melhorar o sector da saúde. As despesas do governo com a saúde calculadas em percentagem do PIB estão em cerca de 1 por cento.³⁸ Ademais, menos de 1 por cento do orçamento geral de estado é atualmente alocado à saúde das mulheres e crianças,³⁹ apesar da vulnerabilidade crónica destes grupos populacionais. Deve-se notar que devido ao impasse político que afeta o país desde Agosto de 2015, as despesas orçamentais para a saúde têm estagnado, já que os vários governos nomeados desde então não tiram os respectivos programas de governo e orçamentos aprovados no Parlamento.

38. A maior parte dos fundos do MINSAP estão alocados ao pagamento de salário de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde. Os gastos remanescentes são financiados por doadores e através de pagamentos diretos feitos pelos pacientes, com taxas que parecem ser as mais altas da África Ocidental.⁴⁰ Geralmente os pacientes pagam uma taxa de consulta nas instituições de cuidados de saúde,⁴¹ e também pagam por bens como medicamentos e serviços, incluindo procedimentos médicos específicos. A maioria destes pagamentos diretos é usada pelos administradores para a manutenção das instalações de saúde e pagamento de bens de saúde.

39. Há necessidade de melhorar os sistemas de recolha e manutenção de registos de dados financeiros e administrativos, já que, mesmo no que diz respeito à utilização dos fundos centrais do sistema de saúde, não há registo de todas as despesas, particularmente dos fundos que não são utilizados para pagar os salários do pessoal.⁴² A nomeação de profissionais de saúde para postos administrativos dentro do sistema de saúde, tanto em cargos governamentais como em outros cargos, tais como a administração hospitalar, não é sistematicamente registada ou publicitada. A rotatividade do pessoal é frequente, e às vezes as autoridades governamentais substituem os administradores de saúde várias vezes no mesmo ano.

40. No seu todo, o sistema de saúde do país continua fortemente dependente de doadores. Embora tenham sido feitos esforços para evitar a duplicação na prestação de serviços e promover a coordenação, o MINSAP está a planejar estabelecer funções de gestão dentro do Ministério para reunir todos os fundos dos doadores e coordenar melhor as suas atividades. No entanto, surgem questões sobre como isso irá funcionar na prática. Para solucionar esta falta de coordenação, no final de 2016, os doadores que financiam o sector da saúde criaram um grupo de coordenação do sector da saúde atualmente composto pelo Banco Mundial, Fundo Global, União Europeia, GAVI, OMS, UNICEF,

³⁷ OMS, “2015 National Budget Allocation” (Dotação Orçamental Nacional 2015), Bissau, 2016.

³⁸ OMS, “Global Health Expenditure Atlas” (Atlas das Despesas Globais com Saúde), Genebra, Setembro de 2014, p. 33; ver também Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 229.

³⁹ Comité dos Direitos da Criança, “Concluding observations on the combined second to fourth periodic reports of Guinea-Bissau, adopted by the Committee at its sixty-third session (27 May-14 June 2013)” (Observações finais sobre o segundo a quarto relatórios periódicos combinados da Guiné-Bissau, adotadas pelo Comité na sua 63ª sessão (27 de Maio a 14 de Junho de 2013), CRC/C/GNB/CO/2-4, 8 de Julho de 2013, § 16.

⁴⁰ “World Bank Development Indicators” (Indicadores para o desenvolvimento do Banco Mundial), Abril de 2016.

⁴¹ Entre os pacientes que não têm de pagar taxa de consulta incluem-se as crianças com menos de cinco anos de idade, mulheres grávidas, parturientes e pacientes com 60 anos ou mais.

⁴² PNDS II (ver nota de rodapé 11 acima), p. 37

PNUD e MINSAP.

C. Instituições Nacionais de Saúde

41. O Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) foi criado em 2011 e fornece a liderança no campo da saúde pública. Reúne componentes chave do sistema de saúde pública do país, incluindo o Laboratório Nacional de Saúde Pública, a unidade de epidemiologia do MINSAP, a Escola Nacional de Saúde Pública e o Projeto de Saúde Bandim. O INASA colabora com numerosos doadores internacionais, organizações não-governamentais e instituições nacionais de saúde pública para desenvolver a sua capacidade de prestar serviços. Apesar das mudanças frequentes de Governo e da permanente instabilidade política, o INASA tem beneficiado de uma relativa independência do governo juntamente com um significativo apoio de doadores, o que tem permitido o seu funcionamento contínuo.

42. Conforme referido, o INASA colabora com vários doadores internacionais, ONGs e instituições nacionais de saúde pública para desenvolver a sua capacidade de prestação de serviços. Por exemplo, a estreita cooperação entre o INASA e o centro norte-americano de controlo de doenças (CDC), fornece um bom modelo para trabalho colaborativo para superar problemas de saúde globais na vigilância de doenças e preparação para emergências, como ilustrado durante o surto de Ebola na África Ocidental em 2016. O Laboratório Nacional de Saúde Pública está agora equipado para diagnosticar tuberculose multirresistente enquanto anteriormente, as amostras tinham de ser enviadas para o Senegal ou a Europa para análise.

43. É importante preservar a independência do INASA no que diz respeito às suas principais atividades e delinear claramente as atividades e a autoridade do MINSAP e do INASA. Isso é particularmente importante relativamente à tomada de decisões sobre as atividades de saúde pública que podem limitar os direitos humanos, tais como as limitações à liberdade de circulação em caso de epidemia declarada. O INASA poderia também considerar publicar e partilhar os dados que possui mais frequentemente para estimular progressos na saúde e assegurar a transparência. As atividades do INASA poderiam ser fortalecidas de forma a desenvolver os sistemas nacionais de informação em saúde como fundamento para a promulgação de políticas de saúde assentes em dados comprovados, em estreita colaboração com o MINSAP. O mesmo poderia acontecer com o CECOME que, muito embora seja autónomo, desde 2015 foi alvo de mudanças na Administração efetuadas pelo MINSAP.

IV. O Sistema Nacional de Saúde: Uma Abordagem Baseada nos Direitos Humanos

44. O sistema nacional de saúde é composto pelo sector público, administrado pelo governo, que inclui mais de 3.000 agentes comunitários de saúde, prestadores privados e praticantes da medicina tradicional. No entanto, os curandeiros tradicionais representam a primeira linha de cuidados médicos. É de salientar que é apenas depois de consultar e pagar os curandeiros tradicionais, e quando o seu estado de saúde não melhora, que as pessoas doentes, cujo estado de saúde entretanto deteriorou, alcançam o sistema público ou privado de saúde. Infelizmente o MINSAP e os parceiros internacionais não interagem com a primeira linha de cuidados médicos, que continua a ser constituída de curandeiros tradicionais.

45. Existem diferenças mínimas na qualidade dos cuidados entre os sectores público e privado, e muitos profissionais da saúde trabalham em ambos sistemas. As instalações públicas estão classificadas em “Tipo A” (hospitais), “Tipo B” (postos de saúde) e “Tipo C” (postos básicos de saúde), diferenciadas pelo nível de recursos humanos, bens e serviços de saúde prestados. Adicionalmente, há diversas instalações dirigidas e financiadas principalmente por organizações não-governamentais em parceria com o governo. Este é o caso dos hospitais de Cumura e Quinhamel, que são financiados e administrados pela Igreja Católica, cuja equipa médica é fornecida através de um acordo com o MINSAP.

46. Um sistema nacional de saúde eficaz é um pré-requisito para a concretização do direito humano de todos e todas à saúde. Esse sistema deve levar em consideração os determinantes da saúde, alguns dos quais são descritos no capítulo II. Deve realçar-se que, conquanto o direito à saúde seja inclusivo, os fatores determinantes da saúde implicam sistemas, contextos, fatores e ambientes que vão além do sector da saúde e, conseqüentemente, uma abordagem da saúde baseada nos direitos humanos deveria ser implementada por todos os sectores com impacto para a saúde e não exclusivamente pelo sector da saúde.

47. A formulação e implementação de estratégias nacionais e planos de ação para a saúde deve respeitar, *inter alia*,

os princípios da não discriminação e participação das pessoas. Em particular, o direito de indivíduos e grupos a participar nos processos de tomada de decisões, que podem afetar o seu desenvolvimento, deve ser uma componente integral de qualquer política, programa ou estratégia desenvolvida para cumprir as obrigações governamentais ao abrigo do artigo 12 do PIDESC. A prestação efetiva de cuidados de saúde só pode ser assegurada se a participação das pessoas for garantida pelos Estados.⁴³

48. A participação da população da Guiné-Bissau na formulação de políticas e em instituições relacionadas com os cuidados de saúde é limitada. Parceiros têm sublinhado repetidamente que as pessoas não estão habituadas a questionar a qualidade do atendimento recebido, ou a fazer reclamações ao hospital, ou à administração regional ou nacional sobre as instalações, bens e cuidados de saúde. Em vez disso, a minoria que pode custear procura atendimento fora do país. Além disso, não existe nenhum mecanismo formal que permita aos indivíduos participar no processo governamental de tomada de decisão, ou revisão de leis ou políticas propostas. Comitês de observação e órgãos sociais para as áreas que abordam a problemática da saúde deveriam diligenciar pela participação de indivíduos e grupos interessados.

49. Além disso, os mecanismos nacionais deveriam monitorizar os direitos humanos tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde.⁴⁴ A supervisão e monitorização interna do cumprimento das normas de direitos humanos efetuada pelo MINSAP é limitada devido a dificuldades práticas, tais como falta de transporte, combustível e financiamento adequado, além de limitações técnicas, incluindo a falta de pessoal suficientemente treinado. Além disso, as atividades de monitorização existentes parecem não incorporar os padrões de direitos humanos e a Comissão Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)⁴⁵ não tem mandato para receber queixas da população ou dos profissionais de saúde.⁴⁶

50. O Comité das Nações Unidas sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (CDESC) observa que um sistema de saúde deve ser disponível, acessível, aceitável e de boa qualidade.⁴⁷ Referir-nos-emos, de seguida, a cada um destes elementos.

A. Disponibilidade

51. O CDESC tem enfatizado repetidamente que as instalações de saúde pública e de cuidados de saúde em funcionamento, bens e serviços, bem como os programas de saúde, devem estar disponíveis em quantidade suficiente dentro do Estado parte.⁴⁸ Isto inclui um número adequado de unidades de saúde, serviços de apoio e médicos e outros profissionais treinados para prestar esses serviços. Doravante, o relatório referir-se-á à disponibilidade de (1) infraestruturas de cuidados de saúde e (2) serviços de saúde.

1. Disponibilidade das Infraestruturas e Bens de Cuidados de Saúde

52. A disponibilidade de infraestruturas físicas de cuidados de saúde é razoável na Guiné-Bissau.⁴⁹ No entanto, essas instalações são insuficientes para constituir uma verdadeira disponibilidade no âmbito do direito à saúde. A

⁴³ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 54.

⁴⁴ Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, submitted in accordance with Commission resolution 2005/24 (Relatório do Relator Especial da Comissão de Direitos Humanos sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental, Paul Hunt, submetido de acordo com a resolução 2005/24 da Comissão), A/60/348, 12 de Setembro de 2005, p. 16.

⁴⁵ A CNDH é uma entidade interinstitucional que reporta ao Ministério da Justiça.

⁴⁶ O ACNUDH prestou aconselhamento jurídico ao Governo da Guiné-Bissau para reforçar esta Comissão, particularmente a sua independência. Ver “Report of the Secretary General: National institutions for the promotion and protection of human rights” (Relatório do Secretário Geral: Instituições Nacionais para a promoção e proteção dos direitos humanos), A/HRC/27/39, 30 de Junho de 2014. No entanto, o estatuto desta entidade não está em conformidade com os Princípios Relativos ao Estatuto das Instituições Nacionais (Princípios de Paris), adotados pela Resolução da Assembleia Geral 48/134 de 20 de Dezembro de 1993.

⁴⁷ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 12.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Informação disponível na OMS indica que, em 2014, a Guiné-Bissau tinha 96 postos de saúde, 562 centros de saúde, 437 hospitais distritais, nenhum hospital de província e 525 hospitais regionais. Ver OMS, Indicadores sobre a Guiné-Bissau, “Global Atlas of Medical Devices 2014” (Atlas global de dispositivos médicos 2014), disponível em: http://www.who.int/medical_devices/countries/gnb.pdf (último acesso em 28 de Março de 2017).

disponibilidade exige genuína disponibilidade de infraestrutura de cuidados de saúde para todos e todas, inclusive em zonas rurais remotas, e genuína funcionalidade sob a forma de pessoal médico e de profissionais treinados que recebam salários internamente competitivos e medicamentos essenciais.⁵⁰ A este respeito, muitos postos de saúde no país são disfuncionais ou semi-funcionais.

53. Em 2014, a Relatora Especial sobre a pobreza extrema observou que “a maioria dos” postos de saúde regionais não tem profissionais de saúde.⁵¹ Não é forçoso que isso ainda aconteça em 2017, mas não é incomum que os profissionais de saúde se recusem a trabalhar em postos regionais.

54. Nos casos em que os postos de saúde têm recursos humanos suficientes, equipamentos, pessoal treinado e medicamentos estão muitas vezes indisponíveis. Por exemplo, a Guiné-Bissau tem uma carência séria de capacidade radiográfica apesar da doação de leitores de tomografia computadorizada feita pelo Rei de Marrocos, já que o pessoal ainda não foi treinado na utilização do equipamento. Do mesmo modo, está disponível um monitor de diálise que não está em utilização no Hospital Nacional de referência Simão Mendes também devido à falta de capacidade técnica.

55. A maioria das instalações de tipo B e C não tem eletricidade ou abastecimento de água. Em alguns postos de saúde de “Tipo C”, os profissionais de saúde descreveram a realização de partos à luz de velas, sem acesso a água esterilizada, o que pode ter impacto nas taxas de mortalidade de neonatos e suas mães. Muitas vezes, essas instalações estão em mau estado de conservação devido a falta de financiamento para manutenção regular. Muitas estão em avançado estado de degradação e necessitam urgentemente de renovação. Nas regiões, o alojamento para os profissionais de saúde é praticamente inexistente devido à inabitabilidade dos edifícios.

56. Para resolver algumas destas deficiências, o MINSAP e o UNICEF, em conjunto com a União Europeia e o Fundo Global, desenvolveram uma estratégia atualizada de agentes comunitários de saúde (ACS) (1 ACS para abranger 50 agregados familiares), com 16 práticas familiares fundamentais, incluindo EPI, nutrição, malária, TB e VIH. Até à data, foram treinados mais de 3.000 ACS, os quais foram equipados com produtos básicos.

2. Disponibilidade de Serviços de Saúde

57. A disponibilidade adequada de serviços de saúde é extremamente dependente da existência de recursos humanos suficientes para a prestação de serviços. A falta de recursos humanos suficientes para o sistema de saúde da Guiné-Bissau é frequentemente apontada como um dos maiores desafios que o país enfrenta na prestação de cuidados de qualidade à população. Em 2014, havia 1,7 médicos por 10.000 pessoas na Guiné-Bissau.⁵² Atualmente, existem apenas três pediatras no país, todos expatriados, para uma população de aproximadamente 720.000 crianças com menos de 15 anos de idade.⁵³ Há apenas quatro obstetras e cerca de 34 parteiras qualificadas na Guiné-Bissau, e apenas um anestesista (que é expatriado). A falta de especialistas em anestesiologia é tão grave que a sala de cirurgia da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, que foi totalmente remodelada e equipada em 2013, não está em funcionamento devido à falta de especialistas no país. A Guiné-Bissau também tem uma carência de outros profissionais essenciais no sector de saúde, como demógrafos, epidemiologistas, e gestores e administradores de serviços da saúde. Esta escassez maciça de profissionais de saúde em alguns países, particularmente na África subsariana, tem sido reconhecida como um problema sério no âmbito do direito à saúde.⁵⁴

58. Atualmente, há duas instituições a formar médicos na Guiné-Bissau. A Faculdade de Medicina Raul Dias Arguelles, que foi criada pelo governo de Cuba em 1986, forma a maioria dos médicos da Guiné-Bissau. Desde 1986,

⁵⁰ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 12a.

⁵¹ A/HRC/29/31/Add.1 (ver nota de rodapé 17 acima), §§ 5, 8 e 54.

⁵² OMS, “Guinea-Bissau Cooperation Strategy” (Guiné-Bissau - Estratégia de Cooperação), Bissau, 2015.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ A/60/348 (ver nota de rodapé 44 acima), p. 10.

mais de 200 médicos guineenses foram formados com a colaboração do governo de Cuba.⁵⁵ A Universidade Jean Piaget (privada) também fornece formação médica em Bissau. Isso melhorou a proporção de médicos e pacientes no país, que recentemente aumentou para 1,7 médicos por 10.000 pessoas, em comparação a 0,7 médicos entre 2004 e 2014.⁵⁶ Há, no entanto, uma perda significativa e permanente de médicos para países com rendimentos mais elevados. O aumento da capacidade da Guiné-Bissau para formar médicos não se traduziu em um aumento de médicos especialistas. Além disso, a maioria dos médicos vive e trabalha nas zonas urbanas, o que não beneficia aproximadamente metade de população, que vive nas zonas rurais.

59. Não há programas de formação para especialidades médicas no país, facto que contribui significativamente para a “fuga de cérebros” de médicos para o exterior, já que aqueles que saem para completar a especialidade médica muitas vezes não voltam. Atualmente, a maior parte das poucas especialidades médicas disponíveis é prestada por um pequeno grupo de médicos locais comprometidos, em conjunto com especialistas dos Voluntários das Nações Unidas (VNU).

60. Enfermeiros são atualmente formados no Jean Piaget e na Escola Nacional de Saúde (ENS) (uma universidade pública), mas não em número suficiente para satisfazer a procura. Atualmente existem 1.137 enfermeiros no país,⁵⁷ representando uma taxa de 6,4 enfermeiros por 10.000 pessoas. A Guiné-Bissau está entre os 28 por cento de países com menos de 1 profissional de enfermagem / obstetrícia por cada 1.000 habitantes.⁵⁸

61. A disponibilidade de parteiras também é muito limitada, já que a ENS parou a formação de parteiras em 2005 e só reiniciou em 2013. A necessidade não satisfeita de parteiras é atualmente de 79 por cento.⁵⁹ A inexistência de estabelecimentos de ensino a formar parteiras, durante oito anos, em um país com uma alta taxa de mortalidade materna, é alarmante.⁶⁰ Estão a ser tomadas medidas para corrigir essa situação; por exemplo, em Abril de 2016, o UNFPA, em parceria com a ENS, implementou uma “formação de formadores” de seis meses, em obstetrícia, para 50 parteiras. Além disso, foi realizado um curso de formação de 12 meses para 34 enfermeiros especializados em anestesiologia para aumentar a disponibilidade de anestesia em todo o país. Ademais, o UNFPA e a OMS, no contexto da Parceria Global de Saúde H6 (antes chamada H4+), juntamente com os Voluntários das Nações Unidas (VNU), colocaram especialistas internacionais com diferentes perfis (obstetras-ginecologistas, parteiras, anestesistas, pediatras) para trabalharem em hospitais escolhidos e, ao mesmo tempo, treinarem profissionais da saúde locais a fim de reforçar a capacidade local de prover cuidados de saúde.

62. Além da guerra civil e da falta de formação de especialidade, outro fator-chave para a fuga de cérebros de profissionais de saúde é a falta de remuneração adequada. Os médicos recebem uma remuneração modesta, com salários de cerca de 150.000 FCFA por mês (o equivalente a cerca de USD 250), e os enfermeiros e técnicos da saúde ganham cerca de 90.000 FCFA mensais. Os agentes comunitários de saúde recebem cerca de 7.500 FCFA mensais. Recentemente, a instabilidade política tem causado perturbações significativas no pagamento de salários,⁶¹ e muitos

⁵⁵ Peter Karibe Mendy e Richard A. Lobban Jr., *Historical Dictionary of the Republic of Guinea-Bissau* (Dicionário Histórico da República da Guiné-Bissau), 4ª edição, 2013, p. 114.

⁵⁶ Guiné-Bissau - Estratégia de Cooperação (ver nota de rodapé 52 acima).

⁵⁷ Carlos Sangreman, *Observando Direitos na Guiné-Bissau: Educação, Saúde, Habitação, Água, Energia, Saneamento, Justiça, Meios de Subsistência*, Bissau, 2016, pp. 76-77.

⁵⁸ OMS, “Density of nursing and midwifery personnel” (Densidade de profissionais de enfermagem e obstetrícia), 2016.

⁵⁹ UNFPA, ICM e OMS, “The state of the world’s midwifery 2014: A universal pathway. A woman’s right to health” (O estado da obstetrícia no mundo 2014: Um caminho universal. O direito da mulher à saúde), p.108.

⁶⁰ Ver o Capítulo VI para uma discussão mais aprofundada.

⁶¹ “Report of the Secretary-General on developments in Guinea-Bissau and the activities of the United Nations Integrated Peacebuilding Office in Guinea-Bissau” (Relatório do Secretário-Geral sobre a evolução da Guiné-Bissau e as atividades do Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau), S/2017/111, 7 de Fevereiro de 2017; e “Report of the Secretary-General on the progress made with regard to the stabilization and restoration of constitutional order in Guinea-Bissau” (Relatório do Secretário-Geral sobre os progressos realizados no que respeita à estabilização e restauração da ordem constitucional na Guiné-Bissau), S/2016/720, 16 de Agosto de 2016.

profissionais de saúde incorrem em despesas significativas para pagar a renda nas regiões devido à má qualidade da habitação fornecida pelo governo nas infraestruturas de saúde.

63. Estas condições têm conduzido o pessoal médico a periodicamente declarar greve, levando, em alguns casos, a tal redução de disponibilidade de serviços de saúde que resultou em violações dos direitos à vida e à saúde. Por exemplo, entre Março e Maio de 2016, os profissionais de saúde entraram em greve exigindo aumento salarial, pagamento de salários atrasados, melhores condições de trabalho, e inclusão de novos diplomados na folha de pagamento do MINSAP. Durante a greve, os profissionais de saúde não providenciaram serviços mínimos que garantissem o fornecimento adequado de cuidados médicos de emergência. Consequentemente, relata-se que um total de 24 pacientes morreu; 14 no hospital nacional, e 10 pacientes internados no hospital militar, o qual não estava em greve, mas estava sobrecarregado e incapaz de lidar com a procura.⁶² Neste caso, a incapacidade tanto do Estado como dos prestadores de serviços de saúde para disponibilizar serviços adequados violou diretamente os direitos individuais à vida e à saúde.

64. Finalmente, a falta de disponibilidade de serviços de saúde muitas vezes resulta de uma combinação de falta de profissionais e bens de saúde. Por exemplo, não há serviços de patologia anatómica na Guiné-Bissau, devido tanto à falta de patologistas treinados como de equipamentos necessários. Qualquer diagnóstico de cancro tem de recorrer à análise de biópsia em Portugal. Por razões semelhantes, diálise, cardiologia interventiva, quimioterapia e radioterapia não se encontram disponíveis na Guiné-Bissau.

B. Acessibilidade

65. As instalações, bens e serviços de saúde têm que estar acessíveis a todos e todas, sem discriminação, dentro da jurisdição do Estado Parte. A acessibilidade tem quatro dimensões simultâneas: a não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade económica (viabilidade) e a acessibilidade da informação.⁶³

I. Não discriminação

66. Encorajadoramente, parece não haver qualquer padrão claro de discriminação evidente, *de jure* com base na etnia na Guiné-Bissau, relativamente ao acesso a bens, serviços e instalações de saúde. As disparidades étnicas na mortalidade, onde existem, parecem ser em função da localização.⁶⁴ No entanto, a discriminação baseada no género continua a ser um problema significativo. O fardo desproporcional de doenças suportado por mulheres em idade fértil, juntamente com suas necessidades específicas de acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, significa que elas têm uma exposição muito maior ao sistema de saúde. Suas necessidades merecem atenção extra e concentração de esforços por parte do Estado.

67. Uma abordagem baseada nos direitos humanos requer uma atenção especial a pessoas em situação de vulnerabilidade. Além disso, mulheres que buscam o aborto tendem a sofrer discriminação múltipla com relação ao acesso a serviços de saúde em razão dos níveis de pobreza endémica no país.⁶⁵ Embora a lei nacional não criminalize o aborto desde que seja feito em instalações médicas por profissional habilitado e com o consentimento da mulher

⁶² De acordo com informações fornecidas pelo diretor do Hospital Simão Mendes e o Diretor Clínico do Hospital Militar durante uma visita de monitorização conduzida pelo UNIOGBIS durante a greve mencionada (veja abaixo para mais informações).

⁶³ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 12b.

⁶⁴ Ver, por exemplo, Maram Mane et al, “Trends and determinants of mortality in women of reproductive age in rural Guinea-Bissau, West Africa – a cohort study” (Tendências e determinantes de mortalidade em mulheres em idade reprodutiva na zona rural de Guiné-Bissau, na África Ocidental - um estudo de corte), *BMC Women’s Health* (Saúde da Mulher da BMC), vol. 13, No. 48, Dezembro de 2013.

⁶⁵ Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, “General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health” (Comentário Geral No. 22(2016) sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva), E/C.12/GC/22, 2 de Maio de 2016, §§ 30, 34 and 45.

grávida,⁶⁶ atores destacaram que o maior desafio para o acesso das mulheres ao aborto seguro são as taxas cobradas por profissionais de saúde. Como não têm condições de pagar pelo serviço, uma proporção significativa de mulheres tende a recorrer a abortos realizados por indivíduos não qualificados e fora de instalações de saúde, arriscando a sua vida e a sua saúde, assim como arriscando serem criminalizadas e expostas a situações de múltipla discriminação de género.

2. A Acessibilidade Económica

68. A acessibilidade económica é talvez o problema mais urgente no âmbito do sistema nacional de saúde. A grande maioria dos pacientes e suas famílias não têm os meios financeiros para pagar bens, serviços e instalações de cuidados de saúde. Tanto nas instalações públicas como nas privadas, os pagamentos diretos são extremamente elevados. Em 2012, estimava-se que a despesa privada das famílias constituía 43 por cento dos gastos com saúde na Guiné-Bissau.⁶⁷ O pagamento de elevadas taxas pela prestação de serviços de saúde conduz inevitavelmente as famílias a uma situação financeira difícil, esgotando as suas poupanças ou bens valiosos, podendo conduzir à assunção de dívidas avultadas ou mesmo à falência. De acordo com uma Análise do Sector da Saúde feita pelo Banco Mundial em 2016, a Guiné-Bissau tem a taxa mais elevada de pagamentos diretos na África Ocidental.⁶⁸

69. A principal causa desta alta incidência de pagamentos diretos é a falta de financiamento do governo a bens, instalações e serviços de saúde. Apenas 5,18 por cento do orçamento nacional é alocado para cuidados de saúde, e a maior parte dessa dotação é gasta nos salários dos funcionários públicos. Dada a inexistência de fundos no orçamento da saúde remanescente suficientes para o pagamento de bens e instalações de cuidados de saúde depois de pagos os salários, os pacientes são obrigados a fazer pagamentos diretos para financiar o funcionamento do sistema de saúde. A dotação orçamental do Estado para a saúde também é insuficiente para empregar todos os profissionais de saúde do país, e portanto uma parte desses profissionais trabalha no sector privado. Os pacientes não recebem qualquer co-participação ou reembolso pelo pagamento destes serviços. A tarifa média de uma consulta na Guiné-Bissau é de 750 FCFA (aproximadamente 1,10 USD).

70. Os medicamentos adquiridos através do CECOME são vendidos nos serviços públicos, com uma modesta margem de lucro. Por exemplo, a amoxicilina genérica custa cerca de 700 FCFA, quando comprada através de um hospital. Se forem necessários cuidados complexos, os custos aumentam. Atualmente, no Hospital Simão Mendes, exames de sangue para diagnóstico custam entre 1.000 e 3.000 FCFA cada. Uma transfusão de sangue pode custar de 25.000 a 35.000 FCFA, apesar de as doações de sangue serem ostensivamente gratuitas. O oxigénio custa normalmente 25.000 FCFA. Quando os pacientes ou as suas famílias não podem pagar essas taxas, eles ou renunciam aos cuidados de saúde ou, em alguns casos, recebem apoio financeiro de organizações não-governamentais.

71. Medidas estão sendo tomadas para remediar o fardo dos pagamentos diretos para a população. Por exemplo, como parte dos esforços para reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, que são extremamente altas, o Governo fez uma parceria com as Nações Unidas e a União Europeia para prestar serviços gratuitos a mulheres grávidas e

⁶⁶ O Artigo 112º do Código Penal (Decreto-Lei No. 4/93, in *Suplemento ao B.O.* No. 41, 13 de Outubro de 1993, prevê que: “1. Quem provocar aborto em mulher grávida contra ou sem consentimento, se for possível obtê-lo, é punido com pena de prisão de três a dez anos. 2. Quem efectuar aborto fora das instalações clínicas, adequadas ou sem que para tal se encontre profissionalmente habilitado, é punido com pena de prisão de dois a seis anos, independentemente do resultado. 3. A mulher grávida que consentir ao aborto nas condições descritas no número anterior é aplicada a pena de prisão aí referida, especialmente atenuada se a conduta tiver por objetivo ocultar a desonra.” Ver também Artigo 16, nº 3, da Lei No. 11/2010 sobre a Saúde Reprodutiva e o Planeamento Familiar (em *B.O.* No. 39, 29 de Setembro de 2010), o qual estipula: “A interrupção voluntária da gravidez é autorizada nos termos da lei sobre o aborto”. O Artigo 17 dessa mesma lei estipula: “O governo e as organizações não-governamentais vocacionadas comprometem-se a trabalhar a favor da saúde da mulher e a tratar as consequências dos abortos clandestinos nas instalações inapropriadas como um problema maior de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto alargando e melhorando os serviços de aconselhamento, de educação e de planificação familiar. 2. Em todos os casos, as mulheres gozam do direito de acesso aos serviços de qualidade para remediar a complicações decorrentes do aborto.”

⁶⁷ OMS, Atlas das Despesas Globais com Saúde (ver nota de rodapé 38 acima), p. 33.

⁶⁸ Índices de Desenvolvimento do Banco Mundial, Abril de 2016.

crianças menores de cinco anos de idade. Até o momento, as reações a essa política têm sido positivas, mas algumas dificuldades continuam a existir e a impedir o acesso.⁶⁹

72. O governo de 2014 instituiu serviços médicos e medicamentos gratuitos para crianças, mulheres grávidas e idosos. A pedido de instituições doadoras e das Nações Unidas, em 25 de Maio de 2015, o MINSAP instituiu o diagnóstico e tratamento gratuito da malária para todos.

3. Acessibilidade Física

73. A acessibilidade física às instalações de saúde é afetada pela distância, pobreza e falta generalizada de transporte. Muitos postos de saúde ficam a distância significativa da população que eles atendem. Durante a visita de monitorização e avaliação dos direitos humanos realizada em 2016, UNIOGBIS foi informado de que 52 por cento da população tem de percorrer mais de uma hora para alcançar as instalações de saúde mais próximas, as quais são geralmente instalações de saúde do “Tipo C”, que fornecem apenas as mais básicas intervenções médicas. A distância física das instalações de saúde do “Tipo A” também continua a ser um problema significativo, juntamente com a inacessibilidade económica. No caso de os doentes necessitarem de uma evacuação para Bissau a partir de estabelecimentos de saúde regionais, o transporte disponível é inconsistente. Quando ambulâncias estão disponíveis, os pacientes são obrigados a pagar pelo combustível, que pode ser proibitivamente caro para a maioria das famílias. Por exemplo, a evacuação por ambulância de Cacine (Tombali) para Bissau custa cerca de 75.000 FCFA - um pouco mais do que o dobro do salário mínimo no país. Através do Programa Integrado da União Europeia para a Saúde Materna e Infantil (conhecido como “PIMI”), são financiadas as evacuações médicas para mulheres grávidas.

74. Além disso, há uma variação inter-regional significativa na distância média que um paciente precisa percorrer para aceder a essas instalações. Por exemplo, a distância média que um habitante da região administrativa de Bissau tem de percorrer para garantir os cuidados pré-natais é de 2,1 quilómetros, enquanto em Gabú essa distância é de 5,2 quilómetros, e em Quínara 10,8 quilómetros.⁷⁰ Há dados mínimos sobre a variação interétnica em termos de acessibilidade física.

75. Algumas organizações não-governamentais e de caridade financiam evacuações. Por exemplo, no Hospital Tite de Quínara, as evacuações para Bissau por barco são financiadas pela missão católica da região a um custo de 50.000 FCFA. Contudo, a sustentabilidade desse apoio é questionável. Os mais graves problemas de acesso físico são sofridos por moradores da região das ilhas Bijagós, onde, devido à falta de transporte marítimo, os pacientes são muitas vezes obrigados a esperar vários dias para serem evacuados para o continente. O custo das evacuações marítimas pode exceder 100.000 FCFA, dependendo da localidade.

4. Acessibilidade da Informação

76. A acessibilidade das informações sobre saúde é dificultada devido às extraordinárias taxas de analfabetismo (ver secção II B). Têm sido feitas tentativas significativas para superar isso através do uso generalizado de programas de rádio para informar as pessoas sobre mensagens-chave de saúde pública. O papel de agentes comunitários de saúde também tem sido vital no aumento do acesso a informações e resultou comprovadamente na melhoria de conhecimentos de saúde no seio da população. Por exemplo, as taxas de vacinação e de presença em cuidados pré-natais melhoraram em áreas onde os agentes comunitários de saúde têm atuado.

C. Aceitabilidade

77. Todas as instalações, bens e serviços de saúde devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, ou seja, respeitar a cultura de indivíduos, minorias, povos e comunidades, sensíveis às exigências de género e do ciclo de vida.⁷¹ Nesse sentido, como regra geral, os bens, serviços e instalações de saúde na Guiné-Bissau são aceitáveis para

⁶⁹ Ver capítulo IV deste relatório.

⁷⁰ Carlos Sangreman, *Observando Direitos na Guiné-Bissau* (ver nota de rodapé 57 acima), p. 67.

⁷¹ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 12c.

a população. No entanto, a prestação de informações e serviços de planeamento familiar à comunidade islâmica, que representa cerca de 50 por cento da população, provou ser um desafio devido às práticas culturais e às barreiras linguísticas. Embora metade das meninas e mulheres em todo o país tenha sofrido mutilação genital feminina, a prática é “quase universal” entre os muçulmanos⁷². Atividades para diminuir a taxa de mutilação genital feminina dentro dessa comunidade ainda estão para produzir os resultados esperados.

D. Qualidade

78. As instalações, os bens e os serviços de saúde devem ser cientificamente e medicamente apropriados e de boa qualidade (pessoal médico qualificado, medicamentos e equipamento hospitalar cientificamente aprovados e não expirados, água potável segura e saneamento adequado)⁷³. A má qualidade dos serviços de saúde, mesmo quando disponíveis e acessíveis, pode ter um impacto negativo significativo na morbilidade e mortalidade.

79. A questão mais difícil que a Guiné-Bissau enfrenta no que se refere à qualidade diz respeito à prestação de serviços, para além das questões anteriormente mencionadas referentes aos recursos humanos no sector da saúde. Os indicadores de que a qualidade dos cuidados de saúde tem sido historicamente inadequados provêm de uma pesquisa realizada em Bissau, onde se observaram taxas de mortalidade elevadas entre as crianças apesar da disponibilidade relativamente elevada de serviços e um bom comportamento de procura de cuidados de saúde pelos pais e cuidadores. Desde 1997, há indícios de que as práticas melhoraram. Porém, muitos desafios permanecem na qualidade da prestação de cuidados de saúde, traduzidos, entre outros, pela alta taxa de mortalidade neonatal que não diminuiu substancialmente ao longo do tempo.

80. Deve igualmente prestar-se atenção a uma “fuga de cérebros” significativa dos profissionais de saúde, uma vez que o custo da formação dos agentes de saúde que eventualmente vão trabalhar no estrangeiro (particularmente em outros países lusófonos) é suportado pela Guiné-Bissau e pelos doadores, e nunca efetivamente reembolsado pelos países “receptores”. Essa situação cria um défice profissional e priva a população da Guiné-Bissau de cuidados de qualidade.

81. As principais áreas de preocupação referem-se a (1) dados para informar o planeamento, (2) educação em saúde, e (3) prática de cuidados de saúde e limitações de conhecimento e capacidade.

1. Dados para Informar o Planeamento

82. Até recentemente, a capacidade de recolha generalizada de dados desagregados de alta qualidade na Guiné-Bissau era limitada, o que impediu a produção de políticas baseadas em evidências.⁷⁴ No passado, a pesquisa de elevada qualidade, embora frequentemente em pequena escala, era predominantemente realizada pelo Projeto de Saúde Bandim, financiado pelo Governo Dinamarquês com o apoio técnico da Universidade de Copenhaga, bem como pelo Laboratório Nacional de Saúde Pública, o Departamento de Epidemiologia e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP).⁷⁵

83. É encorajador que o quinto Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS) tenha sido conduzido pelo Ministério da Economia e Finanças, em conjunto com o UNICEF. O mais recente foi produzido em 2014, e os aumentos significativos na qualidade dos dados recolhidos foram observados desde o primeiro MICS em 1995.

84. Desde a criação do INASA e a aprovação pelo Governo de uma estratégia estatística nacional em 2015, há sinais de que a capacidade do país para recolher dados de qualidade está a melhorar. Além disso, o reforço das capacidades através de parcerias entre pesquisadores internacionais e locais levou à exploração de tópicos de

⁷² UNICEF, “Guinea-Bissau: Statistical Profile on Female Genital Mutilation” (Guiné-Bissau: Perfil Estatístico sobre a Mutilação Genital Feminina), Bissau, Dezembro de 2013.

⁷³ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 12d.

⁷⁴ Fundo das Nações Unidas para a População, “Country programme document for Guinea-Bissau” (Documento do programa de país para a Guiné-Bissau), DP/FPA/CPD/GNB/6, 30 de Junho de 2015, § 6.

⁷⁵ OMS, “World Health Report 2013” (Relatório sobre a Saúde no Mundo 2013), Genebra, 2013.

investigação estreitamente relacionados com a formulação de políticas nacionais, por exemplo, em torno dos salários dos trabalhadores da saúde ou da qualidade dos cuidados, refletindo o importante princípio dos direitos humanos de participação.⁷⁶ Espera-se que o aumento da capacidade do INASA conduza a uma expansão da pesquisa no país, com o apoio de parceiros internacionais.

85. Os principais desafios ainda enfrentados pela Guiné-Bissau em relação à recolha de dados são o número limitado de pesquisadores qualificados e a dependência excessiva da ajuda externa.⁷⁷ Além disso, há poucos dados recolhidos sobre vários tópicos de interesse emergente, incluindo as doenças não transmissíveis, dado o esmagador foco nas doenças transmissíveis e mortalidade materna como fatores-chave de morbilidade e mortalidade até o momento.

2. Educação em Saúde

86. A formação dos profissionais de saúde na Guiné-Bissau baseou-se principalmente na cooperação do Governo de Cuba, sobretudo através do ensino médico em espanhol na Faculdade de Medicina de Raul Dias Arguelles. O currículo médico profissional no ensino superior inclui bioética, mas nenhum conteúdo formal de direitos humanos é incluído ou ensinado.

87. No âmbito do direito à saúde, os profissionais de saúde são, simultaneamente, titulares de direitos e obrigações. É, pois, essencial sensibilizá-los acerca dos direitos humanos. As más condições de trabalho e a inadequada compensação financeira estão entre os fatores complexos e inter-relacionados que afetam negativamente o cumprimento das normas de direitos humanos, assim como a falta de formação específica em direitos humanos. Para os profissionais de saúde serem capazes de proteger o direito à saúde de seus pacientes e, ao mesmo tempo, serem conhecedores dos seus próprios direitos humanos,⁷⁸ a formação em direitos humanos deve ser integrada nos currículos de todos os profissionais de saúde.

88. Atores observaram que, quando a cooperação com o Governo de Cuba começou, foi possível aumentar significativamente o financiamento do Governo de Cuba para o ensino, e vários especialistas médicos foram rotineiramente levados para a Guiné-Bissau para esse propósito. Porém, estudantes de medicina informaram UNIOGBIS que eles são ensinados por um pequeno número de médicos, e que o conteúdo principal em áreas como pediatria e obstetrícia não é regularmente transmitido por especialistas. Além disso, alguns atores observaram que é desafiador acompanhar cursos ensinados em espanhol. Também foi destacado que os alunos recebem livros didáticos em formato de e-book, o que não é prático para muitos que não têm computadores ou têm acesso limitado a eletricidade. Isso é agravado pelo facto de que apenas dois dos quatro locais clínicos da escola de medicina nacional têm computadores para uso do aluno.

89. A formação *ad hoc* é geralmente conduzida no local quando novos equipamentos ou produtos são entregues às instituições de saúde. No entanto, não há supervisão sistemática da formação médica contínua para profissionais de saúde e nenhum programa ou política sobre formação clínica contínua.⁷⁹ Atores relataram que, quando são realizadas sessões de formação *ad hoc*, os profissionais de saúde geralmente não compareciam sem pagamento de subsídio, o que foi descrito como um problema comum em todo o serviço público. Foi destacado para o UNIOGBIS que a percepção errada da formação formal como um direito a receber uma soma pecuniária por alguns parece ter minado o conceito de formação continuada como parte essencial da responsabilidade profissional. Além disso, não há cursos oficiais de formação de especialidade acreditados no país e falta pessoal especializado para supervisionar e conduzir formação no

⁷⁶ Maarten O Kok et al, “The emergence and current performance of a health research system: lessons from Guinea Bissau” (O surgimento e desempenho atual de um sistema de pesquisa em saúde: lições da Guiné-Bissau), *Health Research Policy and Systems*, vol. 10, Nº 5, Fevereiro de 2012.

⁷⁷ Relatório sobre a Saúde no Mundo 2013 (ver nota de rodapé 75 acima), p. 101.

⁷⁸ A/60/348 (ver nota de rodapé 44 acima).

⁷⁹ Formação contínua em cuidados de saúde após a graduação para médicos, enfermeiros e administradores de cuidados de saúde.

trabalho para profissionais médicos juniores através do modelo de aprendizagem frequentemente utilizado no curso de medicina.

90. Algumas iniciativas têm sido empreendidas para aumentar a qualificação de certos profissionais para realizar tarefas especializadas. Por exemplo, em 2008, o Diretor do Hospital de Catio, na região de Tombali, fez uma formação de um mês em Bissau com obstetras formadas no exterior, a fim de poder realizar cesarianas. Em conjunto com uma enfermeira treinada para administrar anestesia básica, esta intervenção permitiu ao Hospital de Catio aumentar significativamente sua capacidade de oferecer atendimento de qualidade. Diversos médicos de família em todo o país receberam uma formação semelhante, o que levou a uma melhoria considerável do acesso a cuidados obstétricos de emergência. Do mesmo modo, o UNFPA trouxe especialistas estrangeiros em cirurgia urológica para a Guiné-Bissau para executar programas de formação que reforçam conhecimento dos médicos locais em cirurgia para o tratamento da fístula obstétrica, uma condição debilitante causada principalmente pela baixa qualidade de atendimento ou cuidados obstétricos de emergência. Desenvolver e implementar um programa ou política de formação clínica contínua vai ajudar a reproduzir boas iniciativas em todo o país, que de outra forma podem ficar isoladas.

3. Prática de Cuidados de Saúde e Limitações dos Conhecimentos e Capacidades

91. Os cuidados de qualidade são prestados através de parcerias entre o MINSAP e organizações de caridade ou privadas, como o Hospital Cumura e o Hospital Quinhamel, respectivamente, administrados pelas Igrejas Católica e Evangélica.⁸⁰ No entanto, a sustentabilidade a longo prazo destas operações não é garantida, dada a sua dependência de fundos provenientes de entidades doadoras assim como da administração por pessoal não-governamental.

92. Deve-se notar que, embora muitos profissionais de saúde dedicados conseguem tratar as pessoas apesar dos enormes obstáculos, vários fatores parecem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Por exemplo, a combinação de ausência de residência em áreas remotas e da falta de especialidade e formação contínua, assim como a falta de sólido grau de instrução entre os profissionais de saúde, limita a capacidade de muitos profissionais de proporcionar atendimento de alta qualidade. Isso é exacerbado, às vezes, pela falta de supervisão dos profissionais médicos e pelo uso inadequado de recursos já limitados. Por exemplo, vários atores informaram o UNIOGBIS que presenciaram o uso de múltiplos antibióticos em condições onde um ou dois bastariam, a prescrição frequente de medicamentos de marca onde os genéricos seriam igualmente eficazes, e a realização desnecessária de análises de sangue. Esses comportamentos são comuns em ambientes onde há falta de confiança ou falhas de conhecimento nos quadros de saúde.

93. A falta de profissionais de saúde devidamente qualificados no país poderia ser superada através de capacitação para permitir que os profissionais médicos façam escolhas de tratamentos adequados dentro dos recursos disponíveis, geralmente através da supervisão direta por pessoal sénior e de formação no local de trabalho, usando um modelo de aprendizagem. Um teste clínico randomizado realizado no Hospital Simão Mendes, há dez anos, demonstrou que uma formação no uso de diretrizes padronizadas, juntamente com a monitorização do cumprimento e pagamento de pequenos incentivos financeiros, reduziu a mortalidade infantil por malária em 50 por cento.⁸¹ Este teste foi iniciado após o fornecimento gratuito de kits de medicamentos para o tratamento de emergência de malária grave e complicada não ter levado a uma redução significativa da mortalidade. Este exemplo mostra que o aumento da disponibilidade e acessibilidade dos bens e serviços de saúde pode não levar a melhores resultados sem aumentos significativos correspondentes na qualidade da prestação de serviços. Porém, demonstra que tais sucessos são possíveis na Guiné-Bissau.

⁸⁰ PNDS II (ver nota de rodapé 11 acima).

⁸¹ Sidu Biai et al, "Reduced in-hospital mortality after improved management of children under 5 years admitted to hospital with malaria: randomised trial" (Redução da mortalidade hospitalar após a melhoria da gestão de crianças menores de 5 anos admitidos em hospitais com malária: ensaio randomizado), *British Medical Journal*, vol. 337, Setembro de 2007.

94. Quando os profissionais de saúde prestam, sem saber, cuidados de baixa qualidade, devido a circunstâncias alheias ao seu controle, incluindo falta de equipamento ou de capacidade, isso não se traduz necessariamente em violações do direito à saúde. No entanto, para cumprir com suas obrigações de promover e proteger o direito à saúde, o Estado deve tomar medidas para tratar de questões de qualidade sistêmica⁸² e evitar que profissionais ajam deliberadamente contra os interesses dos pacientes e possam violar seus direitos.

V. Estrutura de Prestação de Contas

95. A prestação de contas compele o Estado a explicar o que está fazendo e porquê, e como está progredindo tão rápida e eficazmente quanto possível para a realização do direito de todos e todas à saúde.⁸³ Também compele o Estado a tomar as medidas adequadas para garantir que o sector privado e a sociedade civil estejam cientes do direito à saúde, e levem em consideração a importância desse direito, no exercício do seu trabalho.⁸⁴

96. O direito internacional dos direitos humanos não prescreve uma fórmula para os mecanismos internos de responsabilização e reparação, de modo que o direito à saúde pode ser realizado e monitorizado por meio de vários mecanismos. Entretanto, no mínimo, todos os mecanismos de responsabilização devem ser acessíveis, transparentes e eficazes.

97. Na Guiné-Bissau, o MINSAP reconheceu a “impunidade generalizada a todos os níveis” do sistema nacional de saúde, observando que mesmo quando os gestores tentam impor padrões técnicos e financeiros, eles enfrentam uma falta de apoio e inevitavelmente ficam frustrados e desmotivados.⁸⁵ Além disso, parece haver um grande déficit de mecanismos de responsabilização no sector da saúde, pois atores ressaltaram não haver um mecanismo judicial, ou de outra natureza, eficaz para resolver queixas de violações do direito à saúde já que, para a maioria da população, não é possível aceder ao sistema judicial formal.⁸⁶ Embora haja uma lei sobre negligência médica, não há registo de casos que tenham sido iniciados com base nessa lei. Isso ilustra o grande déficit de mecanismos de responsabilização no sector da saúde.

98. Os pacientes têm opções muito limitadas para reivindicar seus direitos se eles não têm acesso a cuidados devido à disponibilidade inadequada de serviços, ou não têm os recursos financeiros necessários para pagar os bens e serviços de saúde. Em casos de negligência ou cuidados médicos aquém do padrão, os pacientes têm geralmente somente a opção de fazer uma queixa através do estabelecimento de saúde, quando tais mecanismos de queixa existem. Esses mecanismos foram estabelecidos no Hospital Simão Mendes e no Hospital Nacional Militar. Porém, não existe uma carta de direitos dos pacientes em nenhum desses hospitais que defina claramente as liberdades e os direitos dos pacientes. Embora mecanismos de queixas existam em alguns hospitais regionais, com frequência estes não têm uma carta de direitos dos pacientes.

99. É encorajador que um novo e formal mecanismo de reclamações esteja sendo estabelecido no Hospital Simão Mendes, que será gerido pelo Ministério da Justiça, com supervisão do Procurador-Geral. Contudo, falta clareza com relação a: qual o estatuto jurídico desta instituição (isto é, judicial, quase judicial ou de outra natureza), que

⁸² Jonathan Cohen e Tamar Ezar, “Human rights in patient care: A theoretical and practical framework” (Os direitos humanos na assistência ao paciente: um quadro teórico e prático), *Health and Human Rights Journal*, vol. 15, nº 2, Dezembro de 2013.

⁸³ “Implementation of General Assembly Resolution 60/251 of 15 March 2006 Entitled ‘Human Rights Council’: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt” (Implementação da Resolução 60/251 da Assembleia Geral, de 15 de Março de 2006, intitulada “Conselho dos Direitos Humanos”: Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental, Paul Hunt), A/HRC/4/28, 17 de Janeiro de 2007, §§ 46 e 87.

⁸⁴ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 55.

⁸⁵ PNDS II (ver nota de rodapé 11 acima), p. 38.

⁸⁶ “Report of the Special Rapporteur on the independence of judges and lawyers on her mission to Guinea-Bissau” (Relatório do Relator Especial sobre a independência dos juízes e advogados quanto à sua missão na Guiné-Bissau), A/HRC/32/34/Add.1, 4 de Abril de 2016.

procedimentos serão seguidos (por exemplo, procedimentos formais, legais/probatórios, com advogados), e se/quais recursos estarão disponíveis aos autores da queixa. Além disso, não está claro se os pacientes dos hospitais regionais ou postos de saúde locais terão acesso formal ou efetivo ao mecanismo de reclamações estabelecido pelo Hospital Simão Mendes. O MINSAP, em conjunto com o Ministério da Justiça, deveria assegurar a que todos os cidadãos disponham de um mecanismo de queixas, e que o estatuto jurídico desse mecanismo, os cursos de ação que os autores da queixa possam utilizar, e os recursos disponíveis sejam claramente definidos.

100. Além da supervisão governamental, existem alguns mecanismos através dos quais os profissionais médicos podem ser responsabilizados por má conduta. Entretanto, as associações profissionais de médicos e enfermeiros na Guiné-Bissau têm poderes muito limitados para regular as atividades dos seus membros. Além disso, atualmente não existem organizações de direitos dos pacientes e, até ao momento, nenhuma organização de direitos humanos se focou especificamente em violações ao direito à saúde, embora os médicos estejam cada vez mais ativos na sociedade civil. Por exemplo, o sindicato de médicos, AGUIME, está a tentar melhorar o défice de prestação de contas do governo, pressionando por nomeações transparentes, e baseadas no mérito, de administradores de saúde seniores. Isso ilustra a necessidade de a sociedade civil ter uma voz mais forte sobre o direito à saúde, e de argumentar a favor da ratificação do Protocolo Facultativo sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais.

VI. Questões relacionadas à saúde em foco

101. Os temas mais preocupantes que impactam a realização do direito à saúde no país incluem a mortalidade materna e infantil, os direitos sexuais e reprodutivos, VIH/SIDA, tuberculose, malária, saúde mental e o acesso a medicamentos.

A. Mortalidade Materna e Infantil⁸⁷

102. Apesar de a igualdade entre homens e mulheres estar garantida no Artigo 25º da Constituição, as mulheres têm frequentemente piores resultados em matéria de saúde do que os homens, em particular as mulheres grávidas. A taxa de mortalidade materna entre 2007 e 2014 era de 900 mortes por 100.000 nados-vivos, entre as piores do mundo.⁸⁸ Em 2015, a taxa de mortalidade materna era de 549 mortes por 100.000 nados-vivos.⁸⁹ A principal causa de morte materna devido a complicações obstétricas é a hemorragia, responsável por mais de 40 por cento das mortes obstétricas, com outras causas incluindo infecções pós-parto, distocia, doenças hipertensivas da gravidez e complicações de abortos.⁹⁰ A Guiné-Bissau está entre os países do mundo com os piores resultados em matéria de saúde materna.

103. De acordo com o relatório MICS 5 para a Guiné-Bissau, apenas 45 por cento dos nascimentos foram assistidos por profissionais qualificados em 2013 e 2014.⁹¹ Em 2016, a taxa de mortalidade infantil era de 60,3 por 1.000 nados-

⁸⁷ Para mais informações, ver a série de Guias de Reflexão preparados pelo ACNUDH, UNFPA, OMS, a Parceria para a Saúde Materna, do Neonato e da Criança, e o FXB Centro para a Saúde e os Direitos Humanos da Universidade de Harvard; os quais prestam informações a diferentes atores quanto à aplicação de uma abordagem da saúde materna e infantil com base em direitos, disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx> (último acesso em 29 de Março de 2017). Ver também os documentos de orientação técnica preparados pelo ACNUDH sobre “Mortalidade e Morbilidade Evitáveis e os Direitos Humanos”, disponível em <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx> (último acesso em 29 de Março de 2017), e “Mortalidade entre Crianças Menores de Cinco Anos de Idade como uma Questão de Direitos Humanos”, disponível em <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/StudyMortalityAmongChildren.pdf> (último acesso em 29 de Março de 2017).

⁸⁸ MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 2; e Dados do Banco Mundial, disponíveis em <http://data.worldbank.org/> (último acesso em 26 de Março de 2017).

⁸⁹ Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 216.

⁹⁰ MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 2; and Dados do Banco Mundial (ver nota de rodapé 88 acima).

⁹¹ MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 10.

vivos, e a taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade era de 92,5 por 1.000 nados-vivos.⁹² As principais causas do falecimento de crianças com menos de cinco anos são as doenças transmissíveis, particularmente a malária, as doenças diarreicas e as respiratórias. Dos óbitos de menores de cinco anos, muitos são de crianças no primeiro mês de vida: a taxa de mortalidade neonatal era de 36 óbitos por 1.000 nados-vivos entre 2010 e 2014 segundo o MICS 5 para a Guiné-Bissau, e de 39,7 óbitos por 1.000 nados-vivos em 2015 segundo o Banco Mundial.⁹³

104. Há que progredir mais quanto à mortalidade neonatal, dada a sua enorme contribuição para o número total de mortes de crianças. Parte da solução reside em garantir a apresentação de mulheres ao parto com profissionais qualificados mais cedo, uma vez que os atrasos no comparecimento a instalações aumentam significativamente o risco para o recém-nascido e a mãe. No entanto, também são necessários melhores cuidados pediátricos neonatais. Com o apoio do UNICEF, em 2016, o Governo elaborou um plano abrangente como parte da plataforma do Plano de Ação para Todo Recém-nascido (ENAP) para combater a mortalidade neonatal. Em vista da fragilidade geral do sistema, incluindo a falta de especialidade pediátrica,⁹⁴ especialmente em serviços neonatais, tal plano e plataforma necessitarão de um apoio significativo dos doadores.

105. Quatro intervenções fundamentais foram reconhecidas como necessárias para reduzir a mortalidade materna e/ou infantil no ponto de atendimento, todas elas disponíveis de forma inconsistente: planeamento familiar, parto assistido por profissional qualificado, redes de referência eficazes, e cuidados obstétricos de emergência. Um progresso significativo foi alcançado por meio de vacinação, assim como recolha de dados e outras intervenções para melhorar a mortalidade materna e os cuidados pré-natais, incluindo o uso de agentes comunitários de saúde. No entanto, os esforços deveriam ser reforçados para abordar os fatores-chave das mortes maternas e infantis no país, que são: (1) a disponibilidade insuficiente de profissionais qualificados para assistirem os partos, levando a cuidados de má qualidade; (2) a insuficiente acessibilidade de bens, serviços e instalações essenciais de saúde (inclusive bens essenciais para se salvar vidas); e (3) normas culturais que desencorajam as mulheres de irem aos centros de saúde para serem assistidas no parto.

1. *Vacinação*

106. Apesar da instabilidade política em curso, as campanhas generalizadas de vacinação revelaram-se eficazes na luta contra a mortalidade infantil na última década. A cooperação entre o MINSAP e os principais doadores e/ou programas, incluindo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a GAVI e a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com organizações não-governamentais chaves e outros atores, contribuiu para elevar as taxas de cobertura de vacinação para mais de 80 por cento. As vacinações contra rotavírus e pneumococos foram recentemente introduzidas no esquema de vacinação de rotina; um desenvolvimento bem-vindo, dado o peso das doenças respiratórias e diarreicas no país entre as crianças. No primeiro trimestre de 2017, o MINSAP, com o apoio do UNICEF, iniciará um estudo de equidade sobre a vacinação, para identificar entraves ao programa e partes da população que não foram cobertas.

107. De acordo com o UNICEF, embora as campanhas de vacinação venham frequentemente atingindo altas taxas de cobertura, a vacinação de rotina vem diminuindo nos últimos três anos: em 2016, não mais de 49,3 por cento das crianças haviam recebido todas as vacinas antes do seu primeiro aniversário. Mais recursos serão necessários para reverter esta tendência. Um dos desafios mais prementes para o futuro é a necessidade de reverter o atual paradigma dos programas de vacinação, para que deixem de ser dependentes de ajuda externa e passem a ser geridos pelo

⁹² Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 229. De acordo com o MICS 5 para a Guiné-Bissau (ver nota de rodapé 20 acima), de 2010 a 2014, a mortalidade infantil era de 55 e a mortalidade de crianças menores de cinco anos era de 89, por 1.000 nados-vivos (p. 2).

⁹³ MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 2; e Dados do Banco Mundial (ver nota de rodapé 88 acima).

⁹⁴ Ver MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima) para mais informações.

Governo, o qual deve assumir gradualmente as despesas de vacinação e sistematicamente incluí-las no orçamento público.

2. Programa de Saúde Comunitária

108. Verificou-se uma mudança no sentido de prestação de intervenções de base através de agentes comunitários de saúde e de serviços de proximidade para complementar um sistema de cuidados de saúde primário relativamente fraco. As avaliações iniciais sugeriram que a prestação pelo UNICEF de 16 práticas familiares essenciais por parte de agentes comunitários de saúde em nove regiões teve resultados positivos. Até Março de 2017, o programa continuou a crescer e 3.600 agentes comunitários de saúde, dos 4.500 que se planeava treinar, haviam sido treinados por meio da plataforma de Gestão Integrada de Casos na Comunidade (iCCM) e mantidos em serviço. Estas 16 práticas essenciais incluíram a promoção de uma boa nutrição infantil, o tratamento básico de doenças infecciosas como a diarreia, a malária e a pneumonia, e a higiene doméstica. No entanto, o impacto deste programa na mortalidade ainda não é conhecido.

109. Essas atividades baseadas na comunidade são importantes, particularmente no que se refere à sensibilização, mas precisam ser reforçadas para continuar a tendência decrescente da mortalidade infantil observada desde a década de 1990, com atividades adicionais para fortalecer simultaneamente as principais atividades do sistema de saúde como um todo. Será importante monitorizar cuidadosamente a eficácia dos vários programas de agentes comunitários de saúde em relação à sobrevivência da criança.

3. Melhorias nos Cuidados Pré-Natais e na Recolha de Dados Sobre a Mortalidade Materna

110. É encorajador que tanto o acesso como a qualidade dos cuidados pré-natais pareçam estar a melhorar. Entre 2010 e 2014, 92,4 por cento das mulheres compareceram a pelo menos uma consulta pré-natal, sendo que 64,9 por cento das mulheres compareceram a pelo menos quatro visitas.⁹⁵ Cerca de três quartos das consultas pré-natais incluíram intervenções-chave, como monitorização da pressão arterial e testes de sangue e de urina, indicando melhorias na qualidade dos cuidados prestados.⁹⁶

111. O aumento do atendimento nas consultas pré-natais também permite a deteção de gestações de alto risco, o que pode levar a transferência precoce para tratamento mais especializado ou atendimento na Casa das Mães, onde as mulheres de aldeias remotas podem permanecer dias antes do parto. O número de instalações que oferecem cuidados obstétricos básicos também está aumentando. Sete dos onze hospitais agora oferecem cuidados obstétricos e neonatais completos, e 95 por cento das instalações oferecem o pacote mínimo de cuidados obstétricos e neonatais, em comparação com apenas 75 por cento em 2008.⁹⁷ No entanto, parece que estas melhorias não tiveram um impacto significativo nas taxas de mortalidade materna. Uma das principais razões para isso parece ser a falta de acesso a cuidados de alta qualidade no momento do parto. Outros fatores de saúde pública, como o aumento do risco de hemorragia materna causada pela anemia por deficiência de ferro, são difíceis de quantificar devido à inadequada recolha de dados.

112. A recolha de dados sobre os óbitos maternos melhorou, com a implementação de um despacho do MINSAP de 16 de Março de 2015, exigindo a notificação obrigatória de mortes maternas ou de casos de “quase perdas” dentro de 24 horas de um evento sentinela. Vários profissionais de saúde receberam formação em relatórios, e todas as instalações estão agora aparentemente notificando as mortes maternas, mesmo que algumas dificuldades permaneçam. O despacho também criou comités nacionais e regionais de revisão de óbitos maternos. O país ainda deve desenvolver uma estratégia nacional detalhada ou diretrizes sobre a vigilância e resposta de óbitos maternos para implementar e reforçar o despacho.

⁹⁵ *Idem.*, p. 10.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ DP/FPA/CPD/GNB/6 (ver nota de rodapé 74 acima), § 8.

4. *Insuficiente Disponibilidade de Assistentes de Parto Qualificados, Levando a Cuidados de Má Qualidade*

113. Poucos nascimentos no país são atendidos por profissionais de saúde qualificados. Apenas 45 por cento das mulheres entre 15 e 49 anos com um nascimento vivo nos anos anteriores obtiveram assistência profissional com o parto.⁹⁸ A incapacidade de reduzir a taxa de mortalidade materna na Guiné-Bissau pode dever-se a uma qualidade de cuidados limitada, e ao número insuficiente de parteiras no país para responder à procura (atualmente, existem apenas 139 parteiras em todo o país). Embora diversos enfermeiros e auxiliares tenham sido treinados para prestarem cuidados obstétricos básicos, a qualidade dos cuidados prestados é altamente variável. Apesar dos esforços da Parceira Global de Saúde H6⁹⁹, muitos postos de saúde carecem de pessoal treinado em cuidados obstétricos.

114. Quando as mulheres procuram assistência durante o período do parto, os cuidados de qualidade insatisfatória que elas recebem geralmente levam a resultados inadequados. A qualidade insatisfatória dos cuidados disponíveis não parece resultar da falta de medicamentos obstétricos essenciais. Todos os hospitais visitados no decurso da preparação deste relatório, incluindo os que não receberam aviso prévio das visitas, dispunham de reservas suficientes dos treze bens essenciais para se salvar vidas especificados pela ONU para mulheres e crianças, fornecidos pelo UNFPA.

115. Em vez disso, a má qualidade provém, aparentemente, da falta de recursos humanos experientes descrita acima, juntamente com a disponibilidade muito limitada de cuidados obstétricos de emergência. As cesarianas estão agora disponíveis em sete regiões, mas os cuidados de emergência para outras complicações obstétricas e para lidar com complicações resultantes de aborto está apenas disponível em Bissau, dado que os únicos dois obstetras do país se encontram baseados ali. Estas limitações em disponibilizar cuidados obstétricos de emergência de alta qualidade são um fator-chave para a elevada taxa de mortalidade materna que se verifica no país.

5. *Insuficiente Acessibilidade aos Bens, Serviços e Instalações Essenciais de Cuidados de Saúde*

116. A acessibilidade económica foi melhorada pela política do Governo de prestar serviços gratuitos às mulheres grávidas. No entanto, problemas persistem. Muitos testes de diagnóstico, intervenções médicas e medicamentos não são financiados através do programa, o que cria incerteza e potencial vulnerabilidade para as mulheres que frequentam serviços de saúde. Por exemplo, a uma mulher grávida geralmente não será cobrada uma taxa de consulta, ou uma taxa para se submeter a um teste de diagnóstico rápido para o VIH ou a malária, mas elas podem ter que pagar por outros medicamentos, ou por fluídos intravenosos, o que pode desencorajá-la a buscar cuidados de saúde no futuro. Algumas mulheres também acabam pagando pelos serviços a que tecnicamente têm direito, seja por falta de conhecimento da política do Governo, seja por outras razões, como o poder de negociação inadequado.

117. A acessibilidade física também é dificultada por uma falta geral de transporte, juntamente com a limitada acessibilidade económica. O transporte intra-regional, entre tabancas (aldeias) e postos de saúde, ou hospitais regionais, é um enorme desafio em algumas regiões. Além de algumas ambulâncias, barcos regulares e motorizadas, o UNFPA forneceu 38 pequenas moto-ambulâncias para muitos centros de saúde em toda a Guiné-Bissau, mas estes veículos não podem circular em muitas estradas das áreas mais remotas do país, deixando muitas tabancas sem transporte. É encorajador que a construção de centros cirúrgicos esteja sendo planeada em Buba e na região de Bijagós pelo UNFPA, mas na ausência de especialistas adequados, a acessibilidade permanecerá limitada.

6. *Normas Culturais que Desencorajam as Mulheres a Comparecerem a Instalações de Saúde para o Parto*

118. Muitas mulheres têm uma forte preferência cultural pelo parto domiciliar, ou podem atrasar a procura de cuidados devido à pressão da comunidade e, em seguida, não conseguem aceder a um assistente de parto qualificado a

⁹⁸ MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 10.

⁹⁹ Ver § 61 acima.

tempo de terem um parto seguro. Mas isso não é verdade para todas as mulheres, e devem ser tomadas medidas para abordar as limitações de acessibilidade económica e física listadas acima para aquelas que desejem buscar cuidados.

119. É promissor que os agentes comunitários de saúde, através de funcionários regionais do MINSAP e das agências não-governamentais, estejam a realizar um trabalho de sensibilização essencial para encorajar as mulheres a terem o parto em uma instituição. No entanto, com base na experiência em outros países de baixo rendimento, o simples aumento do número de partos institucionais não levará a uma redução das taxas de mortalidade materna sem uma melhoria correspondente da qualidade dos cuidados.

120. Não é apropriado apontar apenas para a relutância ou o atraso das mulheres em buscar instituições de saúde para o parto como fator-chave da mortalidade materna. Também é importante reconhecer que há problemas associados à qualidade dessas instituições, e que preocupações quanto à qualidade desencorajam as mulheres, ainda mais fortemente que fatores culturais, a buscarem instituições de saúde para o parto.

121. Reações positivas à melhora da qualidade dos cuidados têm sido observadas em todo o país. Por exemplo, é relatado de forma anedótica no hospital de Bafatá que significativamente mais pacientes se apresentam à unidade pediátrica, vindos de todo o país, provavelmente devido à presença de um pessoal formado internacionalmente na unidade pediátrica dos Médicos Sem Fronteiras naquele hospital. Os esforços conjuntos para melhorar a qualidade da saúde materna também podem resultar em aumentos semelhantes da procura.

B. Direitos Sexuais e Reprodutivos

122. As preocupações relacionadas com os direitos sexuais e reprodutivos, que também são considerados como fatores que levam à saúde materna precária, incluem: a falta de agência das mulheres com relação à sua própria saúde reprodutiva, também refletida na exigência de consentimento de terceiros; baixas taxas de utilização de anticoncepcionais; a gravidez na adolescência; a mutilação genital feminina; o casamento precoce, forçado e infantil; a violência sexual e o tráfico de pessoas.

1. Falta de Possibilidade de Agir das Mulheres Quanto à sua Própria Saúde Reprodutiva

123. Embora a lei da Guiné-Bissau estabeleça que todos os indivíduos são iguais no que respeita ao seu direito à saúde reprodutiva e não podem ser privados do seu direito ou discriminados em razão do sexo ou do estado civil, 100 o progresso na obtenção de uma boa saúde materna é limitado por restrições sobre a agência das mulheres. Em algumas partes do país, as mulheres são impedidas de fazerem escolhas em relação à sua própria saúde reprodutiva. Por exemplo, quase todos os Centros de Saúde visitados pelo UNIOGBIS tinham documentado casos de mulheres trazidas pelos seus maridos para a remoção de implantes anticoncepcionais ou dispositivos intra-uterinos, porque tinham sido colocados sem o consentimento do marido. Fenómenos semelhantes são observados em relação ao espaçamento de nascimento, acesso ao aborto e interação sexual, inclusive dentro do casamento. Existe uma clara necessidade de sensibilização contínua de homens, mulheres e profissionais de saúde a este respeito. O UNFPA criou cinco “clubes masculinos” para tentar envolver os homens em discussões sobre direitos relacionados à saúde reprodutiva, incluindo planeamento familiar, e a erradicação da violência de género, inclusive mutilação genital feminina; mas até ao momento, esses esforços não foram avaliados ou implementados em escala.

2. Baixa Utilização de Anticoncepcionais

124. Existe uma falta substancial de acesso aos métodos modernos e eficazes de contraceção na Guiné-Bissau. O uso de anticoncepcionais era baixo em 2014, usado apenas por 16 por cento das mulheres na idade reprodutiva, sendo o número de gestações na adolescência alto, numa estimativa de 106 por 1.000 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.¹⁰¹ A necessidade não satisfeita de contraceção era de 22 por cento.¹⁰²

¹⁰⁰ Lei nº 11/2010 sobre Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, publicada em *B.O.* N.º 39, de 29 de Setembro de 2010, artigo 3.

¹⁰¹ MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 9. Ver também Dados do Banco Mundial (ver nota de rodapé 88 acima)

125. Embora fatores culturais, como o desejo de engravidar, contribuam para uma baixa procura de anticoncepcionais, esta não é a única causa da baixa prevalência do uso de anticoncepcionais, uma vez que, dada a oportunidade, as mulheres recebem mensagens educativas positivamente e muitas buscam formas modernas de contraceção. O UNFPA oferece anticoncepcionais gratuitamente. No entanto, a falta de estoque ocorre com frequência em todo o país, sendo que aproximadamente 50 por cento dos centros de saúde atualmente enfrentam este problema.¹⁰³ Além disso, algumas instituições de saúde não guardam anticoncepcionais em estoque, sem qualquer justificação clara. No hospital de Bafatá, os anticoncepcionais não estão disponíveis na maternidade e devem ser procurados no posto de saúde mais próximo, o que é um impedimento desnecessário para as mulheres que acabam de dar à luz e que desejam usar anticoncepcionais para espaçar suas gestações.

3. Gravidez na Adolescência e Casamento Precoce, Forçado e Infantil

126. Segundo o MICS 5 para a Guiné-Bissau, em 2014, 28,3 por cento das mulheres haviam tido ao menos um nascimento vivo antes dos 18 anos e a taxa de natalidade das adolescentes era de 106 nascidos vivos por 1.000 mulheres entre os 15 e os 19 anos.¹⁰⁴ Em 2015, a taxa de natalidade adolescente era de 89,5, segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano 2016¹⁰⁵ e de 87,5292 segundo o Banco Mundial.¹⁰⁶ Essas altas taxas de gravidez na adolescência geralmente estão relacionadas a violência sexual; ao acesso insuficiente a bens, serviços e instalações de saúde; e ao casamento precoce, infantil e forçado. Atualmente, 7 por cento das meninas são casadas antes dos 15 anos, não obstante a Lei de Saúde Reprodutiva fixar a idade mínima de 18 anos para o casamento.

127. A elevada taxa de gravidez na adolescência é também um subproduto das raparigas que recebem uma escolaridade significativamente inferior aos rapazes, embora as taxas de escolaridade sejam baixas para ambos os sexos.¹⁰⁷ A alta taxa de gravidez também se deve a uma quase total falta de qualidade da educação em saúde sexual e reprodutiva em todo o país, como mencionado acima. Além disso, enquanto um elevado número de mulheres em idade fértil não têm acesso ao aborto seguro porque não podem pagar, as adolescentes são desproporcionalmente afetadas. Os riscos da gravidez precoce, particularmente em relação às complicações intraparto tais como a fístula obstétrica, são significativos e devem ser abordados de forma abrangente.

128. Por meio do Modelo de Educação por Pares, o UNFPA tem trabalhado com a juventude para melhorar a saúde reprodutiva e a situação dos direitos sexuais e reprodutivos, inclusive por meio de treinamento. Isso incluiu a Oficina de Treinamento para a Juventude Nacional para a promoção dos direitos relativos à saúde reprodutiva, que ocorreu em Bissau em Agosto de 2016, trazendo 140 representantes da juventude de diferentes regiões do país.

4. Mutilação Genital Feminina

129. A Lei n.º 14/2011, para Prevenir, Combater e Suprimir a Mutilação Genital Feminina, criminaliza a mutilação genital feminina (MGF). No entanto, a prevalência desta prática situa-se em cerca de 45 por cento, sendo que cerca de metade das mulheres com idade entre os 45 e os 49 anos e quase metade das mulheres com idade entre os 15 e os 19 anos foram submetidas a mutilação genital feminina, o que também tem efeitos negativos para a saúde materna.¹⁰⁸ Permanecem obstáculos significativos à erradicação da MGF. Esforços para diminuir esta prática encontraram resistência da comunidade, embora várias comunidades tenham abandonado publicamente a prática.

130. Uma série de processos foram concluídos com êxito em 2016 de acordo com a lei que proíbe a MGF. No entanto, a aplicação das penas provavelmente levou médicos e famílias a ocultarem a prática, ao invés de pará-la

¹⁰² DP/FPA/CPD/GNB/6 (ver nota de rodapé 74 acima), § 2.

¹⁰³ *Idem.*, ver tabela nas pp. 6-7.

¹⁰⁴ MICS 5 (ver nota de rodapé 20 acima), p. 9.

¹⁰⁵ Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 (ver nota de rodapé 7 acima), p. 216.

¹⁰⁶ Dados do Banco Mundial (ver nota de rodapé 88 acima).

¹⁰⁷ Carlos Sangreman, *Observando Direitos na Guiné-Bissau* (ver nota de rodapé 57 acima).

¹⁰⁸ Relatório do Desenvolvimento Humano na África 2016 (ver nota de rodapé 16 acima), p. 44.

inteiramente. Além disso, reporta-se que certas intervenções geraram incentivos perversos. Por exemplo, quando os profissionais tradicionais são compensados por deixarem de realizar a MGF, isso pode encorajar outros profissionais a afirmar que a realizam para obter uma compensação. Quando o pagamento da compensação cessa, a prática muitas vezes reinicia. Nesse sentido, UNFPA e UNICEF estão implementando um projeto conjunto para promover o abandono público da MGF pelas comunidades.

C. VIH/SIDA

131. A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Este vírus ataca o sistema imunológico do paciente, mais precisamente os linfócitos, e provoca uma mudança no mecanismo de defesa do corpo, causando a emergência muito frequente de doenças. A SIDA pode ser transmitida através de relações sexuais, contacto com sangue contaminado por transfusão ou partilha de seringas, por exemplo, e de mãe para bebé durante a gravidez, parto ou amamentação.¹⁰⁹

132. Segundo a Secretaria Nacional de SIDA, a Guiné-Bissau é um dos poucos países com incidência de ambos os tipos de vírus da imunodeficiência humana, VIH1 e VIH2, com taxas de prevalência tendente a ser mais elevadas nos casos positivos para VIH1. A prevalência de VIH entre as pessoas entre 15-49 anos de idade é de 3,7 por cento. As mulheres jovens são quase duas vezes mais propensas a serem VIH positivas do que os homens jovens, com profissionais do sexo e mulheres grávidas registando taxas de prevalência de 8,9 por cento e 5 por cento, respectivamente.¹¹⁰

133. A alta taxa de VIH entre mulheres grávidas, em particular, pode refletir uma “epidemia silenciosa” de VIH. Como as mulheres grávidas têm direito a cuidados de saúde gratuitos, é significativamente mais provável que elas tenham sido testadas para VIH que o restante da população e, portanto, as taxas de infecção entre este grupo pode refletir com mais precisão a prevalência real da doença. Positivamente, no entanto, 83 por cento das mulheres são registadas como tendo recebido anti-retrovirais para prevenir a transmissão do VIH da mãe para o bebé em 2014.¹¹¹ O Relatório Nacional de SIDA da Guiné-Bissau de 2016 registou 2.392 mães que precisam de cuidados para prevenir a transmissão mãe-bebé. Destas, 1.571 mães beneficiaram de cuidados em 2015, representando uma cobertura de 67,8 por cento.¹¹²

D. Tuberculose

134. A tuberculose é generalizada, com 369 casos por cada 100.000 pessoas notificadas em 2014 (377 casos por cada 100.000 em 2015).¹¹³ O Hospital Raoul Follereau, com sede em Bissau, é uma Instituição de saúde que presta um

¹⁰⁹ Ver, em geral, OMS, “HIV/AIDS Fact sheet” (Ficha informativa sobre o VIH/SIDA), atualizada em Novembro de 2016, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> (último acesso em 28 de Março de 2017).

¹¹⁰ DP/FPA/CPD/GNB/6 (ver nota de rodapé 74 acima), § 3. Durante as visitas de campo e os contactos realizados para este relatório, no norte do país, no Sector de São Domingos (Cacheu), Mário Júlio Mango, responsável pela área de saúde desta localidade, informou que a prevalência do VIH no Sector é preocupante. “Os dados de ambulatório e emergências de 2015 mostraram que dos 432 testados, 138 pessoas são VIH-positivas e nas 630 mulheres testadas nas consultas pré-natais, 30 são VIH-positivas”. Na região de Bafatá, os casos também têm aumentado principalmente entre mulheres e jovens. A informação foi divulgada pelo chefe de controlo e tratamento ambulatório e médico geral da região de Bafatá, Dr. Elio Ernesto Dias. “Na linha activa, temos 2.659 casos, incluindo mortes e transferências, mas atualmente tenho 715 pessoas em tratamento activo em toda a província oriental, dos quais 191 são homens e mais de 400 são mulheres”. Para o presidente da Associação de Pessoas Vivendo com VIH / SIDA, Pedro Mandica, o maior desafio de uma pessoa seropositiva na sociedade guineense é o de não ter o apoio de outros colegas na sua auto-estima e motivação. Ele apelou aos maridos para que acompanhem suas esposas ao hospital e não abandoná-las, como tem sido o caso na Guiné-Bissau”.

¹¹¹ OMS, “Global Health Observatory” (Observatório da Saúde Global), disponível em: http://www.who.int/gho/Countries/gnb/country_profiles/en/ (último acesso em 28 de Março de 2017).

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ OMS, “Global Tuberculosis Report” (Relatório Global sobre a Tuberculose), 2016.

serviço de saúde abrangente aos pacientes que sofrem de tuberculose.¹¹⁴ É um exemplo de boas práticas na promoção da acessibilidade económica de bens, instalações e serviços de saúde de qualidade para um grupo vulnerável de pessoas.

135. As 120 camas do Hospital em Bissau oferecem serviços de internamento e cuidados ambulatoriais. Os pacientes admitidos na instalação por períodos superiores a dois meses recebem tratamento médico gratuito, tanto para a tuberculose como para outras doenças e são acompanhados na comunidade através de uma unidade de atendimento ambulatorio. Os pacientes recebem ainda cinco refeições saudáveis por dia, em reconhecimento do facto de que a melhoria da saúde, particularmente a recuperação da tuberculose, não pode ocorrer na ausência de uma ingestão nutricional adequada. Uma pequena escola também é incorporada no local para que as crianças com tuberculose sejam educadas durante o seu longo tratamento. Os pacientes são incentivados a participar na jardinagem no local, onde os vegetais são cultivados para preparar as refeições dos pacientes. Além disso, após o período inicial no hospital para tratamento da tuberculose, aos pacientes são fornecidos kits nutricionais mensais, a fim de aumentar a adesão ao tratamento, de modo a prevenir o desenvolvimento de tuberculose resistente a diversos medicamentos, que é um problema crescente no país. Esses kits são financiados pelo Fundo Global (via PNUD e MINSAP) e pela União Europeia (através do Programa Alimentar Mundial).

E. Malária

136. A malária é generalizada no país e as mortes causadas pela malária vêm diminuindo continuamente na última década.¹¹⁵ Entre 2012 e 2014, a prevalência da malária nas Regiões representativas do país diminuiu 90 por cento entre as crianças dos 6 aos 59 meses e 83 por cento entre os indivíduos com mais de cinco anos.¹¹⁶ Um declínio na incidência estava a começar a ser observado antes da implementação de muitas intervenções, mas os esforços concertados do Estado e doadores reduziram significativamente a morbidade e a mortalidade da malária. Em particular, o apoio consistente dos doadores, incluindo do Fundo Global, em especial no que diz respeito à implementação universal das redes de mosquiteiros tratados com insecticida (MTI), levou a que mais de quatro pessoas de cada cinco dormissem sob ITNs.¹¹⁷

137. Em Março de 2017, o MINSAP, com o apoio do Fundo Global, lançou uma Campanha Universal de ITNs e, até final de Maio, será lançada a distribuição nacional de mosquiteiros. Outras medidas preventivas, como a remoção de água estagnada, contribuíram para melhorar a situação. Questões significativas de diagnóstico e tratamento injustificado da malária podem agora existir na Guiné-Bissau.¹¹⁸ Embora os protocolos de tratamento tenham sido atualizados para refletir a menor prevalência de malária no país, alguns relatos sugerem que esses protocolos não são necessariamente seguidos numa série de instalações. Consequentemente, será provavelmente necessária uma maior ênfase na educação, no uso racional do medicamento anti-malária e na disponibilidade generalizada de testes de diagnóstico. Consequentemente, a malária continua a ser a principal causa de mortes no país e é consideravelmente maior na Guiné-Bissau em comparação a países vizinhos da África Ocidental. A contribuição dos agentes comunitários de saúde para a deteção rápida e o início imediato do tratamento é um elemento-chave nos esforços globais para reduzir as complicações relacionadas com a malária, incluindo as complicações que ameaçam a vida.

¹¹⁴ Deve-se notar que o Hospital Raoul Follereau não tem atualmente capacidade para abrigar e tratar pacientes com tuberculose multirresistente, devido ao risco de infecção cruzada entre pacientes. Isso representa uma ameaça significativa para a saúde pública, uma vez que esses pacientes são administrados na comunidade.

¹¹⁵ A última avaliação da transmissão da malária foi realizada em 2014.

¹¹⁶ Amabelia Rodrigues et al, "Evaluation of the 2014 Long Lasting Insecticide Treated Net distribution campaign impact" (Avaliação do Impacto da Campanha de Distribuição Líquida Tratada com Insecticida de Longa Duração 2014), INASA, Bissau, 2015.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Amabelia Rodrigues et al, "Changing pattern of malaria in Bissau, Guinea-Bissau" (Alteração do padrão da malária em Bissau, Guiné-Bissau), *Tropical Medicine & International Health*, vol. 13, n.º 3, Março de 2008.

F. Saúde Mental

138. O artigo 12 do PIDESC reconhece que o gozo do mais alto nível possível de saúde mental, juntamente com a saúde física, é fundamental para a realização do direito à saúde. Isso requer a criação de condições que assegurem um acesso igual e oportuno a tratamentos e cuidados de saúde mental apropriados. Segundo a Relatora Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental, a saúde mental vai além da mera ausência de deficiência mental e inclui o “bem-estar emocional e social, relações saudáveis e não violentas entre indivíduos e grupos, com confiança mútua, tolerância e respeito pela dignidade de cada pessoa”.¹¹⁹ A Relatora Especial sublinhou que a saúde mental e física são igualmente importantes para a plena realização do direito à saúde (princípio da paridade).¹²⁰ Além disso, em seu relatório de 2017 sobre Saúde Mental e Direitos Humanos, o ACNUDH identifica os principais desafios enfrentados pelos usuários de serviços de saúde, incluindo pessoas com condições mentais e com deficiências psicológicas, e identifica a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental globalmente, pôr fim ao tratamento e à institucionalização involuntários, e criar um ambiente jurídico e político apropriado para a realização dos seus direitos humanos.¹²¹

139. A Guiné-Bissau deve tomar medidas progressivas no sentido da plena realização do direito à saúde que também criem condições necessárias para assegurar a disponibilidade de cuidados de saúde mental adequados e suficientes.¹²² Como observado pelo Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, a obrigação dos Estados de *implementar* o direito à saúde inclui a obrigação de promover e apoiar o estabelecimento de instituições que prestam serviços de saúde mental, os quais devem ser distribuídos de forma equitativa em todo o país.¹²³ Além disso, como Estado parte na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que ratificou em 24 de Setembro de 2014, a Guiné-Bissau deve adotar uma abordagem da deficiência baseada nos direitos humanos. Esta abordagem requer a adoção de legislação e políticas relevantes para assegurar, por exemplo, que todas as pessoas com deficiência sejam tratadas sem discriminação, tenham o direito de exercer a capacidade jurídica bem como o consentimento livre e informado em matéria de tratamento médico, e não sejam sujeitas a institucionalização forçada.¹²⁴

140. A Guiné-Bissau carece de legislação adequada que proteja os direitos das pessoas com deficiências psicossociais e a prestação de cuidados de saúde mental no país continua a ser substancialmente inadequada para fazer face à carga de doenças mentais da população. Mesmo quando esses serviços estão disponíveis, a qualidade é muitas vezes pobre, em parte devido à falta de priorização de preocupações de saúde mental dentro do sistema de saúde global. Muitas questões relativas à prestação de serviços de saúde mental na Guiné-Bissau são motivo de preocupação. As principais questões que levam a deficiências no tratamento das pessoas com doença mental incluem recursos físicos e humanos extremamente inadequados para a prestação de serviços, falta de instituições que dão treinamento para os aspirantes a psiquiatras, elevados níveis de estigma tanto para os trabalhadores de saúde mental como para os pacientes, e falta de um quadro legislativo abrangente relativo aos cuidados de saúde mental.

141. Dois centros de saúde mental estão em funcionamento na Guiné-Bissau. Em 22 de Fevereiro e 1 de Março de 2017, a Secção de Direitos Humanos do UNIOGBIS visitou o Centro de Saúde Mental de Enterramento, em Bissau, e o Centro Mental de Quinhamel e conseguiu verificar que essas instalações estão com falta de pessoal e insuficientemente

¹¹⁹ “Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras” (Relatório do Relator Especial sobre o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental, Dainius Pūras), Conselho de Direitos Humanos, Vigésima-nona sessão, A/HRC/29/33, 2 de Abril 2015, § 77.

¹²⁰ *Idem*, § 82.

¹²¹ Relatório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos, “Mental health and human rights” (Saúde mental e direitos humanos), A/HRC/34/32, 31 de Janeiro de 2017.

¹²² PIDESC (ver nota de rodapé 29 acima), artigo 12, n.º 2, alínea d; e E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), §§ 12a e 17.

¹²³ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 36.

¹²⁴ A/HRC/34/32 (ver nota de rodapé 121 acima), §§ 22-23, 25-26 e 29.

equipadas, tanto em termos de equipamento físico como a nível dos recursos financeiros. Isso constitui um obstáculo para os centros de saúde mental lidarem com a carga de seus pacientes. No momento da visita, o Centro de Saúde Mental de Quinhamel tinha 65 pacientes internados, dos quais 11 eram mulheres. O serviço era gratuito para crianças menores de cinco anos, gestantes e idosos (com mais de 60 anos), embora os pacientes pagassem uma taxa diária de 1.000 FCFA. Nenhum apoio financeiro é dado aos dois centros de saúde mental, e as receitas internas cobradas durante as consultas apenas são usadas para a compra de consumíveis. O Centro não tem eletricidade, água encanada e, apenas quatro camas estavam disponíveis. A maioria dos pacientes era obrigada a dormir no chão. Algumas paredes estavam rachadas e havia evidências de vazamentos de água. As consultas médicas eram prestadas por um único trabalhador que não era um psiquiatra qualificado e que beneficiou apenas de um curso de formação profissional.

142. Após 18 anos de interrupção, o Centro de Saúde Mental de Bissau reabriu a 10 de Agosto de 2016 graças ao apoio da União Europeia. O Centro foi destruído durante a guerra civil de 1998 e os serviços médicos foram prestados temporariamente no Hospital “3 de Agosto” em Bissau. O Centro de Saúde Mental de Bissau é uma instituição estatal que foi inaugurada em 1984, com capacidade para receber 60 pacientes. Nessa época, os pacientes recebiam cuidados gratuitos, incluindo alimentos, roupas e remédios. Têm agora 36 camas, e está dividida em quatro sectores: psiquiatria, medicina geral, psicologia e assistência social. Devido à falta de financiamento, as principais atividades estão limitadas ao diagnóstico e à emissão de prescrições. O Centro não tem psiquiatra ou especialista em desintoxicação. Também carece de equipamento para Tomografia Axial Computada, electroencefalogramas e Ressonância Magnética (MRI).

143. A prestação de serviços de saúde na comunidade é benéfica para o tratamento e recuperação dos pacientes, uma vez que lhes permite manter o seu emprego e permanecer perto das suas famílias e da rede de apoio.¹²⁵ No entanto, na Guiné-Bissau, os esforços são insuficientes para a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade. A falta de apoio dentro das comunidades para os indivíduos que sofrem de doenças mentais constitui um obstáculo à sua integração na sociedade e na força de trabalho.

144. Os diretores das instituições de saúde mental ressaltaram preocupações quanto ao recrutamento e retenção de profissionais de saúde. O trabalho em cuidados de saúde relacionado à psiquiatria tende a ser estigmatizado e não é adequadamente remunerado. Tal como no resto do sector da saúde, o sector da saúde mental é afetado pela falta de recursos para reter profissionais de saúde e pela “fuga de cérebros”. É especialmente importante que o Governo crie estruturas de incentivo e infraestrutura que não apenas combatam o estigma e promovam o trabalho de saúde mental na Guiné-Bissau, mas que também retenham os profissionais de saúde. Embora a cobertura seja inevitavelmente limitada devido a restrições de recursos, os défices atuais estão muito abaixo dos requisitos mínimos do direito à saúde quanto a acessibilidade e disponibilidade.

145. As barreiras linguísticas também limitam o acesso aos cuidados de saúde mental, pois a capacidade do paciente para comunicar os sintomas é fundamental para o diagnóstico. Estima-se que mais de 20 línguas são faladas em todo o país, e existem significativamente mais dialetos locais. Isto apresenta obstáculos significativos para o acesso, especialmente para populações rurais, pobres e minorias étnicas. O Governo, com a assistência da comunidade internacional, não deve poupar esforços para assegurar a disponibilidade de pessoal familiarizado em línguas e dialetos locais ou intérpretes nas instalações médicas.

146. O estigma que envolve doenças mentais muitas vezes leva aos maus-tratos de pessoas com doenças mentais, particularmente nas áreas não-urbanas. Isso apresenta uma barreira significativa para as famílias e comunidades que procuram cuidados adequados para os indivíduos afetados, além dos obstáculos físicos e linguísticos enfrentados por aqueles situados nas áreas mais remotas do país.

¹²⁵ *Idem*, § 54.

G. Acesso a Medicamentos e o Direito à Saúde

147. Com vista a assegurar a realização do direito à saúde, o Estado tem a responsabilidade de assegurar que os medicamentos sejam disponíveis, acessíveis, culturalmente aceitáveis e de boa qualidade.¹²⁶ Um suplemento adequado de medicamentos essenciais, identificados na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, também deve estar disponível. Além disso, de acordo com a sua principal obrigação de proteger o direito à saúde, o Estado é obrigado a impedir terceiros de interferir com a realização deste direito. Assim, o Estado deve adotar legislação ou outras medidas para assegurar que os atores privados respeitem as normas de direitos humanos quando prestam serviços de saúde ou outros serviços (como regulamentar a composição de produtos alimentícios), controlar a comercialização de equipamentos e medicamentos médicos por agentes privados, e assegurar que a privatização não constitua uma ameaça à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de bens, serviços e instituições de saúde.

148. O CECOME, um sistema governamental centralizado para compras de bens de saúde, compra medicamentos e distribui-os aos seus ramos regionais, dos quais são subsequentemente dispensados aos Centros de Saúde. No entanto, o CECOME funciona de forma inconsistente. As instalações que dependem de suplementos do CECOME observam que, em geral, são capazes de obter os medicamentos necessários, mas que há momentos em que os estoques se esgotam. Quando isso acontece, essas instalações são compelidas a comprar medicamentos de forma privada com grandes sobretaxas e o desafio da incerteza em torno da qualidade farmacêutica, ou precisam interromper temporariamente o fornecimento desses medicamentos a pacientes. Teoricamente, benefícios económicos significativos devem resultar de compras em massa através de um sistema centralizado.¹²⁷ No entanto, vários hospitais adquirem e importam medicamentos do exterior e não através do CECOME, devido aos desafios que enfrentam ao lidar com este. Além disso, algumas instituições de saúde relataram ser capazes de obter melhores preços para medicamentos através de relações diretas com os fornecedores. Devido às fragilidades do CECOME, os parceiros internacionais realizam compras através de seus próprios sistemas. Este é o caso dos programas financiados pelo Fundo Global que são adquiridos através do PNUD, da União Europeia, que adquire MCH e medicamentos essenciais via IMVF e EMI, e do UNICEF, UNFPA e OMS, que têm seus próprios mecanismos de aquisição. O CECOME é usado principalmente para armazenamento. Além disso, devido ao estado de suas instalações, as companhias de seguros regionais não seguram os medicamentos, equipamentos e suprimentos armazenados no CECOME. Com vista a enfrentar estes desafios, o PNUD, com recursos do Fundo Global, tem fornecido assistência técnica internacional a longo prazo ao CECOME, e ambas as organizações estão em discussões para construir um novo armazém moderno até ao primeiro trimestre de 2018.

149. Vários atores relataram que as pessoas compram medicamentos informalmente, ignorando que os medicamentos não autorizados ou sem controlo de qualidade, expirados ou sem condições adequadas de armazenamento ou controlos adequados do transporte, podem ser perigosos e até mesmo fatais. A escala e o impacto atuais da venda de medicamentos falsificados, da contrafação de rótulos, do contrabando de medicamentos, da falta de controlo sobre medicamentos que expiraram ou da venda de medicamentos sem receita médica ainda não foram medidos no país. Trata-se de uma importante questão de saúde pública para a qual o público em geral precisa ser sensibilizado. Um estudo de alcance para determinar a sua dimensão e elaborar propostas para o caminho a seguir é urgentemente necessário.

150. De forma encorajadora, a disponibilidade de vários medicamentos, especialmente vacinas, aumentou com os esforços concertados dos doadores para melhorar a cadeia de frio em toda a Guiné-Bissau, o que significa que os medicamentos e as vacinas têm agora menos probabilidades de expirar ou tornarem-se ineficazes devido ao armazenamento inadequado. O UNFPA fornece gratuitamente bens essenciais para a saúde reprodutiva (como

¹²⁶ E/C.12/2000/4 (ver nota de rodapé 1 acima), § 12.

¹²⁷ Esses benefícios incluem preços de compra mais baratos e menos uso de pessoal técnico para logística.

ocitocina), e uma ampla variedade de anticoncepcionais e preservativos femininos e masculinos.¹²⁸ A disponibilidade de medicamentos para o tratamento do VIH, da tuberculose e da malária também é geralmente boa, graças ao apoio do Fundo Global, através do PNUD. No entanto, durante visitas realizadas em 2016, o UNIOGBIS foi informado de que durante todo o mês de Julho de 2016, os medicamentos Coartem 18 e 24 utilizados no tratamento da malária não estavam disponíveis no Hospital Nacional Simão Mendes. A razão para esta interrupção do fornecimento não estava clara. Isto foi especialmente preocupante dado o aumento da incidência de casos de malária que ocorreu naquele momento e destacou também a necessidade de reforçar os mecanismos de prestação de contas.

151. Os estoques de outros bens vitais de saúde, como medicamentos, equipamentos e suprimentos básicos de laboratório, como reagentes, são comuns, porque sua oferta é imprevisível. Nenhum destes bens é fabricado localmente, de modo que o país é inteiramente dependente de importações. O impacto da indisponibilidade de medicamentos sobre o direito à saúde pode ser direto e severo. Vários casos documentados de síndrome de Stevens-Johnson, uma condição dermatológica frequentemente fatal, foram registados entre os pacientes com VIH na Guiné-Bissau, os quais tiveram que mudar do medicamento efavirenz para o nevirapine devido à falta de efavirenz em estoque;¹²⁹ algo que poderia ter sido perfeitamente evitado com disponibilidade suficiente.

VII. Atividades da Componente UNIOGBIS Direitos Humanos em Relação ao Direito à Saúde

152. Na execução das suas atividades mandatadas,¹³⁰ a Secção de Direitos Humanos do UNIOGBIS realizou uma série de missões de monitorização e avaliação dos direitos humanos em todo o país e realizou consultas com as partes interessadas para recolher informações sobre a situação dos direitos económicos, sociais e culturais no país, incluindo o direito à saúde.

153. As missões de avaliação levadas a cabo entre Janeiro de 2016 e Fevereiro de 2017 indicam que os maiores constrangimentos para garantir o cumprimento do mais alto padrão possível de saúde física e mental são enfrentados pela região Sul, que inclui as províncias de Tombali, Quínara e Bolama-Bijagós. Tais constrangimentos são agravados pelo seu isolamento geográfico, social e político da capital.

154. Durante uma missão de monitorização e avaliação levada a cabo na Região Sul entre 25 de Março e 17 de Abril de 2016, as autoridades sanitárias a nível regional e local indicaram que um total de 36 unidades de saúde servia as três províncias. A Região de Tombali conta com um Hospital Regional com sede em Catió e 15 centros de saúde que atendem cerca de 91.089 pessoas, distribuídas em oito áreas de saúde. De acordo com informações fornecidas pelas autoridades regionais de saúde, a Província do Sul tem um total de 182 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, enfermeiros assistentes, bem como técnicos de laboratório, farmácia e oftalmologia; 54 médicos, incluindo três médicos, trabalham na região sanitária de Bijagós, que, segundo as autoridades locais, tem uma população de mais de 20.000 habitantes e é composta por 11 ilhas. Isso equivale a um médico por 7.316 pessoas, enquanto a OMS considera aceitável a proporção de um médico para 1.000 pessoas, ou um pouco acima.¹³¹

¹²⁸ UNFPA, “Lifesaving Maternal Commodities” (Bens essenciais para se salvar a vida materna), Bissau.

¹²⁹ Sanne Jespersen et al, “Challenges facing HIV treatment in Guinea-Bissau: the benefits of international research collaborations” (Desafios do tratamento do VIH na Guiné-Bissau: os benefícios das colaborações internacionais de pesquisa), *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 92, 2014, p. 911.

¹³⁰ Em conformidade com a Resolução Res.2343 do Conselho de Segurança das Nações Unidas de 23 de Fevereiro de 2017, o UNIOGBIS e o Representante Especial continuarão a liderar os esforços internacionais para prestar apoio ao Governo da Guiné-Bissau para: (a) o fortalecimento das instituições democráticas e da capacidade dos órgãos do Estado de funcionar eficaz e constitucionalmente; (b) o estabelecimento de sistemas eficazes e eficientes de aplicação da lei e de justiça penal e penitenciária, capazes de manter a segurança pública e combater a impunidade, respeitando simultaneamente os direitos humanos e as liberdades fundamentais; (c) a prestação de assistência às autoridades nacionais na promoção e proteção dos direitos humanos, bem como a realização de atividades de monitorização e produção de relatórios de direitos humanos.

¹³¹ Ver densidade de médicos, dados do Observatório da Saúde Global, 2017, disponível em: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/ (último acesso em 11 de Março de 2017).

155. As principais preocupações incluem a falta de acesso adequado aos cuidados básicos de saúde, insuficiência de pessoal de saúde e infraestrutura precária, difícil acesso geográfico devido às más condições das estradas e escassos meios terrestres e marítimos de transporte público. O UNIOGBIS foi informado de que a distância média que um paciente viaja para chegar a um centro de saúde varia entre 15 e 25 quilómetros. O pessoal do hospital afirmou que o número de ambulâncias em funcionamento era insuficiente e que os custos de combustível eram geralmente suportados pelos beneficiários, a maioria dos quais vivia abaixo da linha de pobreza. As taxas de mortalidade são elevadas devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, aos atrasos no fornecimento de medicamentos aos centros de saúde e ao uso generalizado de tratamentos domiciliares. Com excepção de Bubaque, não há farmácia nas ilhas Bijagós.

156. Além disso, a existência de apenas uma agência financeira na província do Sul obriga a maioria dos funcionários do Estado, incluindo os trabalhadores da saúde, a viajar todos os meses a Bissau para receber os seus salários. Isto implica despesas de deslocação e conduz a uma ausência sistemática e prolongada de agentes de saúde dos seus postos de trabalho. Existe também uma falta de informação sobre os riscos para a saúde e os mecanismos disponíveis para a prevenção de doenças, que afetam negativamente, entre outros, os direitos à saúde e à vida. Os serviços de saúde pública devem ser empoderados para fornecer essas informações à população local. No segundo trimestre de 2017, o UNIOGBIS realizará uma missão integrada a Bubaque, entre outros, para avaliar os progressos realizados na promoção e proteção dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde.

157. Durante o primeiro semestre de 2016, a Secção de Direitos Humanos do UNIOGBIS monitorizou greves no sector de saúde em âmbito nacional, o que afetou negativamente o direito à saúde e o direito à vida. Agências das Nações Unidas, como o UNICEF e a OMS, também avaliaram a situação, assim como as organizações da sociedade civil e outros parceiros, como a União Europeia. Alguns parceiros, incluindo a OMS e o UNICEF, prestaram apoio ao Governo para assegurar a continuidade dos serviços básicos. A 7 de Abril de 2016, em Bissau, o UNIOGBIS se reuniu com o presidente da comissão representando os três sindicatos de técnicos de saúde e o diretor da principal unidade médica do país, o Hospital Simão Mendes. Em Bafatá, o UNIOGBIS visitou o Hospital Regional e também conheceu o seu Diretor. Na sequência de negociações entre o comité de greve e o Presidente da República, a greve foi suspensa a 23 de Maio de 2016.

158. Durante uma visita de monitorização e avaliação dos direitos humanos, realizada pelo UNIOGBIS ao Hospital Simão Mendes em 21 de Fevereiro de 2017, o Diretor do Hospital manifestou preocupação com a falta ajuda de equipamentos médicos e de técnicos qualificados, bem como observou que a maternidade continuava operando com grandes dificuldades. Informou que os alimentos estavam sendo fornecidos apenas para os pacientes mais necessitados e sem levar em consideração as restrições dietéticas. Esta é uma grande preocupação, inclusive porque esse hospital é o centro nacional de referência. A administração do Hospital informou ao UNIOGBIS que cerca de 1,5 mil milhões de FCFA eram necessários para assegurar o funcionamento regular do hospital e para fornecer padrões adequados de saúde, o que corresponderia a uma despesa mensal de 125.000.000 FCFA, enquanto as despesas orçamentais hospitalares são de cerca de 20.000.000 FCFA por mês e sua receita interna é de aproximadamente 16.000.000 FCFA.

159. O UNIOGBIS realizou visitas regulares às prisões e centros de detenção com vista a monitorizar e avaliar a situação dos direitos humanos dos indivíduos privados de liberdade, incluindo o cumprimento do seu direito à saúde. Entre Janeiro de 2016 e Fevereiro de 2017, foram visitados 34 centros de detenção. Entre eles, a prisão de Bafatá (destinada aos condenados)¹³², a prisão de Mansoa (destinada a pessoas em prisão preventiva)¹³³ e o Centro de Detenção da Polícia Judiciária em Bissau (destinado a pessoas sob custódia policial),¹³⁴ todos sob o controlo e

¹³² Visitas da Secção de Direitos Humanos do UNIOGBIS em 17 de Fevereiro, 1 e 17 de Agosto, 22 de Setembro e 14 de Dezembro de 2016, e 31 de Janeiro de 2017.

¹³³ Visitas da Secção de Direitos Humanos do UNIOGBIS em 21-23 de Junho de 2016 e 31 de Janeiro de 2017.

¹³⁴ Visitas da Secção de Direitos Humanos do UNIOGBIS em 8 de Fevereiro, 22 e 27 de Abril, 14 de Junho, 7 de Setembro, 16-18 de Outubro e 10 de Novembro de 2016.

supervisão do Ministério da Justiça. Estas também incluíram a Instalação de Detenção da Base Aérea em Bissalanca,¹³⁵ sob o controle e supervisão do Ministério da Defesa, que mantém as pessoas sob custódia e em prisão preventiva, bem como os detidos condenados por tribunais militares. Foram também realizadas visitas regulares às células de detenção da Polícia de Ordem Pública sob a supervisão e controlo do Ministério da Administração Interna em Bissau¹³⁶ e nas regiões de Bafatá¹³⁷, Buba¹³⁸, Gabú¹³⁹, Tombali, Quínara e Bolama / Bijagós¹⁴⁰. Na sequência das visitas de monitorização, a Secção de Direitos Humanos do UNIIOGBIS aconselhou as autoridades nacionais responsáveis pela administração penitenciária a tomarem medidas para melhorar as condições de detenção e assegurar os direitos humanos das pessoas privadas de liberdade, incluindo o seu direito à saúde. A superlotação pareceu ser sistémica. A Secção de Direitos Humanos também identificou necessidades adicionais de capacitação para os guardas prisionais, incluindo quanto ao tratamento e os direitos humanos dos detidos. A Secção de Direitos Humanos também proporcionou treinamento em direitos humanos a grupos-alvo, como Agentes de Polícia Sénior que, em reuniões tópicas, levantaram preocupações sobre condições de higiene e saneamento na prisão de Bafatá e nas celas de detenção.¹⁴¹

160. As visitas de monitorização do UNIIOGBIS e as informações adicionais recebidas de vários atores revelaram que muitos dos desafios associados às condições extremas de detenção se devem às limitações financeiras do Estado. Nesta base e como seguimento das recomendações feitas em 2015 através da Revisão Periódica Universal (UPR), o UNIIOGBIS assinou um Acordo de Subvenção com a Liga dos Direitos Humanos Bissau-Guineense, a 7 de Dezembro de 2016, proporcionando-lhes apoio financeiro para reformar / reabilitar os seguintes centros penitenciários: Centro de Detenção da Polícia Judiciária em Bissau, célula da Polícia da Ordem Pública de Bissau (conhecida como Segunda Esquadra);¹⁴² Bafatá e Mansoa, e as celas da Polícia de Ordem Pública em Bafatá e Gabú. O projeto foi finalizado em Março de 2017 e as novas estruturas deverão ser inauguradas em Abril de 2017, na mesma ocasião do lançamento pelo UNIIOGBIS de um guia sobre os direitos das pessoas privadas de liberdade, que aborda, entre outras questões, os padrões mínimo de saúde e saneamento a que os detidos têm direito.

VIII. Conclusões e Recomendações

161. A plena realização do direito à saúde na Guiné-Bissau depende da disponibilidade de financiamento adequado, equitativo e sustentável para a saúde, tanto a nível nacional como internacional, incluindo no âmbito da Agenda 2030 e dos seus objetivos 3 e 17. Apesar das múltiplas barreiras que enfrenta, a Guiné-Bissau, com o apoio da comunidade internacional, continuou a progredir no sentido do respeito, da proteção e da implementação do mais elevado padrão possível de saúde física e mental. Uma série de realizações e melhores práticas ilustram o empenho do Estado e de

¹³⁵ Visita do UNIIOGBIS HRS em 10 de Fevereiro de 2016.

¹³⁶ Visita do UNIIOGBIS HRS em 8-9 de Setembro de 2016.

¹³⁷ Visita do UNIIOGBIS HRS em 17 de agosto de 2016.

¹³⁸ Visita do UNIIOGBIS HRS em 22 de Setembro de 2016.

¹³⁹ Visitas da Secção de Direitos Humanos do UNIIOGBIS em 17 de Agosto, 7 de Setembro e 28 de Setembro de 2016.

¹⁴⁰ Visita do UNIIOGBIS HRS em 14-18 de Março de 2016.

¹⁴¹ Essas preocupações foram levantadas entre 22 e 25 de Agosto de 2016 no contexto de uma capacitação em direitos humanos ministrada a 29 policiais seniores, incluindo seis mulheres, membros da Polícia da Ordem Pública (POP), Guarda Nacional (GN) e Guardas Prisionais, de Gabú e Bafatá.

¹⁴² A informação recolhida através de visitas de monitorização e avaliação às instalações de detenção indicou que o Centro de Detenção da Polícia Judiciária (conhecido como Segunda Esquadra de Polícia) era a situação mais crítica. Além de estarem superlotadas, as células não tinham condições mínimas de higiene e saneamento, e a acomodação não é razoável ou apropriada, já que a maioria dos detidos dorme diretamente no chão cimentado, sem colchões ou esteiras. Além disso, as pessoas sob custódia não tinham acesso a alimentos fornecidos pelo Estado, nem acesso a advogados, nem assistência médica e farmacêutica.

outros atores na realização do direito à saúde. Estas incluem práticas que demonstram o desfrute individual ou grupal de um ou mais elementos do direito à saúde, ou que prestam atenção especial aos grupos vulneráveis, incluindo aqueles que vivem na pobreza.

162. No entanto, a plena realização do direito à saúde no país é dificultada por múltiplos obstáculos. Isto inclui aspectos relacionados com os determinantes da saúde, tais como a pobreza endémica, défices de acesso a alimentos, educação, água potável e saneamento, infraestruturas limitadas e inadequadas, bem como outros desafios pendentes à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do sistema de cuidados de saúde. Existe também uma necessidade contínua de abordar uma série de deficiências para promover e aumentar a prestação de contas, participação e monitorização do sistema de saúde pública.

163. À luz das conclusões deste relatório, recomenda-se que Governo da Guiné-Bissau continue a tomar medidas para enfrentar os principais desafios no Sistema Nacional de Saúde, incluindo no que diz respeito à disponibilidade de infraestruturas, bens e serviços de saúde; acessibilidade económica, física e de informação; e para aprimorar a recolha de dados a fim de melhor informar o planeamento em saúde. A educação em saúde, entre outras coisas, requer especial atenção inclusive abordando as lacunas na prática e no conhecimento em saúde, bem como as limitações em termos de recursos humanos. A este respeito, recomenda-se ao Estado:

- Melhorar a qualidade e disponibilidade dos cuidados pediátricos e maternos, particularmente os cuidados neonatais;
- Criar um mecanismo de acreditação para garantir que todos os profissionais de saúde do país, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras e outros técnicos de saúde, cumpram padrões mínimos de educação, qualidade de prática e conduta ética após a conclusão do ensino superior.
- Assegurar a supervisão regular dos profissionais de saúde para assegurar a conformidade contínua com os padrões de cuidados de alta qualidade, incluindo protocolos clínicos.
- Adotar medidas para assegurar que instituições de saúde mental estejam disponíveis em todo o país, com o nível adequado de recursos, profissionais qualificados e equipamentos relevantes.
- Contribuir para e supervisionar as atividades de auto-regulação dos profissionais de saúde que optarem por se auto-regulamentar através de uma associação profissional ou outra forma de organização, a fim de garantir que os padrões mínimos de cuidados de qualidade sejam prestados, e que os profissionais de saúde que não cumprirem essas normas sejam devidamente sancionados pela organização profissional.
- Assegurar o acesso a instalações médicas, inclusive fornecendo embarcações de alta velocidade para evacuação médica das Ilhas Bijagós para as principais terras continentais e número adequado de ambulâncias e equipamentos para os centros de saúde.
- Assegurar o acesso a médicos em todas as regiões do país, incluindo através da colocação de pelo menos um médico nas ilhas Bijagós de Uno e Formosa e assegurar que um número adequado de médicos especialistas esteja disponível no país em qualquer momento para: (a) treinar estudantes de medicina atuais; (b) capacitar os médicos no país que já estão qualificados, de modo que possam ser prestados cuidados de melhor qualidade, enquanto a Guiné-Bissau desenvolve a sua capacidade de formação especializada. A presença de especialistas em saúde mental, enfermagem e obstetrícia também deve ser assegurada.
- Produzir e disseminar um “programa de conscientização para salvar vidas” para comunidades rurais sobre prevenção de riscos à saúde, nutrição e diversificação de culturas.
- Garantir o financiamento para treinar urgentemente mais parteiras por meio da ENS e custear o pagamento dos seus salários uma vez que elas se tornem parte da força de trabalho.

164. O Estado deve adotar novas medidas para ratificar os protocolos facultativos ao Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), à Convenção sobre os Direitos da Criança e à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, todos relativos à competência do respectivo órgão de tratado para receber comunicações individuais, inclusive sobre o direito à saúde. Recomenda-se também que o Estado ratifique o Protocolo

à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre o Estabelecimento do Tribunal Africano dos Direitos Humanos e dos Povos, para garantir o acesso a mecanismos alternativos através dos quais os cidadãos possam apresentar queixas no caso de violações de direitos humanos relacionados à saúde.

165. O Estado deve continuar a progredir na implementação das recomendações relacionadas com o direito à saúde feitas no contexto da Revisão Periódica Universal da Guiné-Bissau de 2015,¹⁴³ a saber:

- Explorar formas de proporcionar uma alocação adequada de recursos humanos, financeiros e técnicos ao sector da saúde, de modo a garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade.
- Reforçar os esforços para reduzir a mortalidade materna e infantil (por exemplo, tomar medidas preventivas, melhorar a cobertura e a qualidade dos programas de vacinação de rotina e realizar campanhas de vacinação periódicas, bem como formular um plano e uma estratégia abrangentes para a saúde materna e infantil, incluindo a saúde neonatal).
- Aumentar a dotação orçamental de saúde para o mínimo recomendado de 15 por cento do PIB, em conformidade com os compromissos assumidos no âmbito da Declaração de Abuja, a fim de combater as alarmantes taxas de mortalidade e morbidade materna e sub-cinco, incluindo a elevada mortalidade neonatal.
- Tomar todas as medidas necessárias para reduzir o número de infecções por VIH/SIDA através do reforço dos programas nacionais de educação, e aumentar os esforços para garantir a disponibilidade e o acesso aos medicamentos anti-retrovirais.

166. O Estado deve continuar a tomar medidas para implementar as recomendações feitas à Guiné-Bissau sobre a realização do direito à saúde por outros mecanismos internacionais de direitos humanos, como o Relator Especial sobre a pobreza extrema e os direitos humanos,¹⁴⁴ o Comité dos Direitos da Criança¹⁴⁵ e o Comité para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher¹⁴⁶. Em conformidade com as recomendações do Comité dos Direitos da Criança, o Estado deve ratificar a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança, entre outras, para criar uma política abrangente de direitos da criança e uma estratégia para sua implementação, incluindo a proteção do direito à saúde de todas as crianças na Guiné-Bissau. A Comissão Nacional de Direitos Humanos deve monitorizar o estado de implementação de todas as recomendações feitas pelos mecanismos internacionais de direitos humanos.

167. Com vistas a fortalecer o quadro jurídico, político e institucional que afeta o direito à saúde, recomenda-se ao Estado:

- Assegurar a inclusão de todos os determinantes da saúde (por exemplo, os determinantes sociais da saúde, bem como as barreiras estruturais e administrativas) na formulação de políticas e planeamento para garantir a realização do direito à saúde na Guiné-Bissau. Em particular, o Estado deve elaborar um plano através do qual todos os postos de saúde e tabancas recebam progressivamente acesso a água potável e segura, instalações sanitárias, eletricidade e outros serviços essenciais.
- Tomar medidas para assegurar a adesão consistente ao Decreto de Vigilância e Resposta à Morte Materna, que deve informar decisões políticas e estratégias para abordar sistematicamente todas as causas de mortes maternas em todo o país.

¹⁴³ “Report of the Working Group on the Universal Periodic Review” (Relatório do Grupo de Trabalho sobre a Revisão Periódica Universal), A/HRC/29/12, 13 de Abril de 2015; e “Views on conclusions and/or recommendations, voluntary commitments and replies presented by the State under review” (Opiniões sobre conclusões e/ou recomendações, compromissos voluntários e respostas apresentadas pelo Estado sob revisão), A/HRC/29/12/Add.1, 24 de Junho de 2015.

¹⁴⁴ A/HRC/29/31/Add.1 (ver nota de rodapé 17 acima).

¹⁴⁵ CRC/C/GNB/CO/2-4 (ver nota de rodapé 39 acima); Comité dos Direitos da Criança, “General Comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health” (Comentário Geral nº 15 (2013) sobre o direito da criança ao gozo do mais alto nível possível de saúde), CRC/C/GC/15, 17 de Abril de 2013, e “General Comment No. 3 (2003) on HIV/AIDS and the rights of the child” (Comentário Geral nº 3 (2003) sobre o VIH/SIDA e os direitos da criança), CRC/GC/2003/3, 17 de Março de 2003.

¹⁴⁶ “Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women” (Observações finais do Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres), CEDAW/C/GNB/CO/6, 7 de Agosto de 2009.

- Adotar legislação e políticas relativas à saúde e direitos sexuais e reprodutivos, para garantir o acesso confiável de todos os indivíduos a anticoncepcionais, serviços de aborto e cuidados pós-aborto que sejam seguros, acessíveis e eficazes.
- Abster-se de qualquer interferência política com a administração médica, incluindo o encerramento de nomeações com motivação política e estabelecer um sistema de auditoria externa periódica das despesas de saúde.
- Desenvolver uma Carta de Direitos do Paciente fundada no direito dos direitos humanos e normas internacionais para o uso de todas as instalações de saúde em todo o país.
- Estabelecer um mecanismo nacional através do qual os pacientes e outros atores possam apresentar queixas em caso de maus-tratos no sector da saúde.
- Assegurar que as responsabilidades e as atividades do MINSAP e do INASA estejam claramente definidas, e confirmar a extensão da autoridade de cada órgão para agir no âmbito de esforços de saúde pública que possam limitar os direitos humanos, isto é, em caso de epidemia.
- Assegurar que as pessoas privadas de liberdade tenham acesso a cuidados de saúde, entre outros, assegurando a implementação das Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Prisioneiros (Regras Nelson Mandela), adotadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17 de Dezembro de 2015¹⁴⁷ e da legislação nacional relativa ao tratamento dos detidos (Decreto 12/2011, de 3 de Fevereiro de 2011).
- Integrar a formação em direitos humanos nos currículos médicos, de enfermagem e outros currículos de cuidados de saúde, bem como formação em bioética e ética profissional, incluindo a Orientação Técnica do ACNUDH sobre uma abordagem baseada nos direitos humanos para prevenir a mortalidade materna e infantil, e facilitar o acesso a formação especializada para profissionais de saúde.
- Tomar medidas para assegurar a aderência consistente ao Decreto de Vigilância e Resposta à Morte Materna, que deve informar decisões políticas e estratégias para abordar sistematicamente todas as causas de mortes maternas em todo o país.
- Adotar legislação que proteja os direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

168. Recomenda-se ainda:

Às Organizações Nacionais da Sociedade Civil

- Procurar assistência das Nações Unidas e de outros atores para fortalecer a sua capacidade de argumentar pela proteção, promoção e implementação do direito à saúde; e dedicar-se a defender que uma Carta Uniforme de Direitos dos Pacientes esteja disponível em todo o país e que os instrumentos de responsabilização, tais como os mecanismos de reclamações, sejam plenamente implementados, estejam funcionando e disponíveis, e sejam utilizados por todos os cidadãos.
- Defender perante as autoridades nacionais a adoção de instrumentos internacionais que permitam a apresentação de queixas sobre violações ao direito à saúde, como o Protocolo Facultativo ao PIDESC.

À Equipa das Nações Unidas no País

- Apoiar o Estado na formulação e distribuição de protocolos / diretrizes clínicas padronizadas aos estabelecimentos de saúde em todo o país, para harmonizar a prática e auxiliar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de boa qualidade. O treinamento na utilização desses protocolos também deve ser oferecido aos profissionais de saúde, para garantir uma implementação efetiva.
- Apoiar o Estado na divulgação dos Documentos de Orientação Técnica sobre uma abordagem da prevenção da mortalidade materna e infantil baseada nos direitos humanos. Apoiar o Estado

¹⁴⁷ Ver Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas intitulada “United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)” (Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Prisioneiros – Regras Nelson Mandela), A/RES/70/175, 8 de Janeiro de 2016.

também nos esforços para incorporar a formação em direitos humanos nos currículos médicos, de enfermagem e outros cuidados de saúde, bem como a formação em bioética e ética profissional.

- Incentivar e auxiliar o Governo a desenvolver programas de conscientização sobre doenças mentais e a participar em outras atividades para reduzir o estigma e a discriminação em torno da saúde mental.
- Defender a adoção de uma política de saúde que defina claramente os subgrupos da população que têm direito a bens, serviços e instalações gratuitos e/ou subsidiados, bem como de um plano complementar para alargar progressivamente a cobertura dos cuidados gratuitos/subsidiados aos subsequentes subgrupos populacionais no futuro, e apoiar o Estado no desenvolvimento de tal política e plano, com vista a assegurar a cobertura universal de cuidados de saúde para a população, em conformidade com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.
- Assegurar o apoio contínuo às campanhas de vacinação e encorajar o Governo a medir e comunicar as taxas de vacinação para além de um ano de vida (até aos dois anos de idade ou mais tarde se necessário), para garantir que nenhuma criança seja deixada para trás na obtenção de todas as vacinas de acordo com “Epidemiologia e Prevenção de Doenças Preveníveis por meio Vacinação” (EPV).
- Incentivar o Estado a continuar a avaliar os esforços dos agentes comunitários de saúde, e assegurar uma supervisão adequada e educação continuada desses trabalhadores, a fim de assegurar a prestação de serviços de qualidade.
- Incentivar e apoiar os esforços para medir a atual dimensão e o impacto da venda de medicamentos falsificados, a contrafação de rótulos, o contrabando de medicamentos, bem como a falta de controlo sobre os medicamentos que expiraram ou a venda de medicamentos sem receita médica, bem como os esforços para enfrentar esses desafios e sensibilizar o público em geral sobre esta importante questão de relevância para a saúde pública.

À comunidade doadora

- Continuar a apoiar a Guiné-Bissau nos seus esforços no sentido da plena realização do direito à saúde, incluindo no âmbito da Agenda 2030 e dos seus objetivos 3 e 17, entre outros, sobre mortalidade materna e neonatal, acesso a medicamentos e melhoria do Sistema Nacional de Saúde.
